

LOURDES EMÍLIA RUVIARO NOVAKOSKI

**Estudo das Funções do Enfermeiro como Base
para Proposta de *Internato* no Currículo
do Curso de Graduação**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

CURITIBA
1985

ESTUDO DAS FUNÇÕES DO ENFERMEIRO COMO BASE PARA PROPOSTA
DE INTERNAT0 NO CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO

por

LOURDES EMÍLIA RUVIARO NOVAKOSKI .

Dissertação aprovada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Gradua-
ção em Educação, pela Comissão formada pelos pro-
fessores:

ORIENTADORA: _____

Curitiba, 9 de dezembro de 1985

ORIENTADORA:

Consuelo de Menezes Garcia

CONSULTORES:

Luiz Gonzaga Calleffe

Corina Lucia Costa Ramos

Thereza Meiga Pinto

Ao meu esposo, pela compreensão e apoio em todos os momentos da vida, e aos meus filhos, Elcid Ricardo, César Augustus e Hugo Leonardo, esperança e ternura infinita.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com a colaboração de diversas pessoas, às quais expressamos nossos agradecimentos.

- ao meu esposo e aos meus filhos, pelo estímulo, apoio e compreensão;
- à Professora Doutora Consuelo de Menezes Garcia, pela dedicação e incentivo na orientação e presença em todos os momentos decisivos deste estudo;
- ao Professor Doutor Luiz Gonzaga Caleffe, pela disponibilidade e orientação encorajadora, criativa e segura;
- à Professora Corina Lúcia Costa Ramos, pela solicitude, compreensão, estímulo e sutileza das observações;
- à Professora Thereza Meiga Pinto, pela cooperação e acompanhamento amigável;
- ao Doutor Ênio Rogacheski, pela disponibilidade e esmero na revisão definitiva da redação;
- à Bibliotecária Suzana Guimarães Castilho, pela colaboração na revisão das referências bibliográficas;
- à Sr^{ca} Maureen Gunha da Cruz, pela presteza e dedicação na datilografia deste trabalho;

- à Prof^a Martha García G. de Sánchez, pela disponibilidade e cuidado na versão do resumo para o espanhol.
- à Sr^a Silvia Maria K. Guimarães, pelo esmero e boa vontade na versão do resumo para o inglês.
- às Enfermeiras, Diretoras e, ou Chefes de Serviços de enfermagem, pela oportunidade proporcionada no levantamento de dados;

A todos aqueles que me cederam espaço em suas vidas e possibilitaram a realização deste trabalho.

"Para aqueles que perguntam se o mundo necessita de enfermeiras, respondo que bilhões de pessoas necessitam de serviços e assistência de saúde, seja qual for a denominação que dermos aos grupos necessários para realizar essa atividade. Se aquelas que ora chamamos enfermeiras estão dispostas a enfrentar os formidáveis reptos inerentes aos cuidados primários na saúde, e a reconhecer essa assistência primária como o meio de se chegar a um nível aceitável de saúde geral, em um futuro previsível, então o mundo realmente necessita de enfermeiras".

38 .
MAHLER

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE QUADROS	xiii
LISTA DE GRÁFICOS	xv
SIGLAS USADAS	xvii
RESUMO	xviii
ABSTRACT	xx
RESUMEN	xxii

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA E SUA IMPORTÂNCIA	1
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO	4
1.4 QUESTÕES A INVESTIGAR JUNTO AOS PROFIS- SIONAIS DE ENFERMAGEM	5
1.5 PROCEDIMENTOS	6
1.6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	8

CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A ENFERMAGEM COMO AÇÃO HUMANA SOCIAL APLI- CADA: CONCEPÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS	11
2.2 A POLÍTICA NA ÁREA DA SAÚDE E SUAS PRIORI- DADES: UM FATOR DETERMINANTE DO CURRÍCULO	17
2.3 EVOLUÇÃO DA PRÁTICA E DA FORMAÇÃO DO EN- FERMEIRO: TENDÊNCIAS ATUAIS DO CURRÍCULO	28
2.4 INTERNATO: UMA ESTRATÉGIA DE INTERAÇÃO TEORIA/PRÁTICA E ENSINO/SERVIÇO NO CUR- RÍCULO PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	54

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

3.1	POPULAÇÃO E AMOSTRA	63
3.2	O INSTRUMENTO E SUA VALIDAÇÃO	66
3.3	COLETA DE DADOS	69
3.4	PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	70

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS COMPONENTES DA AMOSTRA	75
4.2	ANÁLISE DAS ATIVIDADES DO ENFERMEIRO SEGUNDO FUNÇÕES	86
4.2.1	Identificação das atividades realizadas e das que não são realizadas pelos enfermeiros	86
4.2.2	Confronto entre as atividades realizadas pelos enfermeiros e as consideradas, pelos mesmos, próprias ao exercício de sua profissão	103
4.2.3	Grau de significância das mudanças entre o que faz e o que deveria fazer - Prova de McNemar	117
4.3	OPINIÕES E SUGESTÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	143

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES

5.1	CONCLUSÕES DO ESTUDO	153
5.2	RECOMENDAÇÕES	165

CAPÍTULO VI - ESBOÇO DE UMA PROPOSTA DE INTERNATÔ 168

GLOSSÁRIO 179

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 184

BIBLIOGRAFIA CONSULTA 192

ANEXOS 195

LISTA DE TABELAS

1	Número de respondentes atuantes em instituições de saúde, segundo o tipo de serviço prestado. .	76
2	Cargo ocupado pelos respondentes, segundo o caráter institucional da organização de saúde . .	77
3	Cargo ocupado pelos respondentes, segundo a faixa etária.	78
4	Cargo ocupado pelos respondentes, segundo o tempo de experiência profissional	79
5	Número de respondentes, segundo o período de conclusão do curso de graduação em enfermagem, em relação ao cargo ocupado	80
6	Estado da Federação onde os respondentes concluíram o curso de graduação em enfermagem e cargo ocupado	81
7	Número de respondentes, em relação ao primeiro cargo ocupado no exercício da profissão e cargo atual	82
8	Número de respondentes segundo o tipo de cursos após o nível de graduação e cargo ocupado . . .	83

9	Áreas de formação de cursos realizados pelos respondentes após o nível de graduação e cargo ocupado	84
10	Número de respondentes segundo inscrição ou filiação em entidades de classe e cargo ocupado .	85
11	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função administração, de acordo com o grau de significância das mudanças	118
12	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função assistência, de acordo com o grau de significância das mudanças	125
13	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função desenvolvimento profissional, de acordo com o grau de significância das mudanças	130
14	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função ensino, de acordo com o grau de significância das mudanças	133
15	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função pesquisa, de acordo com o grau de significância das mudanças	136
16	Distribuição das freqüências das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro	220
17	Distribuição das freqüências das atividades que deveriam ser realizadas pelo enfermeiro	221

18	Opiniões dos respondentes sobre o curso de enfermagem realizado	143
19	Opiniões dos respondentes sobre a inclusão da modalidade <i>internato</i> no curso de graduação em enfermagem, segundo o cargo ocupado	148

LISTA DE QUADROS

1	Número de enfermeiros, por instituição de saúde .	196
2	Número de respondentes, sorteados, por instituição de saúde pública e,ou privada, segundo tipo de serviço prestado	197
3	Configuração dos resultados das atividades realizadas pelos enfermeiros do grupo I	87
4	Configuração dos resultados das atividades realizadas pelos enfermeiros do grupo II	90
5	Configuração dos resultados das atividades realizadas pelos enfermeiros do grupo III	92
6	Atividades realizadas e que são comuns a dois ou aos três grupos	94
7	Atividades realizadas unicamente por um grupo . .	96
8	Atividades realizadas e as que não são realizadas pelos enfermeiros, segundo funções	103
9	Atividades consideradas próprias ou não do enfermeiro	105
10	Síntese de aspectos considerados positivos pelos respondentes, em relação ao curso de graduação por eles realizado	144

11	Síntese de aspectos considerados negativos pelos respondentes, em relação ao curso de graduação por eles realizado	145
12	Síntese de sugestões apresentadas pelos respondentes como subsídios para o aprimoramento do curso de graduação em enfermagem	146
13	Síntese das justificativas apresentadas pelos respondentes que se manifestaram favoráveis à modalidade <i>internato</i>	149
14	Síntese das sugestões oferecidas pelos respondentes que se manifestaram favoráveis à inclusão da modalidade <i>internato</i> no curso de graduação em enfermagem.	150

LISTA DE GRÁFICOS

1	Atividades realizadas por um grupo, e as que são comuns a dois ou aos três grupos	102
2	Atividades realizadas e as que não são realizadas pelos enfermeiros <i>versus</i> atividades consideradas próprias ou não do enfermeiro	107
3	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função administração, de acordo com o grau de significância das mudanças	120
4	Média ponderada das atividades <i>realizadas</i> e das que <i>deveriam ser realizadas</i> pelo enfermeiro, na função administração e grau de significância das mudanças, segundo grupos institucionais	121
5	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função assistência, de acordo com o grau de significância das mudanças	126
6	Média ponderada das atividades <i>realizadas</i> e das que <i>deveriam ser realizadas</i> pelo enfermeiro, na função assistência e grau de significância das mudanças, segundo grupos institucionais	128

7	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função desenvolvimento profissional, de acordo com o grau de significância das mudanças .	131
8	Média ponderada das atividades <i>realizadas</i> e das que <i>deveriam ser realizadas</i> pelo enfermeiro, na função desenvolvimento profissional, e grau de significância das mudanças, segundo grupos institucionais	132
9	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função ensino, de acordo com o grau de significância das mudanças	134
10	Média ponderada das atividades <i>realizadas</i> e das que <i>deveriam ser realizadas</i> pelo enfermeiro, na função ensino e grau de significância das mudanças, segundo grupos institucionais	135
11	Distribuição, por grupos de enfermeiros, das atividades da função pesquisa, de acordo com o grau de significância das mudanças	137
12	Média ponderada das atividades <i>realizadas</i> e das que <i>deveriam ser realizadas</i> pelo enfermeiro, na função pesquisa e grau de significância das mudanças, segundo grupos institucionais	138
13	Distribuição geral das atividades segundo funções, de acordo com o grau de significância das mudanças.	140
14	Frequência das atividades <i>realizadas</i> e das que <i>deveriam ser desenvolvidas</i> pelo enfermeiro.	142

SIGLAS USADAS

- ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem
- APEEPR - Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado do Paraná
- COREN - Conselho Regional de Enfermagem
- COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
- CFE - Conselho Federal de Educação
- DDS - Departamento de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Curitiba
- ICN - Conselho Internacional de Enfermeiras
- IPE - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
- IPMC - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Curitiba
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- MEC - Ministério da Educação e Cultura
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- OPS - Organização Panamericana da Saúde
- SESB - Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social
- UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

RESUMO

Este trabalho envolve um conjunto de reflexões que têm por objetivo proporcionar aos cursos de graduação em enfermagem uma contribuição na busca de reformulações curriculares coerentes com o perfil do profissional que pretende formar, apoiadas na realidade do exercício da profissão.

Aplicando-se um instrumento, elaborado a partir da consulta em documentos oficiais e pesquisas que tratam da matéria, assim como em regimentos e manuais de serviços de enfermagem, levantaram-se dados que possibilitaram uma visão das condições reais da atuação do enfermeiro, da representação quanto ao seu papel no contexto da saúde e da enfermagem, assim como aspectos significativos dos cursos de graduação realizados e sugestões para o aperfeiçoamento de proposições curriculares nos cursos de graduação.

Foram auscultados, no período de 19 de janeiro de 1984 a 20 de fevereiro de 1984, sessenta enfermeiros assistenciais, atuantes em instituições de saúde de Curitiba-PR, que prestam atendimento exclusivamente ambulatorial e, ou hospitalar e ambulatorial.

Os resultados obtidos no processo de discussão dos dados mostraram que os enfermeiros atuam, prioritariamente, em atividades relacionadas com a função administração. Entretanto, apesar dessa constatação, os respondentes revelam expectativas que

representam o papel do enfermeiro dentro de um arranjo harmônico e integrado das funções: administração, assistência, desenvolvimento profissional, ensino e pesquisa, alvos dessa investigação.

Para comprovar o grau de significância de mudança entre o que o enfermeiro faz e o que *deveria fazer*, utilizou-se a prova de McNemar, que evidenciou grande descompasso nas funções de ensino, desenvolvimento profissional, pesquisa e assistência. Já na função administração, a situação real encontra-se relativamente próxima da ideal.

Os resultados mostraram, também, que os cursos de graduação não preparam satisfatoriamente para enfrentar a realidade profissional e que reformulações curriculares devem ser realizadas com ampla participação dos órgãos formadores, utilizadores, de classe, estudantes e beneficiários.

A partir das conclusões, buscou-se uma estratégia alternativa que visasse à interação teoria/prática e ensino/serviço no currículo para formação do enfermeiro.

O esboço da proposta de *internato*, sob a forma de estágio curricular obrigatório, partiu de sugestões apresentadas pelos participantes da pesquisa, de fundamentação teórica, que pode ser ampliada mediante o estudo das funções do enfermeiro.

Os pressupostos que fundamentam o redimensionamento do *internato* referem-se a um processo de inovação curricular e têm no seu ápice os parâmetros que orientam a seleção de valores educacionais a partir de concepções quanto à natureza do homem, da sociedade, da educação e da enfermagem.

Espera-se que esta investigação se torne um instrumento útil aos que se interessam pelo assunto e possa estimular novas pesquisas no âmbito da formação e da prática da enfermagem.

ABSTRACT

The main aim of this thesis is to help improve the syllabuses of nursing courses in universities. These improvements focus mainly on the profile of nurses and are based on their actual performance.

An instrument was worked out and applied by means of research into official documents and papers concerning the subject, as well as into statutes and manuals relating to nursing services. With the data collected it was possible to perceive not only the actual conditions of the nurse at work and his role in the context of health and nursing, but also significant aspects of undergraduate courses and suggestions leading to the improvement of syllabus proposals for such courses.

Sixty nursing assistants working exclusively in policlinics or in hospitals and policlinics in health institutions in Curitiba-PR, were interviewed between January 19th and February 20th, 1984.

The results obtained in the process of data analysis showed that nurses perform activities related to administration. However, despite this evidence, the interviewees voiced expectations which reveal the role of the nurse within a harmonious and integrated range of activities: administration, medical assistance, professional development, teaching and research, all of which are covered in this study.

In order to verify the degree of significance change between what the nurse actually *does* and what he *should do*, McNemar's test was used. This indicated great differences in teaching, professional development, research and medical assistance. However, in the area of administration the real situation is quite close to the ideal one.

The results also showed that undergraduate courses do not prepare their students to face the reality of the workplace, and that the syllabus improvements should be made with the participation of colleges, users, the nursing faculty and students of nursing.

On the basis of these conclusions, an alternative strategy concerning the interaction between theory/practice and teaching/work in undergraduate nursing syllabuses, was looked into.

The outline of the proposal for a residential school, as a compulsory part of training, arose as a result of suggestions related to theory presented by those participating in this research. This may be developed by studying the work of nurses.

The requisites for the establishment of a residential school is a process of syllabus innovation, and especially of the parameters which govern the selection of educational values based on conceptions relating to the nature of man, society, education and nursing.

We hope this study will be a useful tool for those interested in the subject, and that it will encourage new research in the field of the training and practice of nursing.

RESUMEN

Este trabajo envuelve un conjunto de reflexiones que tienen por objetivo proporcionar a los cursos de graduación en enfermería una contribución en la búsqueda de reformulaciones curriculares coherentes con el perfil del profesional que pretende formar, apoyadas en la realidad del ejercicio de la profesión.

Siendo aplicado un instrumento, elaborado en base de la consulta a documentos oficiales y pesquisas que tratan del asunto, así como en regimientos y manuales de servicios de enfermería se obtuvieron datos que posibilitaron una visión de las condiciones reales de la actuación del enfermero, de la representación en cuanto a su papel en el contexto de la salud y la enfermería, tanto como aspectos significativos de los cursos de graduación realizados y sugerencias para el perfeccionamiento de propuestas curriculares en los cursos de graduación.

Fueron auscultados, en el período del 19 de enero de 1984 al 20 de febrero de 1984, sesenta enfermeros asistenciales, actuantes en instituciones de salud de Curitiba-PR que prestan atención exclusivamente ambulatorial y/o hospitalar y ambulatorial.

Los resultados obtenidos en el proceso de discusión de los datos, mostraron que los enfermeros actúan, prioritariamente, en actividades relacionadas con la función administrativa.

Sin embargo, a pesar de esta constatación, los respondientes revelan expectativas que representan el papel del enfermero dentro de un arreglo armonioso e integrado por las funciones: administración, asistencia, desarrollo profesional, enseñanza y pesquisa, motivos de esta investigación.

Para comprobar el grado de significancia de la diferencia entre lo que el enfermero *hace* y lo que *debería hacer*, se empleó la prueba de McNemar, que evidenció un gran descompás en las funciones de enseñanza, desarrollo profesional, pesquisa y asistencia. Ya en la función administrativa, la situación real se encuentra relativamente próxima de la ideal.

Los resultados también mostraron que los cursos de graduación no preparan satisfactoriamente para enfrentar la realidad profesional y que deben ser realizadas reformulaciones curriculares con amplia participación de los órganos formadores, utilizadores, de clase, estudiantes y beneficiarios.

A partir de las conclusiones se buscó una estrategia alternativa tendiente a la interacción teoría/práctica y enseñanza/servicio en el currículo para formación del enfermero.

El esbozo de la propuesta de *internato* bajo forma de práctica curricular obligatoria, partió de sugerencias presentadas por los participantes de la pesquisa, de fundamentación teórica, que puede ser ampliada mediante el estudio de las funciones del enfermero.

Las premisas que fundamentan el redimensionamiento del *internato* se refieren a un proceso de innovación curricular y tiene en su cumbre los parámetros que orientan la selección de valores educacionales a partir de concepciones referentes a la naturaleza del hombre, de la sociedad, de la educación y de la enfermería.

Se espera que esta investigación se constituya en un instrumento útil a los interesados en el asunto y pueda estimular nuevas pesquisas en el ámbito de la formación y de la práctica de la enfermería.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA E SUA IMPORTÂNCIA

As profundas transformações sociais e os avanços tecnológicos vêm alterando significativamente o exercício profissional do enfermeiro, comprometendo tanto a prática quanto o ensino de enfermagem. Pois, enquanto a prática se realiza no tempo e no espaço, o ensino deve preparar para o presente e ainda para o futuro, desenvolvendo condições de adaptação a novas situações, mediante uma atitude de crescimento e reformulação.

O enfermeiro defronta-se com o desafio das mudanças, decorrentes de descobertas científicas e das inovações no campo das formulações teóricas e da tecnologia, provocando modificações na prática da saúde e tornando a prática da enfermagem uma atividade cada vez mais complexa. Esta situação tende a se acentuar, tendo em vista que as condições determinantes resultam da estrutura social e dos valores em vigor, em constante evolução.

MARQUES³⁹ refere que Baldrige alerta para o fato de que *"uma mudança na estrutura social provoca a definição de novos objetivos para as instituições de ensino"*.

Embora esses aspectos sejam do conhecimento dos responsáveis pela formação do enfermeiro, é importante ressaltar que existe uma consciência clara do descompasso entre a formação profissional dos egressos dos cursos de enfermagem e a preparação que deles é requerida pelo campo de trabalho.

Em estudo sobre objetivos do ensino de graduação em enfermagem, PAIM e col.⁵¹ consideram que

os comportamentos finais dos educandos precisariam corresponder às atividades que são exercidas pelos enfermeiros; assim sendo, os cursos precisariam oferecer aos alunos oportunidades para a execução de atividades coerentes com essas funções e, nesse caso, o desempenho de cada aluno terá necessariamente que corresponder ao indicado como o mínimo aceitável.

Segundo CHAVES¹⁹, "*deve-se procurar adequar a formação à função que deve ser desempenhada*". Entretanto, MARQUES³⁹, referindo-se ao atendimento às necessidades do mercado de trabalho, salienta que este atendimento não denota uma correspondência estrita e exclusiva, pois "*os cursos profissionais dão apenas condições para que o indivíduo inicie, de uma forma sistemática, seu preparo para uma determinada profissão. É no mundo do trabalho, ao longo de muitos anos de experiência, que poderá se tornar um competente profissional*",

Por outro lado, transparece alguma insatisfação, com a forma como se oferece o ensino, com o rendimento real da aprendizagem e com a desarticulação entre os conhecimentos teórico e prático.

CHAVES¹⁹, referindo-se ao currículo, salienta que não é possível aceitar um currículo estruturado com base na idéia, construída pelos professores, do que o profissional deve ser.

Segundo o mesmo autor, *"tal currículo ideal deve ser substituído por um currículo real, apoiado na realidade do sistema de saúde, do qual o subsistema educacional faz parte, e expresso em termos de objetivos de comportamento"*.

Para formar o profissional que a sociedade requer e desenvolver a sua capacidade própria, Ribeiro, segundo relato de PAIM e col.⁵¹, mostrou a necessidade de estudos sobre o papel do enfermeiro na sociedade. Recomenda, ainda, a reformulação do currículo baseada na realidade, tanto das condições sanitárias da população, como do sistema de saúde, e em pesquisas educacionais para identificar as atividades realizadas pelo enfermeiro. É preciso, outrossim, que os cursos de graduação propiciem ao estudante condições de praticar as atividades relacionadas ao seu âmbito de ação.

MARQUES³⁹ reforça a idéia de que a compatibilização da programação de ensino, com as necessidades do mercado de trabalho, confere ao currículo realismo social e possibilita realizar a sua função de estar a serviço da comunidade a ser atendida.

Desta maneira, justificam-se estudos concernentes à realidade presente, entendida como aquela que se realiza segundo as necessidades atuais de atendimento e de acordo com os recursos disponíveis. Ao mesmo tempo, deve-se vislumbrar a representação projetada pelos profissionais para alcançar as condições desejáveis da profissão no futuro, qualquer que seja o desempenho do papel solicitado nas diversas situações do contexto social.

Assim, convém definir e clarificar quais as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro em seu desempenho profissional

nos diferentes serviços de atendimento à saúde, para facilitar o ajustamento do currículo às reais funções desempenhadas pelo enfermeiro.

Os resultados deste estudo poderão servir de subsídio para a elaboração e atualização de manuais e possibilitar, também, o desenvolvimento do profissional nos diversos serviços, mediante cursos, treinamentos e estágios para o aperfeiçoamento de suas funções.

Finalmente, estudos dessa natureza servirão para embasar reformulações do currículo para a formação de enfermeiros.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A partir das considerações apresentadas, configura-se o problema-alvo deste estudo no seguinte:

Existe viabilidade de se elaborar diretrizes para favorecer a interação teoria/prática e ensino/serviço no currículo para a formação do enfermeiro, tendo como fonte a análise das atividades realizadas e as consideradas próprias ao exercício do profissional de enfermagem?

1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo geral

Contribuir para o aperfeiçoamento de propostas curriculares que visem à formação do profissional de enfermagem, enfatizando o atendimento à realidade do exercício de sua profissão.

Objetivos específicos:

- a) investigar, junto aos profissionais de enfermagem que exercem suas atividades em Curitiba, quais as atividades efetivamente realizadas na sua prática profissional e, aquelas que, segundo a sua opinião, seriam próprias ao exercício de sua profissão;
- b) identificar os aspectos significativos do curso de graduação realizado pelos respondentes, assim como as sugestões para o aprimoramento da formação do enfermeiro;
- c) analisar as opiniões dos respondentes envolvidos na investigação realizada sobre a modalidade de *internato*, como uma das estratégias para compatibilizar a formação do enfermeiro à sua realidade profissional;
- d) elaborar diretrizes para a inclusão da modalidade de *internato* como uma das estratégias para reforçar a interação teoria/prática e ensino/serviço no currículo do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

1.4 QUESTÕES A INVESTIGAR JUNTO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

- a) Quais as atividades realizadas pelos enfermeiros, segundo o tipo de serviço prestado pela instituição?
- b) Quais as atividades que seriam próprias ao exercício de sua profissão, segundo a opinião dos enfermeiros?
- c) Existe congruência entre as atividades realizadas e aquelas consideradas próprias de sua profissão?

- d) Para os enfermeiros respondentes, quais os aspectos significativos do curso de graduação por eles realizado?
- e) Quais as sugestões apresentadas pelos respondentes para a melhoria da formação do enfermeiro?
- f) Qual a opinião dos enfermeiros sobre a modalidade de *internato*, como um dos procedimentos para aprimorar o currículo do curso de enfermagem?

1.5 PROCEDIMENTOS

1.5.1 Para a elaboração e validação do instrumento:

- a) revisão da literatura sobre a formação e exercício profissional do enfermeiro;
- b) levantamento de atividades atribuídas ao enfermeiro em documentos oficiais, manuais de serviço e em estudos realizados;
- c) elaboração de instrumento a partir dos dados coletados, agrupando as atividades em cinco funções: administração, assistência, desenvolvimento profissional, ensino e pesquisa;
- d) validação do instrumento com enfermeiros assistenciais que atuam em instituições de saúde de Curitiba e com enfermeiros docentes de cursos de graduação em enfermagem;
- e) reformulação do instrumento.

1.5.2 Para aplicação do instrumento, levantamento e tratamento dos dados:

- a) seleção da amostra;
- b) aplicação do instrumento validado e reformulado a enfermeiros atuantes em instituições de saúde de Curitiba;
- c) caracterização das instituições onde os enfermeiros atuam;
- d) caracterização geral dos enfermeiros;
- e) levantamento das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e as respectivas frequências, considerando o tipo de instituição;
- f) levantamento das atividades que seriam próprias ao exercício de sua profissão, segundo a opinião dos respondentes;
- g) escolha do tratamento estatístico para comprovar a significância de mudanças nas respostas;
- h) levantamento de aspectos significativos do curso de graduação realizado;
- i) levantamento de sugestões para aperfeiçoar a formação profissional do enfermeiro;
- j) levantamento da opinião de enfermeiros sobre a modalidade de *internato*, como culminância do preparo prático do enfermeiro, a nível de graduação.

1.6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O papel atribuído a uma profissão, pela sociedade, resulta de uma complexa inter-relação de vários fatores: das recomendações e expectativas das associações profissionais, dos órgãos formadores e empregadores, dos usuários, assim como da imagem e expectativas do próprio profissional.

Essa investigação deteve-se a uma amostragem envolvendo os enfermeiros atuantes em todas as instituições de saúde de Curitiba que possuem este profissional em seu quadro de pessoal.

Foram excluídos deliberadamente, neste estudo, os enfermeiros docentes, assim como os empregadores e os usuários.

Recorreu-se à amostragem estratificada por instituição, conforme o tipo de serviço prestado, e efetuou-se a análise sob a ótica dos enfermeiros assistenciais.

As diversas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros foram levantadas, assim como aquelas julgadas de sua competência. Tais atividades foram agrupadas dentro de um quadro de funções, elaborado a partir de recomendações de Entidades de Classe.

Decidiu-se trabalhar só com os enfermeiros assistenciais, uma vez que a imagem projetada pelo respondente reproduz, em parte, fatores vivenciados e introjetados no processo de formação e no exercício profissional. O indivíduo sofre inúmeras influências do contexto, mas ele elabora a sua síntese pessoal; e é esta síntese que interessa, porque reflete os fatores teórico-práticos da vivência da profissão.

O estudo, em decorrência de suas limitações, não pretende chegar a generalizações, e, sim, levantar alguns indicadores que caracterizam o papel do enfermeiro e fornecer elementos capazes de suscitar a reflexão e o debate acerca do preparo do enfermeiro em nível superior.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo, dividido em quatro seções, focaliza aspectos considerados relevantes para o estabelecimento de um referencial teórico para o estudo desenvolvido. O primeiro aspecto refere-se à *enfermagem como ação humana social aplicada*, inserida no processo de mudança global e enfocada em duas dimensões: a da prática no contexto social e a da formação profissional. A segunda seção apresenta uma visão retrospectiva da *política na área da saúde e suas prioridades* nas diversas épocas contextuais, visando identificar os condicionantes que interferiram nas transformações ocorridas no âmbito da enfermagem. O terceiro aspecto enfocado refere-se à *evolução da prática e da formação do enfermeiro: tendências atuais do currículo*. Mediante análise do processo histórico por que tem passado a enfermagem, referido na literatura específica, fatos importantes são destacados durante sua evolução, os quais influenciaram o preparo de pessoal e a prática de enfermagem. São evidenciadas, ainda, tendências no redimensionamento das funções a serem desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem e novas diretrizes educacionais. Para finalizar o suporte do estudo realizado, é efetivada a revisão de literatura so-

bre o *internato* como uma estratégia de interação teoria/prática e ensino/serviço no currículo para formação do enfermeiro, visando ao esboço de uma proposta de *internato* no curso de graduação em enfermagem, a partir do estudo das funções do enfermeiro, analisadas no presente trabalho.

2.1 A ENFERMAGEM COMO AÇÃO HUMANA SOCIAL APLICADA: CONCEPÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS

As atividades resultantes de práticas realizadas por determinados grupos de profissionais correspondem a exigências para o atendimento de necessidades sociais. Entre estas, encontram-se as decorrentes de problemas originados no processo saúde-doença, as quais implicam em atividades sujeitas a modificações e adaptações contínuas no atendimento de novas expectativas e necessidades da sociedade.

A enfermagem representada pelo desenvolvimento progressivo de sua ação tem suas características fundamentadas no próprio processo de mudança social. O referencial sobre sua evolução, elaborado para este estudo, permite focalizá-la sob dois aspectos: o da prática no contexto social e o da formação profissional.

De acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,⁴⁸ a prática da enfermagem é constituída pelo planejamento, execução e avaliação das atividades definidas como de competência do pessoal de enfermagem. A amplitude dessa prática varia segundo a organização do complexo institucional de saúde, realizando-se em "áreas de fomento à saúde, prevenção de enfermidades, recuperação e reabilitação. No seu processo de desenvolvimento, a

quantidade e a qualidade dos cuidados prestados vão se adequando progressivamente às necessidades de saúde identificáveis na sociedade". Estes seriam fatores relevantes para a produção do profissional exigido por uma determinada sociedade.

No Modelo Geral de Enfermagem, divulgado pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE⁷, constam princípios básicos para nortear a enfermagem como profissão e a competência desse serviço segundo níveis de complexidade e âmbito de ação. Nesse documento, está explícita a consideração sobre a natureza da enfermagem, que, tendo como objeto central e direto o homem em sua dignidade global, precisa estar estruturada para cumprir com eficiência as funções que lhe são próprias. Para cumprimento dessas funções deverá levar em consideração as necessidades, as demandas e os recursos disponíveis. A produção de atividades de saúde, em níveis de complexidade crescente, envolve, sob a supervisão do enfermeiro, a participação da equipe, constituída por elementos com diferentes graus de preparação. Para a realização de suas atribuições, a equipe utiliza procedimentos e técnicas variadas, de acordo com as exigências e peculiaridades de cada serviço.

Assim constituída e articulando-se com as demais profissões, a enfermagem representa um grupo que, no contexto global, contribui para o bem comum.

No Brasil, a integração do serviço de enfermagem no setor saúde é realizada conforme o seu posicionamento, respeitando os princípios de regionalização. A nível central e regional, é representada por seus profissionais na equipe multidisciplinar; a nível regional, a enfermeira é responsável pela organização dos serviços de enfermagem que são operacionalizados a

nível local, onde se consubstanciam, na prática, os programas de atendimento a indivíduos, famílias e comunidade.

Ao se posicionar nos diversos níveis do setor saúde, o profissional de enfermagem precisa ter sempre em vista finalidade e os objetivos de seu serviço, em relação ao contexto onde está situado.

Afirma PAIM⁵² que a qualidade do produto "*da assistência de enfermagem - deve atender, simultaneamente, às expectativas do consumidor desse serviço (clientela), do próprio sistema e do enfermeiro*". Para esse autor, a atividade precípua do enfermeiro "*é a prestação da assistência de enfermagem*", sendo funções complementares as de administração, assessoria, ensino e pesquisa.

Quanto aos objetivos da enfermagem, HORTA³³ ressalta as afirmações de Martha Rogers de que esses "*tomam e adicionam dimensões na medida em que conhecimentos teóricos proporcionam direções à prática*".

A aplicação de conhecimentos nos serviços de enfermagem envolve duas modalidades distintas de atividades: a que pode decorrer de outras áreas de conhecimento e a específica da enfermagem. A primeira está relacionada ao desenvolvimento do serviço e envolve atividades estabelecidas como de competência da enfermagem que, segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE⁷ são desempenhadas nos seguintes campos: do planejamento, dos recursos humanos, da administração em enfermagem, da avaliação e da pesquisa. A segunda, considerada como de conhecimento específico da enfermagem, gera o próprio conceito de enfermagem, trazendo em decorrência a definição de funções e de áreas de ação distintas.

São vários os conceitos de enfermagem. Entre os mais citados, estão os referidos por PAIM⁵² :

A enfermagem consiste antes de tudo em ajudar o indivíduo, 'enfermo ou não' na execução daquelas atividades que contribuam para a manutenção da saúde ou a sua recuperação 'ou alcançar uma morte tranqüila', atividades que levará a cabo sem ajuda de outros, sempre que tenha a força, a vontade e os conhecimentos necessários. É também função peculiar do enfermeiro preparar os indivíduos a se tornarem independentes desta ajuda e, tão rápido quanto possível (Virgínia Henderson).

Na afirmação de Denise Lefèvre, a enfermagem moderna é um serviço profissional compreendendo cuidado do paciente, prevenção da doença, manutenção da saúde do indivíduo e da família. É um serviço pessoal que respeita a dignidade da personalidade humana e seu destino. É um serviço para a sociedade que transcende a rotina e a mecanização. É um serviço científico aliado nos princípios que abrangem a totalidade da pessoa com todas as suas necessidades.

RHODUS⁵⁹ destaca, no relatório sobre avaliação e perspectivas, publicado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico, a definição de enfermagem de Sir Osler, que assim a descreveu, em 1925:

A enfermagem, como arte de ser cultivada, e como profissão a ser seguida, é moderna; a enfermagem, como uma prática, originou-se no passado sombrio quando entre os homens da caverna a mãe refrescou a testa de seu filho com a água do riacho ou quando alguém consentiu em deixar um suculento osso e a mão cheia de alimentos ao lado de um homem ferido, abandonado na fuga apresada, ante um inimigo.

Para HORTA³³ , a enfermagem é uma ciência aplicada, pas-

sando da fase empírica para a científica, mediante o desenvolvimento de suas teorias, pela sistematização de seus conhecimentos e pela pesquisa, tornando-se assim uma ciência independente. Afirma, ainda, essa autora que o *"objeto da enfermagem é assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas"*.

O conceito derivado da concepção das necessidades humanas básicas é de que a enfermagem é:

a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

A partir deste conceito, pode-se inferir proposições relativas às funções do enfermeiro que, segundo a mesma autora, podem ser consideradas em três campos de ação distintos: a área específica de assistência ao ser humano; a área de interdependência, onde sua atividade é desempenhada em colaboração com outros profissionais da equipe de saúde; e a área social, na qual inclui as atividades de pesquisa, ensino, administração e participação em entidades de classe.

As funções desempenhadas pelo enfermeiro ou as atividades a ele atribuídas podem se processar como revestidas de maior ou menor importância, dependendo das circunstâncias e potencialidades de cada instituição, em determinado momento histórico. Este fato pode demonstrar que, no contexto da instituição, as mudanças são gradativas e que podem ser evidenciadas, no mesmo espaço de tempo, diferentes etapas evolutivas, em instituições que ofertam serviços com idêntica finalidade.

Quanto à formação do enfermeiro, encontra-se em SALGADO ⁶⁵

a afirmação de não ter nenhum sentido procurar na escola a definição do profissional que ela deve formar, e sim fora dela, ou seja, nas necessidades sociais objetivamente identificadas dentro da realidade circundante.

Ao longo de sua evolução, desde o exercício informal até o preparo formal, a enfermagem, como ciência, sofre todas as implicações de interdependência do contexto político-econômico-social, e destaca-se como ação humana social aplicada que assume mudanças na evolução de sua prática.

O progresso alcançado pela enfermagem é resultado de várias transformações que se verificaram ao longo do tempo, remontando às civilizações antigas, quando o cuidado de pessoas doentes significava, de um modo geral, desonra e inconveniência.

Para DANIEL²², até as três últimas décadas, os conceitos predominantes na prática de saúde e na enfermagem foram os de tratar a doença em si, dando-se pouca atenção à pessoa do doente. A etapa que se seguiu destacou a enfermagem integrada, que considera o doente como o centro do cuidado de enfermagem, e a inter-relação do sistema bio-psico-sócio-espiritual da pessoa. Atualmente, a enfermagem busca conhecimentos próprios nos campos tecnológico e científico, visando conhecer e atender as necessidades básicas do homem, utilizando métodos e procedimentos específicos, fundamentados em uma filosofia e objetivos definidos. Trata-se da enfermagem como processo ou sistema, com ênfase no planejamento da assistência de enfermagem.

CARVALHO & CASTRO¹⁶, referindo-se à enfermagem em seu contexto prático, afirmam que *"a prática resume o significado de uma profissão na sociedade. Porque nela se consubstanciam a realização do compromisso social, o qual, sendo obrigatório*

e coletivo, garante à profissão sua continuidade no tempo".

Para tanto, além de requerer do sistema de ensino a capacitação resultante de uma formação que possibilite o atendimento de necessidades presentes, cabe-lhe, também, o preparo para o atendimento de necessidades futuras. Assim sendo, torna-se imprescindível a constatação de tendências, tendo em vista a necessária adequação do ensino à realidade. Esta medida possibilita ao profissional desempenhar suas funções específicas, considerando a diversidade de instituições e os variados tempos contextuais.

Para melhor compreensão da enfermagem como ação social aplicada, torna-se necessária uma visão retrospectiva dos condicionantes históricos que influenciaram a política na área da saúde, assim como as transformações ocorridas no processo de formação e na prática da enfermagem.

2.2 A POLÍTICA NA ÁREA DA SAÚDE E SUAS PRIORIDADES: UM FATOR DETERMINANTE DO CURRÍCULO

A evolução da saúde pública brasileira e da assistência médico-hospitalar prestada por organizações voltadas para a saúde processou-se por etapas marcadas por importantes acontecimentos, conforme o desenvolvimento histórico do país.

A intervenção do governo nas atividades de saúde realizou-se simultaneamente com a expansão do sistema de previdência e assistência social, quando as instituições previdenciárias assumiram o encargo de prestar assistência médica e hospitalar aos segurados.

Na área da saúde pública, refere RODRIGUES que, até 1950, as atividades limitavam-se ao controle sanitário dos portos e à vacinação contra a varíola.

SILVA & MAHAR⁷¹ situam o início da previdência social brasileira no período após a I Guerra Mundial, quando o Brasil passou a integrar a Organização Internacional do Trabalho (OIT), assumindo o compromisso de amparar o trabalhador. Fatos significativos marcaram a década de 1920/1930: por exemplo, com a iniciativa de Carlos Chagas, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, pelo DECRETO nº 3.987/20,⁸⁰ subordinado ao Ministério da Justiça. O referido Departamento foi regulamentado pelo DECRETO nº 16.300/23⁸³ e exercia as ações normativa e executiva no campo da saúde, concentrando todas as atividades relacionadas, direta ou indiretamente, com a saúde da população e estabelecendo uniformidade de ação.

A partir de 1923, verifica-se uma segmentação no desenvolvimento das atividades sanitárias do Brasil: no campo da prevenção, foi mantida a ação prioritária da União na prevenção da saúde coletiva e, no campo da cura, a assistência médico-hospitalar, voltada para a preservação da saúde individual, ficou sob a responsabilidade dos Estados, Municípios e Órgãos da Previdência.

Muitos autores consideram como marco inicial da Previdência Social, a Lei Eloi Chaves, DECRETO LEGISLATIVO nº 4.682/⁸² 23, que difundiu as bases sobre as quais se criou e se desenvolveu o seguro social, com a finalidade de amparar os trabalhadores e prestar assistência médica a seus segurados. Quatro anos após a promulgação dessa lei, a obrigatoriedade da criação de Caixas estendeu-se às empresas de navegação marítima e flu-

vial e às de exploração de portos. O órgão fiscalizador da Previdência era o Conselho Nacional do Trabalho. O seguro social surgiu com a industrialização e funcionava sob o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões.

O passo seguinte foi a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, de âmbito nacional, organizados com base profissional, envolvendo trabalhadores de uma mesma atividade ou de atividades afins. SILVA & MAHAR⁷¹ referem a criação do primeiro instituto, com a LEI nº 5.128/26⁹³, mais tarde denominado Instituto Nacional de Previdência e, finalmente, convertido em Instituto Nacional de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE).

Na década de 1930/1940, destaca-se a intervenção do Estado na área, regulamentando e ampliando a criação dos Institutos, conforme a categoria empresarial, vinculados ao Ministério do Trabalho.

RODRIGUES situa nesse período o início da desintegração das atividades de saúde pública, com a fragmentação por vários órgãos: as relacionadas ao controle animal passaram para o Ministério da Agricultura, as de higiene e segurança do trabalho foram transferidas para o Ministério do Trabalho, e o Departamento Nacional de Saúde, juntamente com a Educação, passaram a ter uma Secretaria de Estado: o Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública.

No período de 1940/1950, SILVA & MAHAR⁷¹ mencionam as inovações introduzidas por João de Barros Barreto: a descentralização das atividades normativas e executivas em oito regiões sanitárias, com destaque especial à formação de recursos humanos, às doenças transmissíveis, aos problemas de nutrição, sa-

neamento básico, administração sanitária, enfermagem, construções e instalações hospitalares. Ocorreu ainda a unificação, no Instituto Oswaldo Cruz, das atividades de experimentação e pesquisa.

Segundo CERREZO¹⁸, até 1950 os serviços de saúde polarizavam sua ação na atenção curativa, a nível hospitalar, ao lado de campanhas de erradicação e controle de doenças transmissíveis.

Na época da II Guerra Mundial, com o aumento da imigração, tornou-se necessário intensificar a defesa sanitária do país. Com o objetivo de organizar e administrar os serviços de saneamento e saúde, foi então criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que, em 1960, foi transformado em Fundação, vinculada ao Ministério da Saúde.

No período de 1950/1960, a educação sanitária e a assistência hospitalar foram intensificadas, destacando-se a implantação do plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), como programa prioritário do governo Eurico Gaspar Dutra.

Em 25 de julho de 1953, houve o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde Pública em Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, dicotomizando as atividades de educação e saúde.

Ao Ministério da Saúde, foram atribuídas as competências da União no campo da saúde. Entre outras, destacam-se o estabelecimento de planos nacionais de saúde, a regulamentação das atividades médicas e paramédicas e a prevenção a nível de saúde coletiva. As ações de saúde individualizadas continuaram, entretanto, vinculadas ao Ministério do Trabalho, por intermédio da higiene e segurança do trabalho e Previdência Social.

Ao Ministério da Educação e Cultura foi atribuída a in-

cumbência da formação do pessoal de saúde, nos diferentes graus, para atender às necessidades prioritárias da área, assim como orientar as universidades que participam no processo de formação de pessoal para as atividades de saúde, visando capacitá-lo a participar do planejamento e avaliação das atividades regionais de saúde.

Na década de 1960/1970, a estrutura dos serviços de saúde sofreu modificações progressivas, ampliando seu campo de ação, tendo como marco central a integração e a coordenação e, como estratégias de ação, a investigação e a administração científicas e a correspondente formação de recursos humanos.

Embora existisse desde 1935 a idéia de um só organismo de Previdência Social, somente em 1960 foi possível unificar os direitos e os deveres no âmbito previdenciário, mediante a unificação da legislação a ser observada por todos os institutos. A LEI nº 3.807/60⁹⁷, chamada Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), regulamentada pelo DECRETO nº 48.959-A/60⁸⁷, estabeleceu novas diretrizes à Previdência Social e considerou beneficiários os segurados e seus dependentes. No mesmo ano, ocorreu, ainda, a transformação do Ministério do Trabalho, que passou a denominar-se Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Em 1961, surgiu nas Américas, tendo como marco a Carta de Punta del Este, o "*Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso*", que propôs, entre outras medidas, a integração das atividades preventivas e curativas, enfatizando a formação e a capacitação de profissionais para esses tipos de ação e a utilização dos conhecimentos derivados da investigação científica para a prevenção e tratamento das enfermidades.

As diretrizes sanitárias propostas, no referido plano, envolviam a integração nos aspectos de promoção, prevenção e reabilitação no próprio campo da saúde e com as áreas dependentes dos âmbitos econômico e social.

Em 1963, a LEI nº 4.214/63⁹⁹ criava o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), concedendo ao trabalhador do campo assistências médica e social. Entretanto, PUCÚ & WINGE⁵⁶ afirmam que a extensão da proteção previdenciária ao trabalhador rural não permitia a extensão de cobertura de serviços assistenciais adequados à situação dos recém-ingressos, em decorrência de vários fatores ligados ao próprio modelo de prestação de serviços de saúde.

A predominância de serviços assistenciais curativos na Previdência, em detrimento dos aspectos preventivos, prejudicou a amplitude de sua ação, na extensão de cobertura de seus serviços e canalizou muitos profissionais da área da saúde ao mercado de trabalho hospitalar.

Nova transformação ocorria em 1966, na tentativa de viabilizar a uniformidade e a unificação da assistência previdenciária à população trabalhadora. Surge, pelo DECRETO-LEI nº 72/66,⁸⁹ o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os institutos.

A partir da década de 1970, inicia-se o movimento preventivista. A Previdência Social, paralelamente ao atendimento à saúde individual, começa a comprometer-se também com a prestação de serviços básicos de saúde, mediante convênio com as Secretarias Estaduais de Saúde, para implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Tal programa, conforme a política de extensão de cobertura propos-

ta pelo governo, tem consonância com as diretrizes de organismos internacionais do setor.

Em 1972, foi elaborado o *Plano Decenal de Saúde para as Américas, 1971-1980*, dando ênfase aos serviços comunitários de saúde e à extensão de cobertura dos serviços de saúde com a estratégia de atenção primária e participação da comunidade.

No I PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO, 1972-1974,¹¹ a prioridade no setor saúde visava acelerar a programação da saúde, saneamento e a assistência social do trabalhador rural. Na etapa final da vigência desse plano, as ações de saúde voltadas para o atendimento médico-assistencial desenvolvidas no âmbito do Ministério do Trabalho e Previdência Social foram deslocadas, ficando sob a atribuição do Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, criado pela LEI nº 6.036/74.¹⁰⁰ O Estado passa a ser, portanto, o grande financiador das ações de saúde, predominando o modelo assistencial de ações curativas e de recuperação, desenvolvidas mediante a compra de serviços de terceiros, em âmbito hospitalar ou da medicina liberal tradicional.

Para exercer a função coordenadora de todos os setores sociais, foi criado, em 9 de outubro de 1974, o Conselho de Desenvolvimento Social, pela LEI nº 6.118/74,¹⁰¹ que, sob a orientação do Presidente da República, congrega todos os ministros da área social: Saúde, Transportes, Educação e Cultura, Interior e Previdência e Assistência Social.

No II PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO, 1975-1979,¹² transparece uma nova visão governamental, propiciando a adoção de medidas inovadoras na promoção do desenvolvimento e privilegiando a qualidade de vida.

A ausência de mecanismos de compatibilização de programas no campo da saúde e a dispersão das ações pelos diferentes órgãos e instituições dos setores público e privado culminaram com a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 17 de julho de 1975, pela LEI nº 6.229/75.¹⁰² Esse órgão possuía a competência de delimitar o campo de ação dos setores público e privado na área da saúde e no desenvolvimento da política nacional formulada pelo Ministério da Saúde.

Nessa década, foram criados ainda o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), pelo DECRETO nº 78.307/76,⁹⁰ e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), pela LEI nº 6.439/77,¹⁰³ de 1º de setembro de 1977, este último tendo sido criado com o objetivo de solucionar problemas de ordem organizacional. Integram o SINPAS: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATA-PREV) e a Central de Medicamentos (CEME), como órgão autônomo.

Esta reestruturação constitui uma tentativa de racionalizar a prestação de serviços, mediante o atendimento por programas e não por clientela, evitando a duplicação e a superposição de serviços. Entretanto, a prevalência do modelo assistencial em vigor limitou transformações significativas, tendo em vista que esse não permitiu proteger eficazmente a força de trabalho, conforme demonstram os indicadores de morbi-mortalidade do país, além de ter provocado esgotamento dos recursos financeiros disponíveis.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde, celebrada em Alma-Ata, na União Soviética, sob o patrocínio conjunto da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), destacou a importância de encontrar soluções nacionais ajustadas à realidade sócio-política de cada país.

A idéia fundamental era de que a atenção primária de saúde, como estratégia de mudança para alcançar um nível aceitável de saúde, viesse a integrar os planos de desenvolvimento social, como vínculo definitivo entre a extensão de cobertura e o reordenamento do setor de saúde.

Segundo RIBEIRO⁶⁰, a declaração de Alma-Ata revolucionou o sistema de prestação dos serviços de saúde, exercendo impacto na educação, na prática, na pesquisa e na administração da enfermagem.

Em 1980, o MINISTÉRIO DA SAÚDE⁹, através da 7^a Conferência Nacional de Saúde, reflete, aprofunda e adapta as conclusões de Alma-Ata à situação brasileira, definindo políticas e traçando diretrizes, com vistas a obter maior sintonia entre as características dos serviços básicos de saúde no país e as reais necessidades e prioridades da população.

O III PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO, 1980-1985¹³, destaca como prioridades para o setor de saúde *"as ações nas regiões de maior densidade de pobreza, especialmente as destinadas à superação de deficiências alimentares, combate às endemias e esforços de prevenção das enfermidades de maior significado sócio-sanitário"*.

O referido Plano salienta o direcionamento de esforços no sentido da reorientação e redimensionamento dos serviços de

saúde, dentro de uma concepção integrada de sistema, mediante a cooperação interinstitucional e intersetorial.

O anteprojeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), proposto pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social em setembro de 1980, traduz a intenção do governo brasileiro em adequar o modelo de prestação de serviços às reais necessidades da população, de acordo com os recursos disponíveis. A proposta tinha como objetivos: estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população, reordenar a atuação do setor público de saúde, articulando as instituições federais, estaduais e municipais, e promover a melhoria das condições do ambiente.

A nível de atendimento às pessoas, destaca-se a estratégia de atenção primária, desenvolvida por profissionais generalistas, pessoal auxiliar e agentes comunitários.

Em 2 de outubro de 1981, foi criado, pelo Decreto nº 86.329/81,⁹¹ o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, além de indicar a alocação de recursos necessários à referida assistência e propor medidas de avaliação e controle para o sistema de assistência médica.

No Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP e apresentado por FONSECA²⁷, destacam-se, entre outros pontos importantes, os seguintes:

1. *prioridade maior às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial, cujo funcionamento adequado representa a verdadeira porta de entrada para o sistema;*

2. *integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal num mesmo sistema, regionalizado e hierarquizado, cuja amplitude pode e deve ser estimada local ou regionalmente, incluindo a população rural.*

A expectativa governamental é de que as pesquisas de natureza básica e aplicada sirvam de apoio à implantação de programas de serviços básicos de saúde. Pois, segundo OGUISSO & SCHMIDT⁴⁴ a meta *Saúde para Todos no ano 2.000* implica em mudança radical do atual sistema de saúde, exigindo integração dos órgãos de saúde pública e assistência médica e previdência social, com ênfase ao nível primário.

As estruturas dos atuais Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, estão envidando esforços no sentido de desenvolver um sistema amplo de atenção primária à saúde. Destacam-se, como resultado desses esforços, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) e, mais recentemente, o Programa de *Ações Integradas de Saúde* (AIS). Este último, iniciado em 1984, visa reorientar o modelo assistencial de prestação de serviços de saúde, valorizando as atividades básicas de saúde e assegurando a integração programática entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais, assim como os demais serviços de saúde.

O programa AIS representa uma resposta às recomendações de Alma-Ata, na medida em que visa à integralidade das ações de saúde, superando a dualidade individual/coletivo, preventivo/curativo e ambulatorial/hospitalar.

Todos os programas que expressam uma política na área da saúde se refletem na prática da enfermagem, assim como na for-

mação de recursos humanos, direcionando momento específicos que se expressam em ênfases no currículo.

2.3 EVOLUÇÃO DA PRÁTICA E DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: TENDÊNCIAS ATUAIS DO CURRÍCULO

Ao analisar-se tanto a influência que a enfermagem sofre, quanto aquela que exerce no contexto social, percebe-se, ao longo da sua história, que sua prática tem-se manifestado por fases distintas, demonstrativas de seu processo de evolução.

Para que haja compreensão mais profunda das transformações que ocorrem na profissão, enfatizam VIEIRA & SILVA⁷⁸ ser necessário entender o processo histórico de estruturação de seus recursos humanos e aquilo com que ela se articula à sociedade global.

A dimensão histórica da profissão, afirmam essas autoras, pode ser evidenciada por meio do estudo de suas atividades, pelas metas a que se propõe e pelas transformações experimentadas nos diversos cenários de seu trabalho.

Segundo PONTES⁵⁵, os cuidados básicos de enfermagem requeridos por qualquer pessoa, são universalmente os mesmos, pois os princípios norteadores, visando às necessidades humanas, são válidos nos diversos tipos de atividades desempenhadas pela enfermagem.

Com o desenvolvimento das ciências e da tecnologia, as funções da enfermagem foram se diversificando e compreendem tanto atividades de natureza simples, quanto as de natureza complexa. A realização destas últimas necessita dos profissionais conhecimento científico, capacidade de análise,

juízo e decisão. Assim, o desenvolvimento dos recursos humanos necessários à prática da enfermagem inclui pessoal com vários níveis de preparo, desde o informal, apenas com treinamento, até o formal. Este, é representado nos três graus de ensino, com diferentes níveis de formação: 1º grau, auxiliar de enfermagem; 2º grau, técnico de enfermagem; e 3º grau, enfermeiro.

Esta situação conduz a expectativas de que os diversos elementos que compõem a equipe de enfermagem desenvolvam atividades diferentes, de acordo com a capacitação específica do nível concluído.

A posição do profissional de enfermagem na sociedade, segundo CARVALHO & CASTRO¹⁶, é determinada pelo que ele faz, seu âmbito de *"ação autônoma, suas prerrogativas quanto ao exercício e às atividades que lhe são características"*, não importando o que ele sabe, delega ou ensina.

Ao examinar-se o processo histórico por que tem passado a enfermagem, algumas características podem ser destacadas durante sua evolução.

No período pré-cristão, predominavam os sentimentos de humanidade, conduzindo os indivíduos a servirem o outro, destacando-se a participação ativa da mãe nos cuidados de saúde da família. VIEIRA & SILVA⁷⁸ salientam que o cuidado ao doente era prestado no lar, como parte integrante das atividades domésticas e exercido prioritariamente pela mulher.

Com o advento do cristianismo, os pobres e os doentes tornaram-se objeto de solicitude por parte da Igreja. O cuidado aos doentes era, principalmente, responsabilidade de ordens militares e religiosas e baseava-se no conhecimento de ervas medicinais. Desenvolveu-se o movimento de assistência e, nas

dioceses, foi iniciada a organização de locais para recolhimento e de hospitais.

Refere PAIXÃO⁵³ que a alternância de períodos de fervor religioso e de relaxamento repercutia sempre sobre a quantidade e a qualidade das pessoas a serviço dos enfermos.

Na Idade Média, o aspecto religioso tornara-se o centro das práticas de saúde e de enfermagem na assistência às pessoas doentes. Entretanto, com o movimento da reforma protestante, muitos religiosos que se dedicavam aos doentes foram expulsos dos hospitais.

Comentam VIEIRA & SILVA⁷⁸ que a dissolução e a saída das ordens religiosas dos hospitais tiveram como consequência um colapso na prática da enfermagem, que perdurou durante séculos.

Este período, chamado de período crítico da enfermagem, na opinião de CORADINI & BARBIANI²¹, mostra a influência da decadência cristã na qualidade da assistência aos enfermos, com a colocação, nessas instituições, de pessoas sem condições para prestar cuidados de saúde.

Embora a história registre a existência de precursores na renovação dessa prática, o início da enfermagem, dentro da concepção atual, surgiu em Londres, sob a liderança de Florence Nightingale, com a criação da escola para enfermeiras, em 1860.

Afirmam VIEIRA & SILVA⁷⁸ que a enfermagem, como profissão socialmente reconhecida, teve seu início na Idade Moderna, com a transformação da sociedade feudal e com a revolução industrial, quando as indústrias exigiam trabalhadores saudáveis e os exércitos, homens hígidos. Nesse contexto, tornou-se necessário avaliar e modificar a prática da enfermagem, a fim de

ajustar-se às necessidades e expectativas da nova ordem social.

Em debate sobre o papel social do enfermeiro, DI LASCIO²³ comenta que a revolução industrial iniciada na Inglaterra, a partir do século XVIII, propiciou o desencadeamento de movimentos sociais, objetivando lutar contra a deteriorização das condições gerais de vida e de saúde e condicionando também o aparecimento da enfermagem moderna.

A institucionalização da enfermagem, observam VIEIRA & SILVA⁷⁸, decorre da preocupação em se sistematizar e normatizar o seu trabalho. Enquanto a prática passou a ser exercida por agentes com preparo formal, a educação preparava para a assistência do doente hospitalizado e aos pobres, a domicílio, assim como para administrar, supervisionar e ensinar.

O propósito da escola era de formar enfermeiras aptas e capazes de fundar outras escolas, organizar hospitais, além de ensinar e preparar novas enfermeiras. O sistema Nightingale compreendia estudos gerais e preparação especial para capacitar a enfermeira no desempenho de suas funções.

Segundo MOLINA⁴¹, a característica revolucionária desse sistema consistia em que todo o concernente ao ensino, disciplina e organização do corpo de enfermagem, devia estar em mãos de uma enfermeira competente e destacada em seu trabalho. Outro ponto importante foi introduzir a enfermagem como profissão digna e nobre e dar-lhe a categoria e o lugar que lhe são próprios. O mesmo autor salienta como pontos essencialmente novos na moderna formação de enfermeiras: direção de escolas de enfermagem a cargo das próprias enfermeiras e não de outros profissionais; seleção das candidatas, dos pontos de vista físico, moral, intelectual e de aptidão profissional; e, ensino

metódico, em vez de ocasional, por meio do exercício da profissão.

Sobre as concepções relativas à prática e à educação da enfermagem preconizados por Florence Nightingale, outros pontos importantes foram salientados por DOLAN²⁵, como: construção de um corpo de conhecimento próprio, alicerçado numa filosofia de enfermagem cuidadosamente delineada; perspectiva da enfermagem como serviço comunitário, baseado em prevenção primária, transcendendo os limites do atendimento em instituições e ampliando a esfera de ação para a prática da enfermagem; estímulo para o uso de metodologia na assistência de enfermagem; necessidade da pesquisa para orientar a prática; incentivo a participar de educação continuada; alerta para o fato de que a enfermagem é uma entidade diferente da medicina; e proibição do trabalho diário excessivo.

Essa abordagem, embora evidencie percepções próprias da época, poderia ser relacionada à problemática atual do desenvolvimento da enfermagem.

A partir da enfermagem assistencial a nível hospitalar, surgiram as enfermeiras visitadoras e as de saúde pública. Segundo SOBREIRA⁷⁴, a enfermagem de saúde pública, entendendo que os cuidados oferecidos nos hospitais eram insuficientes e limitados, implementou a modalidade de ação domiciliar, possibilitando a continuidade dos cuidados, interligando as ações de assistência direta e as ações preventivas.

O primeiro serviço de enfermeiras visitadoras foi criado na Inglaterra e nos Estados Unidos e destinava-se a prestar assistência direta ao enfermo, promover a educação do paciente e de seus familiares e desenvolver a função de traba-

lhadora social. Segundo SOBREIRA⁷⁴, suas atividades consistiam em executar ordens dos inspetores médicos escolares, realizar visita domiciliar aos alunos, orientar as mães sobre higiene geral e infantil e encaminhar as crianças aos serviços de assistência ambulatorial.

A nova modalidade de assistência de enfermagem, centralizada na educação e prevenção de problemas de saúde, e não apenas voltada para o doente, produziu resultados tão surpreendentes que motivaram, em 1891, a criação da primeira escola para treinamento de enfermeiras em saúde, mais tarde denominada enfermeiras de saúde pública, sob a responsabilidade de Florence Nightingale. A assistência prestada por essas enfermeiras envolvia a realização de cuidados de enfermagem, desenvolvimento de trabalho educativo e identificação de causas domiciliares que pudessem interferir na saúde do indivíduo e da família.

A partir desse início, surgem na enfermagem duas correntes divergentes, quanto ao enfoque no processo de formação do pessoal.

Encontra-se, no DOCUMENTO²⁴ Apoio da Enfermagem ao SPT/ 2.000 (Saúde para Todos no Ano 2.000) nas Américas, divulgado em 1981, a referência aos dois enfoques: o da tecnologia médica, cujo treinamento centraliza-se prioritariamente em instituições hospitalares, e o de saúde entendida integralmente, no qual o treinamento é concentrado na comunidade.

O sistema Nightingale e as modificações nele ocorridas, motivadas por fatores sócio-econômicos, foi objeto de difusão e sua concepção serviu de base e estímulo para a criação de novas escolas em diversas partes do mundo.

No Brasil, a enfermagem profissional, como produto do sistema formal de ensino, vem se processando há menos de um século, sob a influência do modelo de ensino norte-americano.

Na literatura referente à evolução da política e da prática de saúde prestada à população desde a descoberta do Brasil, podem ser distinguidas determinadas etapas no desenvolvimento da enfermagem.

Durante as primeiras tentativas de colonização da nova terra, PAIXÃO⁵³ refere-se à inclusão de Santas Casas e hospitais nos planos de Cabral, destinados ao recolhimento de pobres, órfãos e doentes.

Os jesuítas responsáveis pela fundação das primeiras Santas Casas, além de educadores, exerciam as funções de enfermeiros e médicos. Segundo SANTOS FILHO⁶⁷, no primeiro século, José de Anchieta desempenhava o ofício de médico, mas quando essa assistência foi sendo assumida por profissionais médicos, persistiam os serviços de enfermagem, executados por irmãos, que dirigiam enfermarias, casas, missões e outros estabelecimentos.

GERMANO³⁰ menciona também a criação dos hospitais militares, em meados do século XVIII. Afirma esse autor serem mínimos os requisitos para o exercício das funções de enfermeiro, pois a enfermagem tinha um cunho essencialmente prático, não exigindo escolarização para aqueles que a exerciam. A ausência de caráter técnico-científico conduzia a não se cogitar em preparo profissional.

Durante aproximadamente três séculos, a enfermagem era exercida por religiosas, que, à medida que chegavam ao Brasil, assumiam os cuidados com os estabelecimentos assistenciais.

Até 1850, as atividades na área de saúde pública resumiam-se ao controle sanitário de portos e à vacinação contra a varíola. As preocupações governamentais voltavam-se para os serviços médico-hospitalares especializados, como leprosários, sanatórios de tuberculose, de doentes mentais e hospitais de isolamento.

Quanto ao ensino de enfermagem, a primeira tentativa de sistematizá-lo surgiu em 1890. Nesse ano, pelo DECRETO nº 147-A, o hospital para doentes mentais *Hospício Pedro II* deixou de ser dirigido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e passou para o controle direto do governo, com o nome de *Hospício Nacional de Alienados*.

As irmãs de caridade, até então responsáveis pela administração interna do hospital, não concordaram com o novo sistema implantado e decidiram abandonar a organização.

A remanescente condição de precariedade de pessoal levou os dirigentes da instituição, por iniciativa de Carlos Chagas, a decidirem criar uma escola de enfermagem, destinada a preparar enfermeiros e enfermeiras para os hospícios e hospitais civis e militares.

Essa escola, oficializada pelo DECRETO nº 791⁷⁹ de 27 de setembro de 1890, marcou o início do ensino de enfermagem no Brasil. Tratava-se de um curso desenvolvido em dois anos, exigindo dos candidatos instrução elementar, saber ler e escrever corretamente e noções de aritmética. A escola foi reorganizada 50 anos depois, sob a denominação de *Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto*.

GERMANO³⁰ destaca um curso de enfermagem iniciado por volta de 1901-1902, em São Paulo, sob a orientação de enfermei-

ras inglesas, com o objetivo de preparar pessoal para atuar no Hospital Evangélico, hoje Hospital Samaritano, que, na época, se destinava ao atendimento de estrangeiros.

Nos anos de 1914, 1916 e 1920, durante e após a I Guerra Mundial, por iniciativa de médicos, começaram os cursos desenvolvidos pela Cruz Vermelha Brasileira. O primeiro, realizado em São Paulo, de curta duração, visava ao preparo de voluntários que desejavam servir o país em tempo de guerra. O segundo, com a criação da Escola Prática de Enfermeiros da Cruz Vermelha Brasileira, filial do Rio de Janeiro, tinha como finalidade preparar socorristas voluntários para situações de emergência e solicitava, como exigência para o ingresso, a conclusão do curso primário. O terceiro, em 1920, destinado a visitadoras sanitárias, foi criado com o intuito de melhorar os padrões de cuidados médicos, utilizando outros profissionais do campo da saúde.

O produto de todas essas realizações foi considerado insatisfatório para atender às necessidades da situação daquele tempo, não alcançando as expectativas dos dirigentes do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Evidenciava-se, nessa fase, a modalidade assistencial hospitalar, predominantemente curativa, quando as capitais brasileiras e as principais cidades empenhavam-se em possuir hospitais gerais, de assistência pública, para o atendimento da população, principalmente serviços de pronto-socorro.

Entretanto, novas formas de ação estavam sendo cogitadas para o atendimento da problemática contextual.

A situação do Brasil, naquele período, envolvia o atendimento a grandes epidemias de malária, febre amarela, varíola

e outras. Tal contexto configurava uma ameaça ao parque industrial que surgia, pois a população, que representava potencialmente a mão-de-obra, era seriamente atingida. Essa condição, segundo SILVA⁷¹, "agravava-se com as grandes concentrações nas fábricas e com o deslocamento da população rural para o meio urbano, em busca de trabalho". Outro problema decorrente das epidemias era a ameaça de os países cortarem as relações comerciais com o Brasil.

Decorria disso um novo direcionamento na política e na prática de saúde à população. Entre as modificações estruturais e técnicas, introduzidas na administração Carlos Chagas, na reorganização dos serviços de saúde pública mencionados por RODRIGUES⁶⁴, destacam-se: a criação de órgãos especializados no combate de doenças transmissíveis; a introdução da educação sanitária no processo de atuação; a expansão da assistência hospitalar, infantil e de higiene industrial; e a criação da Escola para Enfermeiras, abrindo caminho para esse profissional integrar a equipe de saúde pública.

CALDAS¹⁴ refere que as constantes viagens de estudo de médicos brasileiros à Europa e aos Estados Unidos fizeram com que surgisse uma nova mentalidade sobre o papel que o enfermeiro poderia desempenhar nos programas gerais de saúde da população.

Na época, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado pelo DECRETO nº 3.987,⁸⁰ de 2 de janeiro de 1920, passava por uma fase de franco desenvolvimento sob a orientação de Carlos Chagas, seu diretor. Numa de suas viagens aos Estados Unidos, solicitou a cooperação e assistência do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, para organizar no

Brasil um serviço de enfermagem de saúde pública que pudesse auxiliar no progresso das várias atividades do Departamento. Nesse movimento, estão as raízes da criação da Escola de Enfermagem Ana Neri.

Dos entendimentos mantidos, segundo PAIXÃO⁵³, resultou a vinda, em 1921, de um grupo de enfermeiras visitadoras do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller. A Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil foi chefiada pela enfermeira Ethel O. Parsons, que estava encarregada de estudar a situação da enfermagem, os problemas de saúde e fazer recomendações ao governo brasileiro sobre o programa a ser seguido.

No mesmo ano, foi organizado um curso intensivo, com instrução teórico-prática para visitadoras de higiene, com o objetivo de preparar pessoal para atender às necessidades mais prementes da comunidade, enquanto a escola não pudesse preparar enfermeiras diplomadas em número suficiente para o desempenho dos serviços comunitários. O primeiro desses cursos teve a duração de seis meses e, os posteriores, 10 meses.

O serviço de visitadoras, criado em 1920, foi implantado inicialmente no setor de profilaxia de tuberculose, estendendo-se aos setores de doenças transmissíveis em geral e ao de doenças venéreas em particular.

Refere PAIXÃO⁵³ que a primeira providência da enfermeira Ethel O. Parsons, para ajustar as idéias do sistema norte-americano às necessidades do Brasil, foi criar, em 1922, o serviço de enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, no mesmo nível de autoridade dos demais serviços do Departamento e ao qual deveriam ficar subordinadas todas as ativi-

dades de enfermagem existentes ou a serem iniciadas.

O segundo passo foi a estruturação e a organização da Escola para Enfermeiras, com o objetivo de educar enfermeiras profissionais, destinadas aos serviços sanitários e aos trabalhos gerais ou especializados dos hospitais e clínicas privadas, uma vez que era imprescindível que o próprio país preparasse pessoal para auxiliar na solução de seus problemas de saúde. Tal escola, foi criada em 10 de novembro de 1922, pelo DECRETO nº 15.799/22,⁸¹ anexa ao Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. A escola começou a funcionar em 19 de fevereiro de 1923 e foi regulamentada pelo DECRETO nº 16.300/23,⁸³ de 31 de dezembro de 1923.

O curso de enfermagem visava às instruções teórica e prática, ministradas simultaneamente, e tinha a duração de dois anos e quatro meses, distribuídos em cinco séries. As quatro primeiras eram destinadas à parte geral e a última, às especializações de enfermagem clínica, enfermagem de saúde pública e administração hospitalar. Os quatro primeiros meses de estágio escolar eram considerados de ensaio, sendo a instrução principalmente teórica, mas suficiente para permitir ao estudante adquirir a prática correspondente. As alunas eram obrigadas a prestar serviço no Hospital Geral ou em outro estabelecimento de assistência, num período de oito horas diárias, tendo direito à residência em dependências do hospital, alimentação, roupa lavada e gratificação monetária.

Em 31 de março de 1926, a escola passou a denominar-se Escola de Enfermeiras Dona Ana Neri e a duração do curso foi ampliada para dois anos e oito meses e, em 1949, para trinta e seis meses, equivalente a quatro anos letivos.

Em 15 de junho de 1931, pelo DECRETO nº 20.109/31,⁸⁴ foi considerada *escola oficial padrão* para o ensino de enfermagem, passando a ser designada simplesmente Escola de Enfermeiras Ana Neri. Em 5 de junho de 1937, pela LEI nº 452/37,⁹⁴ incorporou-se à Universidade do Brasil, como instituição de ensino complementar, e, pelo DECRETO 21.321/46,⁸⁵ foi integrada à Universidade do Brasil, como estabelecimento de ensino superior.

VIEIRA & SILVA⁷⁸, referem-se à criação da primeira escola brasileira segundo o sistema Nightingale, influenciada pelo modelo assistencial norte-americano. A escola visava ao preparo de enfermeiras para cumprir os programas do Departamento Nacional de Saúde Pública, mercado de trabalho predominante para esse profissional até os fins de 1930. O objetivo implícito de atender esse mercado era ditado pela política sócio-econômica do país, que pretendia criar condições necessárias às relações comerciais internacionais, na medida em que se saneavam os portos e os núcleos urbanos. Tal objetivo era alcançado mediante o atendimento de doentes a domicílio ou nos hospitais, paralelamente ao desenvolvimento de medidas preventivas.

GERMANO³⁰ alerta para o fato de que, embora existissem no currículo vigente a partir de 1923 disciplinas de cunho preventivo; compatíveis com o objetivo da escola, a prática era desenvolvida no campo hospitalar, exigindo-se dos estudantes oito horas diárias de atividade.

Outro fato importante que influenciou na luta pelo desenvolvimento da enfermagem foi a criação, em 1925, da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, mais tarde denominada, apenas, Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), atualmente Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn),

contribuindo para o desenvolvimento do ensino e da prática profissional.

JOHNSON & SCHULZ³⁴ referem que o preparo formal do profissional de enfermagem desenvolvido em 1860 serviu de modelo para a educação em enfermagem até a II Guerra Mundial. A formação do enfermeiro era primordialmente uma educação em serviço, com o estudante prestando grande parte dos cuidados ao paciente, assumindo todo o serviço de enfermagem das enfermarias sob sua responsabilidade.

A enfermagem, a partir de 1930, centralizava-se no campo hospitalar, com os enfermeiros desempenhando predominantemente atividades administrativas, distanciando-se do atendimento direto ao cliente. Esta situação surgiu em decorrência do crescimento vertiginoso de hospitais, principalmente com o início da Previdência Social e ampliação dos recursos necessários à prática curativa.

Mudanças profundas na enfermagem iniciaram na década de 40 e prosseguem em ritmo acelerado. Segundo CASTRO¹⁷, *talvez a mais dramática seja a ênfase cada vez maior na função administrativa do enfermeiro*".

Caracterizando essa década, SILVA e col.⁷⁰ destacam o desenvolvimento industrial como fator condicionante no crescimento de instituições hospitalares. Tendo em vista a necessidade de proteger a mão-de-obra e o conseqüente aumento da produtividade, a prática de saúde, que era predominantemente sanitária, passa a centrar-se nas enfermidades e no cliente hospitalizado. As áreas de saúde pública ficaram em plano secundário e os hospitais constituíram-se no maior mercado de trabalho para os enfermeiros.

OLIVEIRA⁴⁶, referindo-se à formação dos enfermeiros, salienta:

Enquanto a escola insistia na preparação de enfermeiros, segundo o modelo preconizado pelos currículos americanos ou canadenses, a realidade dos serviços estava exigindo das enfermeiras recém-graduadas o desempenho de tarefas de liderança nas áreas de administração e de ensino de enfermagem.

Segundo CARVALHO¹⁵, a necessidade de proporcionar maior conhecimento e desenvolver habilidades relativas às funções de administração e ensino levou a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas a mobilizar-se, mediante a organização de cursos de "administração e ensino", com o objetivo de proporcionar maior segurança no desempenho das referidas funções. Segundo a mesma autora, a formação do enfermeiro sempre constituiu objeto de preocupação para a Associação, dando ênfase, de 1939 a 1945, à criação de novas escolas, sem privilegiar a apreciação sobre o currículo e os conteúdos ministrados.

A primeira reformulação do currículo ocorreu em 1949, conforme a LEI nº 775/49⁹⁵, específica para o ensino de enfermagem, regulamentada pelo DECRETO nº 27.426/49⁸⁶.

O currículo proposto refletia os indícios de certo descompasso entre as expectativas e as preocupações da Entidade de Classe e a formação preconizada em documentos oficiais. Enquanto na Associação de Enfermeiras Diplomadas existia a preocupação com as disciplinas relacionadas ao ensino e administração, verifica-se no currículo em questão a inexistência das mesmas e a inclusão de outras, como as de economia hospitalar, sociologia, serviço social e princípios de administração sanitária.

Na opinião de GERMANO³⁰, não houve mudanças importantes no currículo proposto em 1949, tendo em vista o de 1923, pois *"ambos privilegiam as disciplinas de caráter preventivo, embora o mercado utilizador já apontasse forte tendência para o campo hospitalar"*.

Para SALUM⁶⁶, o novo currículo *"não possibilitou modificações significativas em termos profissionais. O conteúdo continuou dando ênfase à parte prática, sendo negligenciada a fundamentação teórica dos procedimentos de enfermagem"*. OLIVEIRA⁴⁶ também comenta o currículo, afirmando que *"a ênfase era mais no fazer do que no pensar"*.

Segundo SILVA e col.⁷⁰, na década de 1950, algumas escolas, preocupadas com o desempenho dos enfermeiros nas funções de administração e ensino, incluíram em seus currículos o ensino de pedagogia e administração, apesar de não estarem previstas no currículo oficial. Esta situação demonstra que as escolas davam uma ênfase diferente na formação do enfermeiro, tornando seu currículo mais compatível com as exigências da época.

A partir de 1949, acelerou-se o ritmo na criação de novas escolas e o ensino de enfermagem profissional tornou-se objeto de interesse por parte de instituições governamentais e religiosas.

Com o aumento numérico de pessoal de enfermagem, surge a necessidade de disciplinar o exercício da profissão, o que ocorre com a LEI nº 4.604/55⁹⁶, regulamentada pelo DECRETO nº 50.387/61⁸⁸, de 28 de março de 1961. Constam, desse decreto, a realização do exercício da enfermagem em todos os seus ramos e a discriminação das atribuições para o enfermeiro. O

exercício da enfermagem profissional compreende a execução de atos que visem a:

- a) *observação, cuidado e educação sanitária do doente, da gestante e do acidentado;*
- b) *administração de medicamentos e tratamentos prescritos por médico;*
- c) *educação sanitária do indivíduo, da família e de outros grupos sociais para a conservação e recuperação da saúde e prevenção das doenças;*
- d) *aplicação de medidas destinadas à prevenção de doenças.*

Quanto às atividades atribuídas exclusivamente ao profissional de enfermagem no seu âmbito de ação, destacam-se:

- a) *a administração dos serviços de enfermagem, nos estabelecimentos hospitalares, para-hospitalares e de saúde pública, conforme o art. 21 da Lei nº 775/49;*
- b) *a participação no ensino, nas escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem e treinamento de pessoal em serviço;*
- c) *a direção e inspeção de escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem;*
- d) *a participação nas bancas examinadoras de práticos de enfermagem e de concurso para seleção e provimento de cargos de enfermeiro e auxiliar de enfermagem.*

Desta maneira, vão-se definindo os campos de ação, nos quais a prática da enfermagem se realiza. De acordo com a citação de BARROS ², "*o desenvolvimento da prática de enfermagem não acontece no vácuo ou no espaço isolado do contexto social*", ela é histórica e socialmente comprometida.

Segundo as referências citadas por PAIXÃO ⁵³, houve uma mobilização das escolas, que, na tentativa de atender às crescentes exigências do mercado de trabalho, promoveram vários

cursos de *Formação Pedagógica e Didática Aplicada à Enfermagem e Administração de Ensino e de Serviços de Enfermagem*. Os referidos cursos tinham a duração de um ano e visavam aprofundar os conhecimentos e ampliar as competências e as habilidades profissionais do enfermeiro. A pesquisa em enfermagem, no Brasil, tal como ocorreu com a investigação no campo da saúde, teve seu início efetivo por volta de 1950.

Retomando a evolução da enfermagem, verifica-se, ainda, na década de 1950, que as características do pessoal de enfermagem, na sua formação e no trabalho, obedeciam às exigências básicas requeridas pelos hospitais. Daí, a grande importância da pesquisa, principalmente num período de transição, para a fundamentação científica e fortalecimento da educação e da prática, na busca da ênfase que mais atenderia às necessidades do contexto. Segundo RHODUS⁵⁹, a pesquisa deve ser vista como uma tentativa para descobrir ou confirmar fatos que se relacionam com as ações de enfermagem, assim como para aprimorar ou desenvolver teorias de enfermagem, que, mediante a prática, podem ser organizadas em um corpo de conhecimentos próprios da enfermagem, caracterizando esta profissão no contexto da saúde.

Após a II Guerra Mundial, a explosão de conhecimentos científicos, novas descobertas na área da saúde e a introdução de métodos mais sofisticados de diagnóstico e tratamento provocaram mudanças rápidas na área de enfermagem, desencadeando a necessidade de aprimoramento no preparo do enfermeiro para prestar assistência mais qualificada e desenvolver o ensino e a pesquisa em enfermagem.

NOGUEIRA⁴³ considera como primeiro trabalho de investigação o *Censo de 1950*, realizado pela Seção de Organização

Sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública, em colaboração com a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas. Essa pesquisa tinha como objetivo diagnosticar a situação dos serviços de enfermagem no país. A segunda pesquisa de vulto, em enfermagem, foi realizada em 1956-1958, pela Associação Brasileira de Enfermagem, com o objetivo de diagnosticar as necessidades de enfermagem no país. Trata-se do *Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil*.

Para RIBEIRO⁶³, a enfermagem engajou-se efetivamente na investigação científica na década de 1960 e início de 1970. Vários fatores contribuíram para o desenvolvimento científico da enfermagem: a reforma universitária, passando a enfermagem para o nível de ensino superior; os concursos para Livre Docentes; e a implantação de cursos de pós-graduação a nível de mestrado e de doutorado em enfermagem.

Segundo NOGUEIRA⁴³, a pesquisa em enfermagem esteve voltada, prioritariamente, para a assistência, abordando cuidados individuais para pacientes hospitalizados e para o ensino de enfermagem, nos diversos campos da prática. A mesma autora salienta também que, atualmente, a pesquisa tem como objetivo o fortalecimento de bases em todos os níveis da profissão e o desenvolvimento de teorias de enfermagem que servirão de orientação para a prática profissional.

Na década de 1960, com a LEI n^o 4.024/61⁹⁸, que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, abriu-se nova dimensão ao ensino de enfermagem. Acelerou-se o processo de reorganização e de integração das escolas às universidades, favorecendo um sistema comum de ensino e de pesquisa, assim como a melhoria e o aprofundamento dos conhecimentos científicos. Em decorrência dessa lei, o Conselho Federal de Educação apro-

vou o PARECER nº 271/62,¹⁰⁵ definindo o currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem. O currículo apresentado excluiu o ensino de saúde pública e das ciências sociais, enfatizando o das ciências físicas e biológicas. Observa GERMANO³⁰ que o estudo de saúde pública, antes privilegiado, já não aparece no currículo mínimo do Curso Geral, mas como especialização em saúde pública.

SILVA e col.⁷⁰ referem que, *"para atender o mercado de trabalho, o marco conceitual reflete um ensino voltado para a área hospitalar"*. As mesmas autoras salientam a mobilização de algumas escolas e a inclusão em seus currículos de disciplinas voltadas para o estudo de ciências sociais e do comportamento, procurando desenvolver uma visão do homem como ser bio-psico-social e um conceito de doença: agente-hospedeiro-ambiente.

O ensino e a prática profissional têm sido tema constante de reflexão dos enfermeiros, na década de 1960, da qual surgiram propostas que subsidiaram o PARECER 163/72,¹⁰⁷ vigente até a presente data.

CALDAS¹⁴, comentando os currículos de enfermagem, afirma que na vigência da LEI nº 775/49,⁹⁵ *"as escolas enfatizavam muito a prática das ações de enfermagem. Depois do ingresso das escolas nas universidades, nota-se maior ênfase no referencial teórico"*.

A enfermagem, em nível universitário, encontra-se, ainda nos dias de hoje, envolvida com inúmeros problemas relativos ao conteúdo e ao processo educacional, assim como com o seu papel social, que se encontra em estado de transição.

JOHNSON & SCHULZ³⁴ referem que *"existem críticas ao afastamento da educação universitária de enfermagem do exerci-*

cio da enfermagem e do cuidado direto do doente". Acrescentam os mesmos autores que, talvez, os educadores universitários tenham exagerado ao divorciar a educação da assistência.

Nova mudança curricular efetivou-se com o PARECER nº 163/72¹⁰⁷ e a RESOLUÇÃO nº 4/72,¹⁰⁸ do Conselho Federal de Educação. O currículo, ora proposto, representou um grande avanço no processo de formação do enfermeiro, com a inclusão de enfoques sociológicos e metodológicos. Conforme consta da RESOLUÇÃO 4/72,¹⁰⁸ o currículo mínimo dos cursos de enfermagem apresenta as seguintes características:

1. unificação dos cursos de enfermagem e obstetrícia;
2. previsão de três etapas sucessivas no processo de formação do enfermeiro:
 - a) a pré-profissional, compreendendo as matérias básicas;
 - b) o tronco profissional comum, conduzindo à graduação;
 - c) as habilitações que levam à formação do enfermeiro médico-cirúrgico, ou de saúde pública ou de obstetrícia. O referido parecer possibilitou ainda a obtenção do diploma de licenciado em enfermagem aos que receberam a formação pedagógica prescrita para os cursos de licenciatura, que teve um Parecer específico para tratar da matéria (Parecer nº 837/68).¹⁰⁶

Observa-se nessa proposta curricular a passagem das especializações para as habilitações, com a duração de quinhentas horas, em cada modalidade. Entretanto, a idéia das habilitações não foi bem aceita pelas escolas, tendo a grande maioria optado pela formação geral do enfermeiro e a oferta de

cursos de especialização nas diversas áreas de atuação da enfermagem.

Vários autores comentam a década de 1970 e o currículo de enfermagem vigente. Entre eles, JOHNSON & SCHULZ³⁴ salientam que, nessa década, desenvolveu-se a tendência de formar especialistas com o objetivo de retornar o enfermeiro ao cuidado direto do doente, promovendo maior compreensão e coordenação dos serviços de saúde.

Para SILVA e col.⁷⁰, a exclusão do ensino de saúde pública favorece a formação de profissionais de enfermagem para o atendimento a uma assistência sofisticada, o que não atende o mercado de trabalho.

Segundo GERMANO³⁰, enquanto os problemas de saúde, os programas e as metas governamentais encontram-se centrados no âmbito da saúde pública, da saúde da comunidade e da população, os currículos de enfermagem têm destinado grande carga horária às disciplinas especializadas no campo da assistência curativa.

A partir da década de 1970, houve uma luta muito grande no sentido de aprimorar a formação e a prática profissional. As Entidades de Classe promoveram vários seminários, a nível nacional, com a finalidade de discutir e analisar criticamente o ensino e o exercício da enfermagem, baseados nas reais necessidades da população e nos programas governamentais na área da saúde.

Para BARROS² *"fato marcante dessa fase foi a realização do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1977, onde se iniciou a discussão sobre a interferência da estrutura social na enfermagem; o papel da mulher na sociedade atual e a ênfase no compromisso social, ou seja, o papel social da profissão"*.

RIBEIRO⁶⁰, no discurso de posse da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem para o exercício 80/84, afirma:

A enfermagem, nesta década, deve enfrentar o desafio das definições: definição de seu papel no contexto da saúde e não da doença, definição de seu papel nos ambiciosos e sadios programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde, definição de suas novas diretrizes educacionais e de suas funções legais.

A tendência volta-se claramente para a necessidade de reaproximação entre o ensino e o serviço, reforçando a pesquisa, quanto à forma e ao conteúdo da educação em enfermagem, e o redimensionamento da prática profissional, principalmente quanto aos seus aspectos assistenciais.

OLIVEIRA⁴⁵ refere-se às tendências da prática de enfermagem nas próximas décadas, afirmando que a mesma dependerá, em parte, da política adotada pelo sistema nacional de saúde. Tendo como ponto de referência a situação atual, a tendência parece convergir prioritariamente para a atenção primária, a nível ambulatorial.

CARVALHO & CASTRO¹⁶ destacam a citação de Marguerite E. Schumacher, que afirma: *"a ênfase da prática da enfermagem será, então, o trabalho na comunidade, de preferência, distante e fora das paredes do hospital"*.

A atuação do enfermeiro, a nível hospitalar, segundo OLIVEIRA⁴⁵, tende a concentrar-se nas ações de cuidado direto ao doente, nas unidades de tratamento intensivo, na consulta, na prescrição e avaliação da assistência de enfermagem. Na área da administração, a tendência projeta-se na ênfase de atividades voltadas para a administração da assistência, em todos os níveis de saúde, educação continuada e a expansão do espaço do

enfermeiro em postos de comando.

SILVA e col.⁷⁰, ao analisarem o marco conceitual e estrutural dos currículos dos cursos de enfermagem, evidenciam quatro tendências para a década de 1980, que influenciam o ensino e, conseqüentemente, a prática.

A primeira tendência volta-se para uma enfermagem liberal e reflete um compromisso mais individual do que profissional.

A segunda tendência, voltada para o mercado de trabalho dominante, que requer a formação de especialistas para atender à sofisticação da assistência, predominantemente curativa, a nível hospitalar.

A terceira tendência reflete um compromisso de reforma, na medida em que a formação e as mudanças curriculares são influenciadas pela intenção dos programas oficiais no campo da saúde. Esta tendência vincula-se ao movimento preventivista, salientado a partir da década de 1970, aos programas alternativos de extensão de cobertura e aos esforços de integração docente-assistencial.

A quarta tendência reflete um compromisso social dos profissionais, que, tendo como fonte as necessidades reais e prioritárias da população, assumem uma postura de reflexão crítica sobre a prática do profissional de enfermagem no contexto social.

Para MAHLER³⁸, *"as enfermeiras de que o mundo necessita são as que podem diagnosticar problemas de saúde comunitária e adotar medidas para proteger, proporcionar e monitorar a saúde geral da população, as que podem cuidar dos doentes ou dos incapacitados e as que podem ensinar o próximo a cuidar de si mesmo"*.

Quanto à prática da enfermagem, estudos foram efetuados no sentido de analisá-la criticamente e de redefinir o papel e as funções do enfermeiro.

O primeiro informe do Comitê de especialistas de ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE⁵⁰ enfatiza a importância da análise das funções do enfermeiro, como base para estabelecer os objetivos do ensino de enfermagem, e identifica as seguintes funções como próprias do profissional de enfermagem:

1. *Assistência de enfermagem às necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade*, incluindo: atividades que contribuem na promoção e conservação da saúde do homem, motivando-o a cooperar na implementação do plano terapêutico, assim como a administração do cuidado de enfermagem, que consiste em planejar o atendimento a ser prestado; identificar as ações de enfermagem que podem ser delegadas a outros elementos da equipe; supervisionar a execução dos cuidados; analisar e avaliar as medidas implementadas, introduzindo as mudanças necessárias.

2. *Ensino*, envolvendo atividades que possibilitam identificar as deficiências de conhecimento do paciente, da família e da comunidade, em relação à saúde, e desenvolver programas educativos visando suprir tais deficiências. Nesta função, estão incluídas, também, as atividades dirigidas à formação e treinamento de pessoal de enfermagem nos diferentes níveis.

3. *Desenvolvimento da enfermagem*, incluindo a utilização do método científico na análise, avaliação e resolução de problemas de saúde e de enfermagem, assim como a incorporação de novos métodos e técnicas na prática profissional.

4. *Planejamento e administração*, compreendendo o diagnóstico da situação de enfermagem, planejamento, organização, coordenação, direção, controle e avaliação dos recursos de enfermagem, assim como participar no planejamento geral do setor saúde.

No Brasil, o perfil do enfermeiro generalista, apresentado pelo CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM²⁰, também destaca como funções do enfermeiro as relacionadas com a administração, a assistência, a educação e a pesquisa.

Existem vários estudos e propostas para a modificação do currículo de enfermagem, principalmente no que se refere ao enfoque metodológico teórico/prático. Segundo RHODUS⁵⁹,

O estudo da arte e da ciência determinam a prática da enfermagem, que deve ser definida em termos de assistir ao indivíduo, família e comunidade. Sobre a arte e a ciência, são modeladas as atitudes, nas competências intelectuais e as habilidades técnicas da enfermeira para o desempenho de seu papel como membro da equipe de saúde.

CARVALHO & CASTRO¹⁶ salientam que *"a educação em enfermagem deve ser adequada ao presente e orientada para o futuro, e que enfatize, por isso mesmo, a inquirição e a reflexão, ao invés da mera busca de respostas para questões emergentes"*.

Conforme os últimos autores citados, a educação em enfermagem, sendo adequada ao presente e ao futuro, deverá envolver na sua sistematização, através do currículo, estratégias que permitam garantir uma flexibilidade e uma contínua adaptação das funções e às novas formas que orientam o processo de ensino e aprendizagem. Entre estas estratégias, surge o *internato*, como uma modalidade de ensino que confere, à educação superior,

um caráter simultâneo teórico/prático, despertando a reflexão crítica que possibilite uma ação coerente e eficaz.

2.4 INTERNATO: UMA ESTRATÉGIA DE INTERAÇÃO TEORIA/PRÁTICA E ENSINO/SERVIÇO NO CURRÍCULO PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Concluindo a revisão da literatura, surge a necessidade de esboçar uma postura diante do tema currículo. Ao pensar-se na modalidade de *internato* como forma de interação teoria/prática e ensino/serviço, parece necessário caracterizar o que se entende por currículo, numa dimensão mais ampla do que visto meramente como o programa de ensino, cuja preocupação centra-se no conteúdo, nas matérias ou disciplinas, descuidando-se com o ambiente da escola.

No capítulo anterior, não foi discutido o conceito de currículo devido ao fato de que os diversos autores consultados prendiam-se a esta definição de currículo, como arrolamento de conteúdos na formação do enfermeiro. Parece oportuna, por conseguinte, neste momento, a discussão do conceito de currículo evoluindo no tempo e no espaço, visando acompanhar as mudanças do contexto global da sociedade. Nas citações de MOULIN⁴², encontra-se a referência de Hollis L. Caswell, que define o currículo como "*o ambiente em ação*", acompanhando o ritmo das modificações verificadas no contexto. Progressivamente, o conceito foi se enriquecendo com outros elementos e, ao lado do conteúdo elaborado na escola e das experiências da aprendizagem, passou a incluir os objetivos para a educação.

SPERB⁷⁵, referindo-se ao conceito de currículo da UNESCO, afirma que, modernamente, o mesmo é encarado como "*todas*

as atividades, experiências, materiais, métodos de ensino e outros meios empregados pelo professor ou considerados por ele, no sentido de alcançar os fins da educação". Esta definição, além da ênfase do ambiente que fornece as experiências, inclui também materiais e métodos de ensino. Neste caso, o planejamento curricular segue o modelo linear envolvendo a determinação dos objetivos e conteúdos, a seleção e a organização das atividades e dos materiais de instrução.

O currículo pode ser visto também como um sistema, envolvendo objetivos, conteúdos, métodos e avaliação. A inclusão da avaliação sugere um currículo dinâmico, onde o planejamento é realimentado pelas informações por ela fornecidas.

O currículo-sistema visa à execução de um plano onde as relações entre os objetivos, conteúdos e meios de operacionalização são cuidadosamente planejados para a aquisição da experiência e provisão de oportunidades de aprendizagem, para atingir metas amplas e objetivos específicos. É um processo contínuo, dinâmico, enfocando o conteúdo, as estratégias e o educando. A dinâmica processual envolve o desenvolvimento da ação, da situação ensino-aprendizagem, da qual tanto o planejamento quanto a avaliação e verificação fazem parte, como um todo dinâmico.

Existe uma tendência sempre crescente de se encarar o currículo numa perspectiva dinâmica, acompanhando a evolução da ciência e da tecnologia, considerando a educação como agência construtora da sociedade.

KELLY³⁵ salienta que, recentemente, os educadores começaram a ver a necessidade de planejar a inovação curricular, visando orientar o ensino no sentido de acompanhar o ritmo das mudanças na sociedade.

Para KUETHE³⁶, o currículo deve basear-se em dois elementos essenciais: *"Primeiro, certos conteúdos devem ser aprendidos e certas habilidades adquiridas - o sistema de valores é que determina a escolha do que se deve aprender. Segundo, certas formas da aprendizagem devem ocorrer antes que outras formas possam ser adquiridas"*.

O planejamento do currículo, definido como toda a aprendizagem planejada e guiada pela escola, dentro ou fora dela, requer sistematização, ordem e seqüência.

Segundo SPERB⁷⁵, o processo de planejamento curricular envolve as seguintes etapas: diagnóstico das necessidades educacionais, formulação de objetivos, seleção do conteúdo, organização do conteúdo, seleção de experiências, organização de experiências e avaliação.

KELLY³⁵ lembra que vários fatores podem influenciar o planejamento curricular, tais como: as pressões e as necessidades da sociedade das quais a escola faz parte; pressões derivadas de fontes econômicas, o avanço tecnológico ocasionando mudanças nos valores e nas normas de uma sociedade; as pressões ideológicas, que influenciaram o currículo desde os tempos da ideologia aristocrática; as pressões políticas, que influenciam diretamente nas decisões sobre o conteúdo, métodos e mesmo no equilíbrio e distribuição das disciplinas, e o fator financeiro.

Outra fonte de influência indireta sobre o planejamento curricular é a influência exercida pelas instituições de ensino onde os professores realizaram seus cursos, o controle exercido pelas universidades e pelas exigências do mercado de trabalho.

Além desses fatores, a organização do currículo pode re-

fletir diferentes concepções da educação e dele próprio. Fatores decisivos podem ser destacados no desenvolvimento do currículo, tais como: as atitudes dos professores, o papel da escola e o interesse do estudante. Neste processo de interação, o currículo é uma expressão da preocupação da escola, dos professores e dos alunos na investigação dos problemas do presente visando situações futuras.

A modalidade de *internato*, desenvolvida no processo de formação de pessoal de enfermagem, não é uma forma recente de ensino. O DECRETO nº 791/1890⁷⁹, que marcou o início do ensino de enfermagem, refere-se ao regime de *internato*, salientando que o interno tinha direito à gratificação, além de outros benefícios, tendo contudo a obrigação de auxiliar nos serviços do estabelecimento. O DECRETO nº 16.300/1923⁸³, que regulamentou a primeira escola para formação de profissionais de enfermagem, previa, para as alunas, oito horas de atividade diária, em hospital ou outro estabelecimento de assistência, assumindo todo o serviço das enfermarias designadas.

Este sistema, com pequenas modificações, foi adotado pela maioria das escolas de enfermagem e perdurou enquanto as mesmas eram vinculadas a hospitais. Tal sistema foi suprimido, quando as escolas foram reorganizadas e integradas às universidades. Enquanto, no Brasil, esta modalidade cessava nos currículos, nos Estados Unidos e na Inglaterra a mesma era desenvolvida, por agências de saúde, com o objetivo de oferecer aos recém-graduados um programa combinado de educação e serviço.

Mesmo que, nas décadas de 1960 e 1970, os currículos tenham mudado, sabe-se, no entanto, que é raro um planejamento conjunto, envolvendo enfermeiros educadores e enfermeiros assistenciais. Esta situação faz com que a lacuna entre o ensino

e a prática se amplie cada vez mais. As agências formadoras de recursos humanos e as diversas organizações de saúde que os utilizam, muitas vezes, desconhecem mutuamente suas expectativas e respectivas necessidades e possibilidades, o que acarreta cada vez maior descompasso entre essas duas organizações.

A falta de intercâmbio entre a formação e o serviço constituiu-se num dos fatores que limitam o próprio desenvolvimento da enfermagem. Por isso, é preciso encontrar caminhos e transpor as barreiras que separam o mundo da escola do mundo do trabalho e a teoria da prática. Os cursos de enfermagem e os serviços devem compartilhar responsabilidades comuns na assistência, no ensino, na pesquisa e no desenvolvimento da profissão, sem contudo se descuidarem de suas áreas de responsabilidade específica. A interação ensino e serviços, no processo de ensino e aprendizagem, alcança dupla dimensão: as mudanças curriculares adquirem objetividade e caráter concreto e, por sua vez, exercem influência sobre as mudanças nos serviços. A relação de unidade entre a teoria e a prática implica em evolução, na medida em que os conhecimentos teóricos e práticos são integrados num processo global.

O pensamento de PITTENGER & GOODING⁵⁴ é de que *"nem a teoria nem a prática possuem em si a essência do objeto, exceto como derivação de uma filosofia subjacente"*.

Para ATAIDE,¹ *"a educação é uma realidade teórica e prática, a um só tempo; é especulação e ação; é o que e o como"*.

RABELLO,⁵⁷ em seu estudo sobre a dicotomia entre a teoria e a prática, conclui que as universidades devem conferir à educação superior um caráter simultâneo teórico e prático, possibilitando a formação de indivíduos criativos e inventivos,

"despertando a capacidade crítica e o preparo para o incerto, o desconhecido, o novo, como resultantes do processo de mudança global".

Segundo GLÜCK,³¹ *"o saber fazer só pode ser alcançado se assegurarmos ao universitário condições para aprender a fazer"*, enfatizando no ensino uma forte interação com a realidade.

Para SAVIANI⁶⁸, a universidade estará desempenhando suas funções somente se for capaz de formar profissionais com profunda consciência da realidade em que vão atuar, com uma adequada fundamentação teórica e instrumentação técnica, que lhes permitam uma ação coerente e eficaz.

A simultaneidade do estudo teórico e a atividade prática possibilita o desenvolvimento das potencialidades no contexto da vivência e da realização pessoal. Para VEIT⁷⁷, é no mundo da atividade concreta que o homem exerce praticamente todas as dimensões humanas: ele se define, se objetiva em um universo sensível, se encontra com o outro, desenvolve sua inteligência, exerce sua vontade e sua liberdade como ser ético e vive sua dimensão política.

Conforme BRANDÃO³, o espaço educacional é o lugar da vida e do trabalho, onde *"viver o fazer faz o saber"*. Para VASQUEZ⁷⁶, *"é no fazer que o homem se faz constantemente e, nessa interação, fazer e fazer-se, ele cresce e se define como homem"*. O mesmo autor salienta ainda que *"o grande problema do pensamento hoje é a questão de método, e não só de conteúdo"*.

A literatura refere sérias dificuldades apresentadas pelos recém-graduados ao ingressarem no mercado de trabalho, como conflitos de expectativas de papéis, a privação do papel de enfermeiro e a demanda de um conhecimento de técnicas aperfeiçoa-

das. Esta situação é agravada pela multiplicidade de funções, freqüentemente entendidas como independentes e dissociadas. O ponto crítico parece residir na dificuldade em catalizar e harmonizar as ações de enfermagem e de saúde, integrando as funções de administração, assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento profissional, sem ter incorporado esta síntese, no processo de formação, em situações reais da prática profissional.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵, referindo-se ao processo de formação, salienta que *"o ensino das profissões da saúde e o exercício da prestação de cuidados à população são práticas indissociáveis intrinsecamente"*. Assim sendo, o sistema educacional deve interagir com o sistema de saúde local, de modo permanente, a fim de que possam se beneficiar no processo de retroalimentação.

Em 1981, o Congresso Brasileiro de Enfermagem que, tendo como finalidade analisar a teoria e a prática do enfermeiro no contexto da saúde, recomendou às escolas a dinamização de mecanismos que propiciem a realização de experiências visando à incorporação de uma atitude crítica da enfermagem, quanto ao seu compromisso social e à criação de novos modelos na prática da enfermagem. Para alcançar essa dimensão, RIBEIRO⁶² salienta, como essencialmente necessária, a reformulação curricular e a redefinição da prática da enfermagem, como condições para acompanhar as novas estratégias e planos oficiais de saúde.

O momento atual exige dos profissionais de enfermagem profunda reflexão e a incorporação, no processo de formação e na prática, de uma atitude crítica e consciente quanto a seu papel em relação à participação na solução dos problemas básicos de saúde da população.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE⁴⁹, no informe final do seminário sobre o ensino de enfermagem, a nível universitário, enfatiza que a função específica do enfermeiro é proporcionar a assistência de enfermagem às necessidades de saúde da população, devendo desempenhar também outras funções complementares, de ordem administrativa, de ensino, de pesquisa e de desenvolvimento profissional.

Segundo a mesma organização, o conjunto das funções e responsabilidades representa a imagem do profissional que se pretende formar. Esta imagem deve compatibilizar-se com as necessidades dos serviços e com a estrutura do sistema de saúde, que, necessariamente, deve estar refletido nos objetivos dos cursos.

No contexto da formação, há necessidade de um tipo de ensino que propicie a participação ativa do estudante, mediante uma abordagem crítica e criativa, baseada no princípio da coerência da práxis educativa. O futuro profissional de enfermagem precisa tornar-se apto a um constante *reajuste* à evolução do conhecimento e às novas condições sociais, procurando compreender o processo social saúde-doença e nele inserir-se ativamente.

A modalidade de *internato*, como estratégia de interação teoria/prática e ensino/serviço, reveste-se de especial importância para induzir mudanças curriculares adaptadas às reais necessidades da sociedade. Como processo inserido na prática, propicia, ao estudante, oportunidades ímpares para o desenvolvimento pessoal e profissional, mediante a vivência de situações reais relacionadas ao seu futuro papel e aos conflitos profissionais e burocráticos.

PITTENGER & GOODING⁵⁴ salientam que *"a preocupação fundamental de toda experiência curricular é fazer nascer no aluno uma consciência cada vez maior da relevância pessoal de sua conduta social. A meta última é reconhecer-se como um ser significativo, tanto pessoal como socialmente"*. A nível social, segundo os mesmos autores, o propósito da educação para o indivíduo deveria ser o de *"preparar o homem para encontrar e cumprir suas relações mutáveis dentro de uma sociedade em crescimento"*.

O *internato*, como uma estratégia de ensino, deverá ser uma parte organicamente estruturada no currículo, considerando a harmonia com os conceitos presentes na proposta curricular.

Assim, toda proposta curricular deve estar apoiada num conjunto de pressupostos básicos que considere as características do profissional que pretende formar e os marcos conceitual e estrutural, dentro dos quais se desenvolve o processo de formação do enfermeiro.

A explicitação desses pressupostos é muito importante porque representam basicamente a preocupação subjacente com os fins, metas, objetivos e valores de qualquer reformulação curricular que se pretende desencadear.

A necessidade de se buscar alternativas aos inúmeros questionamentos em torno da formação do enfermeiro, especialmente em relação ao estágio supervisionado, direcionou o enfoque do presente estudo, que procurou responder a objetivos formulados a partir de indagações originadas na vivência profissional e de ensino, refletidas através de uma investigação prática, realizada entre profissionais de enfermagem que atuam em instituições de saúde de Curitiba.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Este capítulo apresenta uma caracterização da população e da amostra selecionada para a realização do trabalho; uma descrição das etapas seguidas na elaboração e validação do instrumento de coleta de dados, na coleta de dados e no processamento das informações, na utilização da prova de McNemar e apresentação dos resultados.

1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa é representada por todos os enfermeiros atuantes no campo assistencial em instituições de saúde, no município de Curitiba, no período de janeiro a fevereiro de 1984.

A população compreende 220 enfermeiros, 175 dos quais atuam em 9 instituições públicas de saúde e 45, em 22 instituições privadas de saúde. Entre estas, 18 possuem apenas um enfermeiro, como pode ser observado no QUADRO 1 (ANEXO 1).

A amostra, em número de 60 respondentes, é constituída de 27 por cento (27%) dos enfermeiros atuantes, no campo as-

sistencial, em instituições de saúde do município de Curitiba, selecionados mediante amostra aleatória estratificada.

O trabalho realizado para determinação dos elementos amostrais foi efetuado em várias etapas, que são descritas a seguir:

ETAPA I

Levantamento junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Paraná, das instituições de saúde que possuem o elemento enfermeiro em seu quadro de pessoal de enfermagem. Obteve-se, também, listagem de nomes dos enfermeiros por instituições de saúde.

ETAPA II

A partir das informações fornecidas pelo Conselho Regional de Enfermagem, elaborou-se uma relação com os seguintes dados: denominação da instituição de saúde, nome dos enfermeiros por instituição e número de ordem seqüencial. Os nomes dos enfermeiros foram enumerados de 1 a 220, conforme lista de nomes apresentada pelo Conselho Regional de Enfermagem.

ETAPA III

Para delimitação do número de elementos de cada instituição de saúde, que deveria compor a amostra, de modo que esta fosse representativa, estabeleceram-se as proporções, conforme consta no QUADRO 2 (ANEXO 1).

Para efeito de amostra, das 18 instituições de saúde que possuíam apenas um enfermeiro em seu quadro de pessoal de enfermagem, foram sorteadas 4. Para as instituições de saúde

que possuem dois, três e, ou quatro enfermeiros, respectivamente, foi selecionado um representante de cada instituição.

A amostra foi, então, organizada em três estratos, segundo o tipo de serviço prestado pela instituição de saúde.

No QUADRO 2, encontra-se a composição de cada estrato, com a denominação das instituições de saúde participantes e o respectivo número de respondentes.

Para determinação dos estratos, foram utilizados dois critérios:

a) Tipo de serviço prestado pela instituição de saúde.

A escolha deste critério possibilitou agrupar os respondentes em dois estratos, segundo o tipo de serviço: *exclusivamente ambulatorial e hospitalar e ambulatorial*. Decidiu-se trabalhar com este critério, com o objetivo de delinear as atividades desenvolvidas, prioritariamente, pelo enfermeiro em seu campo de trabalho.

b) Hospitais de propriedade de universidades.

Tendo em vista a presença de dois hospitais de propriedade de universidades, dentre os que prestam serviço *hospitalar e ambulatorial*, resolveu-se agrupar os respondentes dos mesmos, com o intuito de verificar se, nestes, o enfermeiro desenvolve outras atividades, que não são realizadas por enfermeiros que atuam em outras instituições que prestam serviços similares.

A amostra, assim, constituiu-se de três estratos, sendo:

Estrato 1 - constituído por 23 enfermeiros atuantes em instituições de saúde que prestam serviço *exclusivamente ambulatorial*.

Estrato II - constituído por 19 enfermeiros atuantes em instituições que prestam serviço *hospitalar e ambulatorial*, representado por hospitais auxiliares de ensino, hospitais-escola e outros hospitais da rede pública ou privada.

Estrato III - constituído por 18 enfermeiros atuantes em instituições que prestam serviço *hospitalar e ambulatorial*, representado por hospitais universitários.

ETAPA IV

Procedeu-se, finalmente, à escolha dos elementos mediante a tabela estatística de números aleatórios apresentada por LEAL³⁷, cujos números identificavam os enfermeiros por instituições de saúde. Identificados por número e nome, foram os mesmos entrevistados para a coleta de informações.

2. O INSTRUMENTO E SUA VALIDAÇÃO

A metodologia seguida para a elaboração e validação do instrumento envolveu as seguintes fases do trabalho:

2.1 Elaboração do Instrumento

No estudo proposto, decidiu-se trabalhar com dados obtidos por meio de questionário (ANEXO 2). O instrumento compõe-se de três partes:

PARTE I - Caracterização geral. Consta de dez questões com respostas fechadas e lacunas a serem preenchidas, as quais possibilitam obter informações sobre o caráter das instituições de saúde e dos enfermeiros que nelas atuam. Destes,

constam dados relativos ao local de trabalho, formação, vivência, desenvolvimento profissional e participação em entidades de classe.

PARTE II - Estão agrupadas atividades segundo funções.

Para elaborar esta parte:

- a) realizou-se revisão de literatura sobre a formação e o exercício profissional do enfermeiro;
- b) procedeu-se ao levantamento de atividades atribuídas ao enfermeiro em documentos oficiais, manuais de serviço e em pesquisas e estudos realizados;
- c) a partir destes levantamentos para a pesquisa, as atividades foram integradas e agrupadas em cinco funções: *Administração, Assistência, Desenvolvimento Profissional, Ensino e Pesquisa.*

Em cada uma das funções, encontra-se um quadro com três colunas, onde constam os títulos: *o que faz, atividades e o que deveria fazer.* Sob o título *o que faz*, encontram-se quatro alternativas com as indicações: S (sempre), F (freqüentemente), O (ocasionalmente) e N (nunca). Conforme a freqüência com que a atividade é realizada pelo respondente, ele assinala a alternativa adequada com x, seguindo os seguintes critérios:

S - *Sempre*: para aquelas atividades que *sempre* são realizadas por ele.

F - *Freqüentemente*: para aquelas atividades que são realizadas por ele, mas que em alguns casos são executadas por outros elementos.

O - *Ocasionalmente*: para aquelas atividades que são geralmente executadas por outros elementos, mas que, em algumas circunstâncias, são por ele executadas.

N - *Nunca*: para aquelas atividades que *nunca* são executadas por ele.

Sob o título *o que deveria fazer*, encontram-se, também, quatro alternativas com as indicações: S (sempre), F (frequentemente), O (ocasionalmente) e N (nunca). Conforme a opinião do respondente quanto ao que *deveria* ser atividade do enfermeiro, independentemente de seu campo de trabalho, ele assinala a coluna adequada com x, seguindo os seguintes critérios:

S - *Sempre*: para aquelas atividades que deveriam ser *exclusivas* do enfermeiro.

F - *Frequentemente*: para aquelas atividades que deveriam ser desempenhadas *preferencialmente* pelo enfermeiro.

O - *Ocasionalmente*: para aquelas atividades que poderiam ser desempenhadas *indiferentemente*, tanto pelo enfermeiro quanto por outro elemento.

N - *Nunca*: para aquelas atividades que não deveriam ser desempenhadas pelo enfermeiro.

Entre essas duas colunas, está inserida a coluna de *atividades*, enumeradas de 1 a 180, na seguinte distribuição, segundo a quantidade de itens em cada uma das funções: Administração: 88; Assistência: 40; Desenvolvimento Profissional: 21; Ensino: 14; e Pesquisa: 17.

PARTE III - Consta de duas perguntas abertas, para obtenção de opiniões sobre o curso de graduação realizado pelos respondentes e sugestões para aprimoramento dos cursos para formação de enfermeiros.

A validação do instrumento, empregado neste estudo, foi determinada pela técnica de análise por juízes.

Apresentou-se-lhes o questionário, assim como os objetivos do trabalho, para que os examinassem quanto ao conteúdo, compreensão e coerência.

O questionário foi analisado por quatro enfermeiros pertencentes ao quadro de pessoal de enfermagem de diferentes instituições de saúde, sendo um da SESB, um do INAMPS e dois de diferentes hospitais, sendo um universitário; uma professora do Departamento de Enfermagem, uma professora licenciada em Pedagogia do Departamento de Planejamento e Administração Escolar, um professor de estatística do Departamento de Informática da Universidade Federal do Paraná e uma professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica do Paraná.

Atendendo às sugestões dos juízes, o instrumento sofreu pequenas reformulações quanto ao conteúdo e compreensão.

Uma vez validado o instrumento pelo consenso dos oito juízes, o mesmo foi aplicado a três enfermeiros, escolhidos aleatoriamente, para se verificar o nível de dificuldade em responder o questionário.

Após essa aplicação, o questionário tomou a forma definitiva.

3. COLETA DE DADOS

Para aplicação do questionário, solicitou-se autorização às diretoras de divisão e, ou chefes de serviço de enfermagem. O instrumento foi aplicado, no período de 19 de janeiro de 1984 a 20 de fevereiro de 1984, com a devida concordância do respondente em participar da pesquisa.

Após estabelecer contato com os enfermeiros, foi-lhes informado sobre o objetivo da pesquisa e a importância de sua contribuição para a realização da mesma. Foi-lhes dito que seria mantido o anonimato e que, por isso, poderiam expressar livremente suas opiniões. Destacou-se a recomendação: *não há necessidade de identificação.*

4. PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para caracterizar a amostra e sintetizar os dados, a análise estatística foi realizada em partes, com o objetivo de obter o máximo de informação. Os dados obtidos foram tratados de maneira diferente nas diversas partes do instrumento.

Para os dados de caracterização do respondente, e para a *Parte III*, utilizou-se um procedimento descritivo de todos os dados em termos de frequências absolutas e percentuais. Para tanto, foram tabulados os dados, tendo como chave geral os cargos ocupados por ocasião da aplicação do instrumento.

A *Parte II*, devido à natureza muito variada das questões, conduziu a estudos mais complexos, justificando assim a utilização de técnicas estatísticas que possibilitaram sua descrição e interpretação.

Os dados coletados foram transferidos para três níveis de planilhas (ANEXO 3).

Em uma primeira fase, procedeu-se ao levantamento geral das respostas assinaladas, segundo respondente e instituição de saúde (PLANILHA A).

Na segunda fase, com o objetivo de comprovar a significância de qualquer mudança nas respostas, construiu-se uma ta-

bela de freqüências de quatro casas, para representar o primeiro e o segundo grupo de respostas dos mesmos indivíduos (PLANILHA B).

Utilizaram-se as letras *S + F* e *O + N*, para indicar diferentes respostas entre *o que faz* e *o que deveria fazer*.

Na última fase, foram trabalhados todos os dados, em termos de freqüências absolutas das respostas registradas pelos respondentes que compõem cada estrato (PLANILHA C).

Estabeleceu-se o critério prévio, segundo o qual, seriam consideradas atividades próprias ao exercício profissional do enfermeiro as que atingissem 2/3 (67%) de freqüência de respostas nas alternativas sempre e freqüentemente, nas colunas *o que faz* e *o que deveria fazer*, segundo a opinião dos respondentes.

Para se representar graficamente cada atividade, calculou-se a média ponderada, atribuindo-se os seguintes pesos às alternativas: sempre (4), freqüentemente (3), ocasionalmente (2), e nunca (1).

4.1 UTILIZAÇÃO DA PROVA DE MCNEMAR PARA A SIGNIFICÂNCIA DE MUDANÇAS

Foi efetuada, no que se refere à PARTE II, a verificação de que, se os grupos que atuam em instituições que prestam serviço exclusivamente ambulatorial e hospitalar e ambulatorial diferem ou não, quanto à dimensão de congruência entre as atividades efetivamente desenvolvidas pelo enfermeiro em seu desempenho cotidiano e aquelas que, no seu entender, seriam próprias ao exercício de sua profissão, por meio da pro-

va estatística de McNemar. Esta análise refere-se às 180 atividades da PARTE II.

Escolheu-se a prova de McNemar para significância de mudanças, para testar a hipótese, porque o estudo utiliza duas amostras relacionadas, *o que faz e o que deveria fazer*, em que cada indivíduo é utilizado como seu próprio controle.

Em cada questão, expressa em atividade, há oito alternativas, sendo quatro para *o que faz* e quatro para *o que deveria fazer*. Para possível aplicação da prova de McNemar, devido às frequências pequenas nas casas, agruparam-se as alternativas $S + F$ e $O + N$, obtendo-se, então, uma tabela de frequência de quatro casas, para representar o primeiro e o segundo conjunto de respostas dos mesmos indivíduos (PLANILHA B).

O reagrupamento das indicações foi possível, visto que as alternativas $S + F$ indicam atividades que são e, ou deveriam ser, sempre ou preferencialmente, realizadas pelo enfermeiro, enquanto que as alternativas $O + N$ indicam atividades que são realizadas por outros elementos, mas que, ocasionalmente ou nunca, são executadas pelo enfermeiro.

Os casos que acusaram modificações nas respostas entre *o que faz* e *o que deveria fazer* aparecem nas casas *b* e *c*. O indivíduo foi locado na casa *b*, se passou de $S + F$ para $O + N$ (ele faz, mas é de opinião que o enfermeiro não deveria fazer) e na casa *c*, se passou de $O + N$ para $S + F$ (ele não faz, mas é de opinião que o enfermeiro deveria fazer).

Na ausência de modificações nas respostas, o indivíduo foi classificado na casa *a*, resposta $S + F$ (ele faz e é de opinião que o enfermeiro deveria fazer); ou na casa *d*, resposta $O + N$ (ele não faz e entende que não deveria ser atividade do enfermeiro).

As casas *a* e *d* representam os indivíduos cujas respostas se mantiveram inalteradas em ambas as situações.

Como as casas *b* e *c* representam o número total de indivíduos que apresentaram modificação nas respostas, a perspectiva sob a hipótese de nulidade seria que $1/2 (b + c)$ acusasse modificações em um sentido, e $1/2 (b + c)$, em outro sentido.

Como H_1 não especifica o sentido da diferença, a região de rejeição é bilateral e consiste de todos os valores de qui-quadrado (χ^2), calculados com base nos dados em que $b \neq c$ acusa uma probabilidade bilateral, associada à sua ocorrência sob H_0 não-superior a 0,05.

Para cada item, expresso em atividade, formularam-se duas hipóteses, a hipótese nula e a alternativa:

H_0 : para os enfermeiros respondentes que não apresentam concordância em suas respostas entre *o que faz* e *o que deveria fazer*, a probabilidade de mudar de $O+N$ para $S+F = P_c$ é igual à probabilidade de mudar de $S+F$ para $O+N = P_b$, e ambas são iguais a um meio:

$$P_c = P_b = \frac{1}{2} .$$

H_1 : para os enfermeiros respondentes que não apresentam concordância em suas respostas entre *o que faz* e *o que deveria fazer*, a probabilidade de mudar de $O+N$ para $S+F$ é diferente da probabilidade de mudar de $S+F$ para $O+N = P_b$:

$$P_c \neq P_b .$$

Para o grau de significância, foram considerados:

$\alpha = 0,05$; $N = 23$, número de respondentes do Grupo I;
 $N = 19$, número de respondentes do Grupo II e $N = 18$, número de respondentes do Grupo III.

Calculado o valor de p , pela prova binomial ou pela prova de McNemar, decidiu-se que, para valores de:

$p \geq 0,05$ - aceitar H_0 ;

$p < 0,05$ - rejeitar H_0 em favor de H_1 .

A descrição resumida do procedimento encontra-se no ANEXO IV.

Os dados obtidos por meio de apuração manual e que foram processados estão apresentados, neste trabalho, em tabelas, quadros e gráficos com frequências absolutas acumuladas e percentuais.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo é composto pela apresentação, discussão e análise dos resultados. Inicialmente, são descritos os dados caracterizadores dos componentes da amostra. Em seguida, são identificadas as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, em seu desempenho cotidiano, e aquelas que, segundo sua opinião, seriam próprias ao exercício de sua profissão. São apresentados os resultados obtidos pela aplicação da Prova de McNemar, na segunda parte do instrumento. Por último, aspectos significativos dos cursos de graduação realizados e sugestões sobre a modalidade de *internato*, como um dos procedimentos para aperfeiçoar a formação profissional do enfermeiro.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COMPONENTES DA AMOSTRA

A população investigada neste trabalho constitui-se de amostra estratificada de enfermeiros atuantes em instituições de saúde públicas e privadas que prestam serviço exclusivamente ambulatorial ou hospitalar e ambulatorial.

TABELA 1 - NÚMERO DE RESPONDENTES ATUANTES EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, SEGUNDO O TIPO DE SERVIÇO PRESTADO

INSTITUIÇÕES	NÚMERO DE ENFERMEIROS		TIPO DE SERVIÇO				TOTAL	
	Exclusivamente Ambulatorial		Hospitalar e Ambulatorial				TOTAL	
			Hospitais Universitários		Outros			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Públicas (9)	23	38	16	27	9	15	48	80
Privadas (8)	-	-	2	3	10	17	12	20
TOTAL	23	38	18	30	19	32	60	100

FONTE: coleta de dados.

Verifica-se, na TABELA 1, que, das 17 instituições de saúde arroladas (anexo 2), foram sorteados 60 enfermeiros; destes, 37 (62%) atuam em instituições de saúde que prestam serviço hospitalar e ambulatorial, enquanto que os outros 23 (38%) exercem suas atividades em instituições de saúde que prestam serviço exclusivamente ambulatorial.

Observa-se ainda, na TABELA 1, que, dos 60 respondentes, 12 (20%) encontram-se lotados em instituições de saúde privadas e 48 (80%), em instituições de saúde públicas. Destes, 25 (42%) atuam em serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial e os outros 23 (38%), em serviços de atendimento exclusivamente ambulatorial. É importante salientar que as instituições de saúde que prestam atendimento exclusivamente ambulatorial pertencem, todas, à rede pública.

Nota-se que o maior número de enfermeiros encontra-se em hospitais. Este fato é devido, em parte, ao tipo de formação recebida e ao tipo de mercado, uma vez que são os hospitais que absorvem maior contingente de enfermeiros.

TABELA 2 - CARGO OCUPADO PELOS RESPONDENTES, SEGUNDO O CARÁTER INSTITUCIONAL DA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

CARGO OCUPADO	CARÁTER INSTITUCIONAL DA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE				TOTAL	
	Públicas		Privadas		nº	%
	nº	%	nº	%		
Enfermeiro	6	10	-	-	6	10
Enf.Chefe de Unidade . . .	17	28	7	12	24	40
Supervisor de Enf.	14	23	-	-	14	23
Chefe do Serv.de Enf.. . .	4	7	5	8	9	15
Outros	7	12	-	-	7	12
TOTAL	48	80	12	20	60	100

FONTE: coleta de dados.

Quanto ao cargo ocupado, verifica-se na TABELA 2 que 54 (90%) dos respondentes ocupam cargos de chefia em diferentes níveis: chefia de unidade de enfermagem, 24 (40%); supervisor de enfermagem, 14 (23%); diretor e, ou chefe de serviço de enfermagem, 9 (15%). Entre os restantes, 6 (10%) ocupam o cargo de enfermeiro, sendo que dois atuam em educação em serviço e quatro são enfermeiros de turno. No item *outros*, estão incluídos 7 (12%) respondentes ocupantes de cargos mais elevados na estrutura hierárquica em diversas instituições de saúde, assim distribuídos: chefe de programa de imunização (1); enfermeiro sanitarista coordenador de programa (2); coordenador regional (1); e encarregado de análise (2).

Verifica-se, também, que nas instituições públicas predominam os ocupantes dos cargos de enfermeiro chefe de unidade, com 17 (28%), respondentes, e supervisor de enfermagem, com 14 (23%), enquanto que nas instituições privadas aparecem somente respondentes ocupantes dos cargos de enfermeiro chefe

de unidade, com 7 (12%) e chefe de serviço de enfermagem, com 5 (8%). Nestas, nenhum dos respondentes ocupa, especificamente, o cargo de enfermeiro, atuando diretamente na assistência de enfermagem ao cliente, ou de supervisor de enfermagem. Isso é consequência, em parte, da reduzida absorção do profissional de enfermagem.

TABELA 3 - CARGO OCUPADO PELOS RESPONDENTES, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

CARGO OCUPADO	FAIXA ETÁRIA (Em anos)								TOTAL	
	21 a 30		31 a 40		41 a 50		+ 51			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermeiro	2	3	2	3	2	3	-	-	6	10
Enfermeiro Chefe de Unidade	14	24	2	3	6	10	2	3	24	40
Supervisor de Enfermagem	7	12	4	7	3	5	-	-	14	23
Chefe do Serviço de Enfermagem . .	2	3	3	5	4	7	-	-	9	15
Outros	2	3	4	7	1	2	-	-	7	12
TOTAL	27	45	15	25	16	26	2	3	60	100

FONTE: coleta de dados.

A TABELA 3 mostra o número de respondentes, segundo a faixa etária e o cargo ocupado. Constata-se que 27 (45%) dos respondentes estão na faixa de 21 a 30 anos, quase se equiparando à soma dos respondentes, 31 (52%) da faixa de 31 a 50 anos.

Quanto ao cargo ocupado, é na faixa etária mais baixa, de 21 a 30 anos, que se concentra o maior número de ocupantes dos cargos de enfermeiro chefe de unidade, com 14 (23%) respondentes e de supervisor de enfermagem com 7 (12%).

Na faixa etária de 31 a 40 anos, distribuem-se, equitativamente, os ocupantes dos cargos de supervisor de enfermagem, 4 (7%), e outros, 4 (7%), seguindo-se o de chefe de serviço de enfermagem, 3 (5%), enquanto que na faixa de 41 a 50 anos, destacam-se os cargos de enfermeiro chefe de unidade, 6 (10%), seguindo-se o de chefe de serviço de enfermagem, 4 (7%) e supervisor de enfermagem, 3 (5%).

Observam-se flutuações dos cargos nas diversas faixas etárias. O cargo de enfermeiro chefe de unidade tem maior número de ocupantes, 14 (23%), na menor faixa etária, 21 a 30 anos, decrescendo na faixa de 31 a 40 anos e havendo uma retomada na faixa de 41 a 50 anos; o de supervisor de enfermagem também inicia com maior número de ocupantes na menor faixa etária, decrescendo paulatinamente nas faixas etárias posteriores; entretanto, o cargo de chefe de serviço de enfermagem tem menor número de ocupantes, 2 (3%), na menor faixa etária, aumentando na faixa de 31 a 40 anos, alcançando seu ponto máximo na faixa de 41 a 50 anos. Os outros cargos ocupados têm seu ponto máximo na faixa de 31 a 40 anos.

TABELA 4 - CARGO OCUPADO PELOS RESPONDENTES, SEGUNDO O TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

CARGO OCUPADO	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (EM ANOS)										TOTAL	
	0 a 4		4 a 10		11 a 20		+ 21		s/resposta			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermeiro	3	5	1	2	-	-	2	3	-	-	6	10
Enfermeiro Chefe de Unidade	11	19	4	7	6	9	2	3	1	2	24	40
Supervisor de Enfer- magem	5	8	5	8	2	3	1	2	1	2	14	23
Chefe do Serviço de Enfermagem	2	3	3	5	4	7	-	-	-	-	9	15
Outros	2	3	3	5	1	2	1	2	-	-	7	12
TOTAL	23	38	16	27	13	21	6	10	2	4	60	100

FONTE: coleta de dados.

No que se refere à experiência profissional dos respondentes, observa-se, na TABELA 4, que 23 (38%) possuem menos de quatro anos de experiência, decrescendo inversamente o número de respondentes em relação ao tempo de experiência profissional. Entretanto, comparando-se o cargo ocupado em relação aos diversos períodos de experiência profissional, verifica-se que, quanto maior o tempo de experiência, hierarquicamente, mais elevado o cargo ocupado. O ponto de partida situa-se no cargo de enfermeiro chefe de unidade, com 11 (18%) respondentes com menos de quatro anos de experiência. No período de 4 a 10 anos de experiência, destaca-se o cargo de supervisor de enfermagem, com 5 (8%) respondentes. Por último, o cargo de chefe de serviço de enfermagem, com 4 (7%) respondentes, possuindo de 11 a 20 anos de experiência. Observa-se que, a partir de 21 anos de experiência, parece não haver concentração explícita em cargos, encontrando-se os enfermeiros como chefes de unidades.

TABELA 5 -- NÚMERO DE RESPONDENTES, SEGUNDO O PERÍODO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, EM RELAÇÃO AO CARGO OCUPADO

CARGO OCUPADO	PERÍODO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO						TOTAL	
	1955 a 1964		1965 a 1974		1975 a 1983		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%		
Enfermeiro	2	3	-	-	4	7	6	10
Enfermeiro Ch.Unidade.	3	5	6	10	15	25	24	40
Superv.de Enfermagem .	2	3	4	7	8	13	14	23
Ch.Serv.Enfermagem . .	1	2	5	8	3	5	9	15
Outros	1	2	2	3	4	7	7	12
TOTAL	9	15	17	28	34	57	60	100

FONTE: coleta de dados.

A TABELA 5 mostra o número de respondentes, segundo o período de conclusão do curso de graduação em enfermagem e o cargo ocupado. Verifica-se, nesta TABELA, que 34 (57%) dos profissionais concluíram o curso de graduação no período de 1975-1983; 17 (28%), no período de 1965-1974 e, somente 9 (15%), no período de 1955-1964. Quanto ao cargo ocupado, a maior distribuição de frequência para os cargos de enfermeiro chefe de unidade, 15 (25%), supervisor de enfermagem, 8 (13%) e enfermeiro, 4 (7%) pertencem aos graduados no período de 1975-1983. Com referência ao cargo de chefe de serviço de enfermagem, dos 9 ocupantes, 5 (56%) concluíram o curso de graduação no período de 1965-1974.

TABELA 6 - ESTADO DA FEDERAÇÃO ONDE OS RESPONDENTES CONCLUÍRAM O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E CARGO OCUPADO

CARGO OCUPADO	ESTADO DA FEDERAÇÃO				TOTAL	
	Paraná		Outros Estados		nº	%
	nº	%	nº	%		
Enfermeiro	4	6	2	3	6	10
Enfermeiro Ch. de Unidade. .	22	37	2	3	24	40
Supervisor de Enfermagem . .	12	21	2	3	14	23
Chefe do Serv.de Enfermagem.	7	12	2	3	9	15
Outros	4	6	3	6	7	12
TOTAL	49	82	11	18	60	100

FONTE: coleta de dados.

A TABELA 6 mostra o número de respondentes que concluíram o curso de graduação em enfermagem no Estado do Paraná e em outros Estados da Federação. Verifica-se que, dos 60 respondentes, 49 (82%) concluíram o curso em diversas instituições do Estado do Paraná. Os outros 11 (18%) concluíram o curso

so em outros Estados: Rio Grande do Sul (4), São Paulo (3), Santa Catarina (1), Rio de Janeiro (1), Goiás (1) e Ceará (1).

Em relação ao cargo ocupado, verifica-se que, dos 49 formados no Estado do Paraná, o maior número de respondentes concentra-se no cargo de enfermeiro chefe de unidade, 22 (37%). O restante fica dividido, em ordem decrescente, entre os cargos de supervisor de enfermagem, com 12 (20%), chefe de serviço de enfermagem, com 7 (12%), enfermeiro, com 4 (6%) e outros cargos, com 4 (6%), assim distribuídos: enfermeiro sanitarista coordenador de programa (2), coordenador regional (1) e encarregado de análise (1).

Os profissionais de enfermagem provenientes de outros Estados da Federação encontram-se distribuídos nos diversos cargos, destacando-se maior concentração em *outros*, 3 (5%), na proporção de 4:1, enquanto que os graduados no Estado do Paraná ocupam esses cargos na proporção de 12:1.

TABELA 7. - NÚMERO DE RESPONDENTES, EM RELAÇÃO AO PRIMEIRO CARGO OCUPADO NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO E CARGO ATUAL

CARGO OCUPADO ATUALMENTE	PRIMEIRO CARGO OCUPADO												TOTAL	
	Enfermeiro		Enf. Chefe Unid.		Superv. Enferm.		Chefe do Serv. Enf.		Doc. Enf.		Sem Resposta			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermeiro	2	3	3	5	1	2	-	-	-	-	-	-	6	10
Enfermeiro Chefe Unidade	3	5	13	21	1	2	-	-	4	7	3	5	24	40
Supervisor de Enfermagem	5	8	4	7	3	5	2	3	-	-	-	-	14	23
Chefe Serviço Enfer- magem	-	-	1	2	2	3	3	5	2	3	1	2	9	15
Outros	-	-	5	8	1	2	-	-	-	-	1	2	7	11
TOTAL	10	16	26	43	8	13	5	8	6	10	5	8	60	100

FONTE: coleta de dados.

Quanto ao primeiro cargo ocupado no exercício da profissão, verifica-se, na TABELA 7, que dos 60 respondentes, 26 (43%) iniciaram sua carreira profissional ocupando o cargo de enfermeiro chefe de unidade, 8 (13%), de supervisor de enfermagem e 5 (8%), de chefes de serviço de enfermagem.

Observa-se, ainda, que, dos 26 (43%) respondentes que iniciaram sua carreira como enfermeiros chefes de unidades, 13 (21%) encontram-se atualmente ocupando o mesmo cargo. Dos 6 (10%) que iniciaram sua carreira como docentes em enfermagem, 4 (7%) deles ocupam o cargo de enfermeiro chefe de unidade e 2 (3%) ocupam chefias de serviços de enfermagem. O mesmo pode ser observado em relação aos demais cargos. Isto indica que existe acentuada flutuação na distribuição dos diversos cargos, cujas causas não são investigadas neste trabalho.

TABELA 8 - NÚMERO DE RESPONDENTES SEGUNDO O TIPO DE CURSOS APÓS O NÍVEL DE GRADUAÇÃO E CARGO OCUPADO

TIPO DE CURSO APÓS A GRADUAÇÃO	CARGO OCUPADO										TOTAL	
	Enfermeiro		Enf. Chefe Unid.		Superv. de Enf.		Chefe do Serv. Enf.		Outros			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Especialização	1	2	5	8	5	8	1	2	2	3	14	23
Habilitação	-	-	1	2	1	2	-	-	-	-	2	3
Licenciatura	1	2	4	6	1	2	2	3	-	-	8	13
Aperfeiçoamento	1	2	-	-	2	3	1	2	1	2	5	8
Aperfeiçoamento + Licenciatura	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2
Especialização + Habilitação	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	2
Especialização + Licenciatura	1	2	7	12	1	2	1	2	-	-	10	17
Habilitação + Licenciatura	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	1	2
Especialização + Habi- litação + Licenciatura	-	-	-	-	-	-	2	3	-	-	2	3
Nenhum	2	3	6	10	4	6	1	2	3	5	16	27
TOTAL	6	10	24	40	14	23	9	15	7	12	60	100

FONTE: coleta de dados.

TABELA 9 - ÁREAS DE FORMAÇÃO DE CURSOS REALIZADOS PELOS RESPONDENTES APÓS O NÍVEL DE GRADUAÇÃO E CARGO OCUPADO

ÁREAS DE FORMAÇÃO APÓS A GRADUAÇÃO	CARGO OCUPADO										TOTAL	
	Enfermeiro		Enf. Chefe de Unid.		Superv. de Enf.		Chefe do Serv. Enf.		Outros		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Especialização:												
Administração Hospitalar. . .	1	2	7	12	1	2	2	3	-	-	11	18
Saúde Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	2	3
Metodologia da Pesquisa, Ensino e Assistente de Enfermagem	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	1	2
Enfermagem do Trabalho. . .	-	-	6	10	3	5	2	3	-	-	11	18
Enfermagem Psiquiátrica . .	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	2
Habilitação Méd. Cirúrgica .	-	-	-	-	1	2	1	2	-	-	2	3
Habilitação em Obstetrícia.	-	-	2	3	-	-	2	3	-	-	4	7
Licenciatura em Enfermagem.	2	3	12	20	2	3	5	8	1	2	22	37
Aperfeiçoamento em Saúde Pública	1	2	-	-	2	3	1	2	2	3	6	10
TOTAL	4	7	27	45	10	17	14	23	5	8	60	100

FONTE: coleta de dados.

A TABELA 8 apresenta o número de respondentes, segundo o tipo de cursos realizados após a graduação, em relação ao cargo ocupado. Verifica-se que, dos 60 respondentes, 44 (73%) realizaram um ou mais cursos, sendo que a maior frequência situa-se nos cursos de especialização e licenciatura. Dos respondentes, 16 possuem somente o curso de graduação. Destes, três ocupam cargos relevantes, a nível de planejamento e coordenação.

Quanto às áreas de formação dos cursos realizados, em relação ao cargo ocupado, observa-se, nas TABELAS 8 e 9, que, dos 24 enfermeiros chefes de unidades, 13 (22%) realizaram curso de especialização, predominando as áreas de administração hospitalar, 7 (12%) e enfermagem do trabalho, 6 (10%).

Seguem-se a licenciatura em enfermagem, 12 (20%) e habilitação em obstetrícia, 2 (3%). Situação semelhanté ocorre com os chefes de serviços de enfermagem. Dos 9 respondentes, 5 (8%) são licenciados em enfermagem e realizaram curso de especialização, destacando-se administração hospitalar, 2 (3%) e enfermagem do trabalho, 2 (3%). Em relação aos supervisores, predomina o curso de especialização em enfermagem do trabalho.

TABELA 10 - NÚMERO DE RESPONDENTES SEGUNDO INSCRIÇÃO OU FILIAÇÃO EM ENTIDADES DE CLASSE E CARGO OCUPADO.

ENTIDADES DE CLASSE (1)	CARGO OCUPADO										TOTAL	
	Enfermeiro		Enf. Chefe Unid.		Superv. de Enf.		Chefe do Serv. Enf.		Outros			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
COREN	1	2	8	13	5	8	-	-	-	-	14	23
COREN + ABEn	2	3	9	15	1	2	2	3	-	-	14	23
COREN + APEEPR	-	-	2	3	1	1	1	2	1	2	5	8
COREN + ABEn + APEEPR	3	5	5	8	7	12	6	10	6	10	27	45
TOTAL	6	10	24	40	14	23	9	15	7	12	60	100

FONTE: coleta de dados.

(1) COREN - Conselho Regional de Enfermagem.

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná.

APEEPR- Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado do Paraná.

A TABELA 10 mostra o número de respondentes, segundo a filiação em entidades de classe e o cargo ocupado. Constatase, nesta TABELA, que 41 (68%) são filiados à Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná e 32 (53%) são filiados à Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado do Paraná. A maior freqüência, com 27 (45%) respondentes, fica distribuída entre os respondentes que são filiados a duas entidades de classe: ABEn e APEEPR.

Todos os respondentes estão inscritos no COREN-PR., uma vez que os integrantes da amostra foram selecionados mediante listagem fornecida pelo próprio Conselho Regional de Enfermagem.

4.2 ANÁLISE DAS ATIVIDADES DO ENFERMEIRO SEGUNDO FUNÇÕES

Para realizar a análise dos dados obtidos na segunda parte do instrumento, optou-se pela seguinte seqüência:

4.2.1 Identificação das atividades realizadas e das que não são realizadas pelos enfermeiros, segundo funções:

- atividades realizadas pelos enfermeiros em seu desempenho cotidiano, segundo funções e grupos estratificados na amostra;
- atividades realizadas e que são comuns a dois ou a três grupos;
- atividades realizadas unicamente por um grupo.

4.2.2 Confronto entre as atividades realizadas pelos enfermeiros e as consideradas, pelos mesmos, próprias ao exercício de sua profissão.

4.2.3 Grau de significância das mudanças entre *o que faz e o que deveria fazer* - Prova de McNemar.

4.2.1 Identificação das Atividades Realizadas e das que não são Realizadas pelos Enfermeiros

As atividades realizadas e as que não são realizadas pelos enfermeiros em seu desempenho cotidiano, segundo as fun-

ções e os grupos estratificados na amostra, estão apresentadas nos QUADROS 3, 4 e 5.

QUADRO 3 - CONFIGURAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DO GRUPO I

FUNÇÕES	ATIVIDADES REALIZADAS									
	Sempre e Frequentemente					Ocasionalmente e Nunca				
A - Administração	9	10	22	23	38	1	2	3	4	5
	40	48	53	54	55	6	7	8	11	12
	57	58	62	71	74	13	14	15	16	17
	75	85				18	19	20	21	24
						25	26	27	28	29
						30	31	32	33	34
						35	36	37	39	41
						42	43	44	45	46
						47	49	50	51	52
						56	59	60	61	63
						64	65	66	67	68
						69	70	72	73	76
						77	78	79	80	81
					82	83	84	86	87	
					88					
88 (100%)								71 (81%)		
B - Assistência						89	90	91	92	93
						94	95	96	97	98
						99	100	101	102	103
						104	105	106	107	108
						109	110	111	112	113
						114	115	116	117	118
						119	120	121	122	123
						124	125	126	127	128
40 (100%)								40 (100%)		
C - Desenvolvimento Profissional	130	134	142	147		129	131	132	135	136
						137	138	139	140	141
						143	144	145	146	148
						149				
21 (100%)								17 (81%)		
D - Ensino	163					150	151	152	153	154
						155	156	157	158	159
						160	161	162		
14 (100%)								13 (93%)		

continua

continuação

FUNÇÕES	ATIVIDADES REALIZADAS					
	Sempre e Frequentemente	Ocasionalmente e Nunca				
E - Pesquisa	165	164	166	167	168	169
		170	171	172	173	174
		175	176	177	178	179
		180				
17 (100%)	1 (6%)				16 (94%)	

FONTE: coleta de dados.

O QUADRO 3 apresenta a configuração dos resultados das atividades desenvolvidas pelos respondentes do grupo I. Observa-se que, das 180 atividades propostas no instrumento de coleta de dados, foram consideradas como realizadas sempre e, ou frequentemente pelos 23 enfermeiros respondentes que atuam em instituições de saúde que prestam serviço a nível ambulatorial, aquelas que, segundo critério estabelecido, obtiveram valores iguais ou superiores a 15, o que corresponde a 2/3 (67%) do total de freqüências nas colunas S (sempre) e F (frequentemente).

Verifica-se, neste QUADRO, a predominância das funções administração, com 17 (19%) e desenvolvimento profissional, com 4 (19%) atividades, enquanto que nenhuma das atividades da função assistência obteve 2/3 das respostas. Quanto às outras funções, embora em menor número, estão as de ensino e pesquisa, ambas com apenas uma atividade alcançando a freqüência estabelecida.

Pelo exposto, verifica-se que esses enfermeiros atuantes em ambulatórios desenvolvem atividades administrativas voltadas para a sua equipe, no que se refere à coordenação da equipe de enfermagem; verificação da execução das atividades de

enfermagem, avaliação da qualidade da assistência prestada, orientação e supervisão do registro das atividades realizadas, orientação de funcionários recém-admitidos na sua integração ao serviço. Em relação à equipe multiprofissional, destacam-se a participação no planejamento e execução de programas de saúde e a compatibilização das atividades de profissionais e outros técnicos que atuam na unidade. Quanto ao ambiente de trabalho, estabelece o entrosamento da unidade com outros serviços e prevê, requisita, supervisiona o uso e providencia manutenção, conserto e reposição de materiais e equipamentos.

As primeiras concretizam-se no planejamento, organização, coordenação, orientação, supervisão e avaliação das atividades realizadas pela equipe que presta assistência de enfermagem ao cliente.

Uma das atividades atribuídas ao enfermeiro, como a de emitir parecer em assuntos de enfermagem, aparece como realizada por ele.

Quanto ao ensino, só aparece uma das atividades, que é a de orientar sobre medidas destinadas à prevenção de doenças, acidentes e saneamento básico.

Nas de pesquisa, além de estar ainda na fase de levantamento, é voltada para os problemas de enfermagem.

QUADRO 4 - CONFIGURAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DO GRUPO II

FUNÇÕES	ATIVIDADES REALIZADAS									
	Sempre e Frequentemente					Ocasionalmente e Nunca				
A - Administração	5	8	9	10	11	1	2	3	4	6
	21	22	26	28	29	7	12	13	14	15
	30	31	33	35	36	16	17	18	19	20
	38	39	40	41	42	23	24	25	27	32
	43	44	45	46	47	34	37	49	55	57
	48	50	51	52	53	58	59	69	79	80
	54	56	60	61	62	81	82	83	84	88
	63	64	65	66	67					
	68	70	71	72	73					
	74	75	76	77	78					
	85	86	87							
88 (100%)			53 (60%)					35 (40%)		
B - Assistência						89	90	91	92	93
						94	95	96	97	98
						99	100	101	102	103
						104	105	106	107	108
						109	110	111	112	113
						114	115	116	117	118
						119	120	121	122	123
						124	125	126	127	128
40 (100%)								40 (100%)		
C - Desenvolvimento Profissional	144	145				129	130	131	132	133
						134	135	136	137	138
						139	140	141	142	143
						146	147	148	149	
21 (100%)			2 (10%)					19 (90%)		
D - Ensino	150					151	152	153	154	155
						156	157	158	159	160
						161	162	163		
14 (100%)			1 (7%)					13 (93%)		
E - Pesquisa						164	165	166	167	168
						169	170	171	172	173
						174	175	176	177	178
						179	180			
17 (100%)								17 (100%)		

FONTE: coleta de dados

O QUADRO 4 representa a configuração dos resultados das atividades realizadas por enfermeiros atuantes em instituições de saúde que prestam serviço a nível hospitalar e ambulatorial. Foram excluídos, deste quadro, os hospitais universitários, que, devido às suas características, são representados separadamente. Das 180 atividades propostas no instrumento de coleta de dados, foram consideradas como realizadas, sempre e, ou freqüentemente, pelos 19 respondentes, aquelas que obtiveram freqüências iguais e superiores a 13, o que corresponde a 2/3 (67%) das respostas nas colunas S (sempre) e F (freqüentemente).

Das 88 atividades da função administração, 53 (60%) delas alcançaram o critério estabelecido. Quanto às outras, destacam-se as funções desenvolvimento profissional, com 2 (10%) atividades, e ensino, com 1 (7%). Nenhuma das atividades enquadradas nas funções assistência e pesquisa atingiu o critério estabelecido.

De acordo com o representativo deste QUADRO, o enfermeiro de hospitais não-universitários centra suas atividades administrativas também para a equipe que presta assistência de enfermagem, direta ou indiretamente, *orientando e supervisionando a execução e o registro das atividades de enfermagem e avaliando a qualidade da assistência prestada.*

Em relação ao cliente, verifica as necessidades do cliente, identificando o nível de complexidade da assistência e estabelecendo as prioridades a serem atendidas. Acompanha a evolução do cliente, inteirando-se de suas necessidades e orientando sobre o tratamento e procedimentos diagnóstico e terapêutico.

Em relação aos recursos humanos de enfermagem, destacam-se a participação na *previsão de pessoal*, a *orientação* e o *acompanhamento desses recursos*, segundo as necessidades da assistência.

Quanto às ações voltadas para o ambiente, salientam-se, entre outras, a *supervisão das condições de higiene ambiental* e o *controle da disciplina, da ordem e da segurança nos recintos de trabalho*. O enfermeiro delibera sobre as condições do ambiente e opina em projetos de *ampliação, reforma e implantação de serviços novos*, opinando também e emitindo parecer técnico sobre a *aquisição de material e equipamentos*.

As atividades concernentes ao desenvolvimento profissional voltam-se para o *aprimoramento e introdução de novas técnicas e procedimentos* e a *elaboração de instruções e rotinas*.

Entre as atividades de ensino, registra-se a de *manter entrosamento com docentes que utilizam o serviço como campo de estágio*.

QUADRO 5 - CONFIGURAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DO GRUPO III

FUNÇÕES	ATIVIDADES REALIZADAS									
	Sempre e Freqüentemente					Ocasionalmente e Nunca				
A - Administração	8	9	10	11	22	1	2	3	4	5
	30	31	36	38	39	6	7	12	13	14
	40	41	42	43	44	15	16	17	18	19
	45	46	47	48	49	20	21	23	24	25
	50	51	52	53	54	26	27	28	29	32
	55	63	64	65	66	33	34	35	37	56
	67	71	72	73	74	57	58	59	60	61
	75	76	77	78	80	62	68	69	70	79
	81	82	83	84	85					
	86	87	88							
	88 (100%)			48 (55%)					40 (45%)	
										continua

continuação

FUNÇÕES	ATIVIDADES REALIZADAS					
	Sempre e Freqüentemente	Ocasionalmente e Nunca				
B - Assistência	—	89	90	91	92	93
		94	95	96	97	98
		99	100	101	102	103
		104	105	106	107	108
		109	110	111	112	113
		114	115	116	117	118
		119	120	121	122	123
		124	125	126	127	128
40 (100%)		40 (100%)				
C - Desenvolvimento Profissional	—	129	130	131	132	133
		134	135	136	137	138
		139	140	141	142	143
		144	145	146	147	148
		149				
21 (100%)		21 (100%)				
D - Ensino	150	151	152	153	154	155
		156	157	158	159	160
		161	162	163		
14 (100%)	1 (7%)	13 (93%)				
E - Pesquisa	—	164	165	166	167	168
		169	170	171	172	173
		174	175	176	177	178
		179	180			
17 (100%)		17 (100%)				

FONTE: coleta de dados

O QUADRO 5 mostra a configuração dos resultados das atividades desenvolvidas por enfermeiros que atuam em hospitais universitários. Das 180 atividades propostas no instrumento de coleta de dados, foram consideradas como realizadas sempre e, ou freqüentemente aquelas que obtiveram freqüências iguais e superiores a 12, o que corresponde a 2/3 (67%) das respostas nas colunas S (sempre) e F (freqüentemente).

Verifica-se, neste QUADRO, que, das 49 atividades que atingiram o critério determinado, 48 pertencem à função administração e uma, à função ensino. Quanto às atividades das funções assistência, desenvolvimento profissional e pesquisa, nenhuma delas alcançou o critério previamente estabelecido.

Para a primeira, salienta-se, embora em número menos expressivo do que o dos enfermeiros de outras instituições hospitalares, as atividades relacionadas com a equipe de enfermagem, assim como aquelas atinentes à provisão, adequação e avaliação dos recursos humanos para a assistência de enfermagem.

Quanto ao cliente, acompanha sua evolução clínica, orienta-o e serve de elemento de ligação entre o mesmo e a equipe de saúde. Aparecem atividades de inter-relacionamento com a equipe multiprofissional e com outros serviços e as de coordenação da equipe e das atividades de enfermagem.

Quanto ao ensino, mantém entrosamente com docentes que utilizam o serviço como campo de estágio.

QUADRO 6 - ATIVIDADES REALIZADAS E QUE SÃO COMUNS A DOIS OU AOS TRÊS GRUPOS.

FUNÇÕES	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMUNS AOS GRUPOS										
	I, II e III			I e II	I e III	II e III					
Administração	9	10	22	62	55	8	11	30	31	36	39
	38	40	48			41	42	43	44	45	46
	53	54	71			47	50	51	52	63	64
	74	75	85			65	66	67	72	73	76
						77	78	86	87		
Assistência	-			-	-	-					
Desenvolvimento Profissional	-			-	-	-					
Ensino	-			-	-	150					
Pesquisa	-			-	-	-					

FONTE: coleta de dados

Observa-se, no QUADRO 6, que, das 180 atividades propostas no instrumento de coleta de dados, 12 (14%) são desenvolvidas sempre e, ou freqüentemente pelos 60 respondentes e são comuns aos três grupos; 1 (0,6%) é comum aos 42 respondentes dos grupos I e II, 1 (0,6%) é comum aos 41 respondentes dos grupos I e III e, 28 (16,1%) são comuns aos 37 respondentes dos grupos II e III. É importante salientar que, das 43 atividades comuns aos três ou a dois grupos, 42 pertencem à função administração. Apenas uma atividade, que é comum aos grupos II e III, pertence à função de ensino.

Conforme demonstra o QUADRO 6, as atividades comuns aos três grupos centralizam-se na *orientação, supervisão e verificação da execução e registro das atividades de enfermagem e avaliação da qualidade da assistência*. No que concerne aos recursos humanos de enfermagem, o enfermeiro *orienta funcionários recém-admitidos na sua integração ao serviço, interpreta e faz cumprir normas e regulamentos*.

O enfermeiro, como elemento coordenador da assistência ao cliente, *dirige a equipe de enfermagem, compatibiliza as atividades de profissionais e outros técnicos que atuam na unidade e estabelece entrosamento da unidade com outros serviços*. Com relação à provisão de recursos materiais, ele *prevê e requisita materiais e equipamentos, supervisiona o seu uso e providencia manutenção, conserto e reposição*. *Orienta sobre a conservação de vacinas, soros e medicamentos*. É importante salientar que as atividades realizadas e que são comuns aos três grupos, pertencem todas à função administração.

Além das atividades comuns aos três grupos, aparece apenas 1 (0,6%) atividade comum aos grupos I e II, que é a de pla-

nejar, organizar e avaliar unidades de enfermagem. O mesmo acontece, entre os grupos I e III, em que ambos participam do processo de vigilância epidemiológica.

Observa-se, entretanto, que os grupos II e III possuem número mais elevado, 29 (16,1%), de atividades comuns. Esta situação pode ser explicada, em parte, pelo fato de os respondentes destes grupos atuarem em instituições de saúde que prestam serviço da mesma natureza.

QUADRO 7 - ATIVIDADES REALIZADAS UNICAMENTE POR UM GRUPO

FUNÇÕES	ATIVIDADES											
	Grupo I			Grupo II				Grupo III				
Administração	23	57	58	5	21	26	28	49	80	81	82	83
				29	33	35	56	84	88			
				60	61	62	68					
				70								
Assistência	-											
Desenvolvimento Profissional	130	134		144	145							
	142	147										
Ensino	163											
Pesquisa	165											

FONTE: coleta de dados

O QUADRO 7 mostra as atividades que cada grupo desenvolve isoladamente. Das 180 atividades propostas no instrumento de coleta de dados, 9 (5%) são desenvolvidas somente pelos respondentes que atuam em instituições que prestam serviço exclusivamente a nível ambulatorial. Destaca-se a função de de-

envolvimento profissional com quatro atividades, concernentes à participação em reuniões com a equipe de saúde, realização de trabalhos em cooperação com outros profissionais, colaboração no preparo e redação de relatórios e planos de trabalho e emissão de parecer em assuntos de enfermagem. Segue-se a função administração, com três atividades, relativas à elaboração de relatórios de atividades realizadas e participação no planejamento e execução de programas de saúde. Na função ensino, destaca-se a orientação sobre medidas destinadas à prevenção de acidentes, doenças e saneamento básico. Já na função de pesquisa, salienta-se o levantamento de problemas de enfermagem.

Comparando-se os dados dos três grupos, contidos no QUADRO 7, verifica-se que o grupo II realiza maior número de atividades isoladamente, com predomínio da função administração. Nesta, destaca-se o levantamento de necessidades do cliente, identificação de prioridades e o nível de complexidade da assistência; faz anotações no prontuário do cliente, verifica o plano terapêutico e estabelece as diretrizes para a sua operacionalização. Orienta o cliente sobre procedimentos e tratamentos a serem realizados, inteirando-se de suas necessidades. Participa no processo de vigilância epidemiológica, identificando grupos de alto risco, assegurando-lhes atenção prioritária. Chefia, planeja, organiza e avalia serviços e unidades de enfermagem. Delibera sobre as condições dos ambientes para receber novos clientes e opina sobre projetos de ampliação, reforma e implantação de serviços e seus respectivos regimentos. Destacam-se, neste grupo, atividades inerentes à administração da assistência de enfermagem ao cliente e do serviço.

Quanto à função de desenvolvimento profissional, salienta-se a preocupação em organizar elementos abstratos, concernentes à elaboração de normas e rotinas, assim como o aprimoramento e introdução de novas técnicas e procedimentos. Não aparece nenhuma atividade das demais funções.

Já no grupo III, constatam-se apenas atividades da função administrativa, voltadas para a provisão e controle de recursos materiais, tais como roupa, medicamentos e soluções e supervisão das medidas de segurança no trabalho.

As atividades propostas neste estudo e realizadas unicamente por um grupo ou por todos os enfermeiros, independentemente do local de trabalho, estão arroladas nos conjuntos abaixo.

ATIVIDADES REALIZADAS E QUE SÃO COMUNS AOS TRÊS GRUPOS

1. Verifica a execução das atividades de enfermagem.
2. Avalia a qualidade da assistência prestada.
3. Orienta e supervisiona o registro das atividades de enfermagem realizadas.
4. Orienta os servidores recém-admitidos na sua integração ao serviço.
5. Interpreta e faz cumprir normas, portarias e regulamentos.
6. Coordena a equipe de enfermagem.
7. Compatibiliza as atividades de profissionais e de outros técnicos que atuam na unidade.
8. Estabelece o entrosamento da unidade com outros serviços.

9. Prevê e requisita materiais e equipamentos.
10. Supervisiona a conservação e o uso adequado do material.
11. Providencia manutenção, conserto e reposição de materiais e equipamentos.
12. Orienta sobre a conservação de vacinas, soros e medicamentos.

ATIVIDADES REALIZADAS UNICAMENTE PELOS ENFERMEIROS QUE
PRESTAM ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

1. Elabora relatório mensal das atividades realizadas.
2. Participa do planejamento de programas de saúde.
3. Participa da execução de programas de saúde.
4. Participa de reuniões com a equipe de saúde.
5. Realiza trabalhos em cooperação com outros profissionais.
6. Colabora no preparo e na redação de relatórios e planos de trabalho.
7. Emite parecer em assuntos de enfermagem.
8. Orienta sobre medidas destinadas à prevenção de doenças, de acidentes e saneamento básico.
9. Seleciona prioridades que exijam investigação.

ATIVIDADES REALIZADAS UNICAMENTE PELOS ENFERMEIROS QUE
ATUAM NOS HOSPITAIS EM GERAL

1. Identifica as necessidades do cliente, suas prioridades a serem atendidas e o nível de complexidade da assistência.

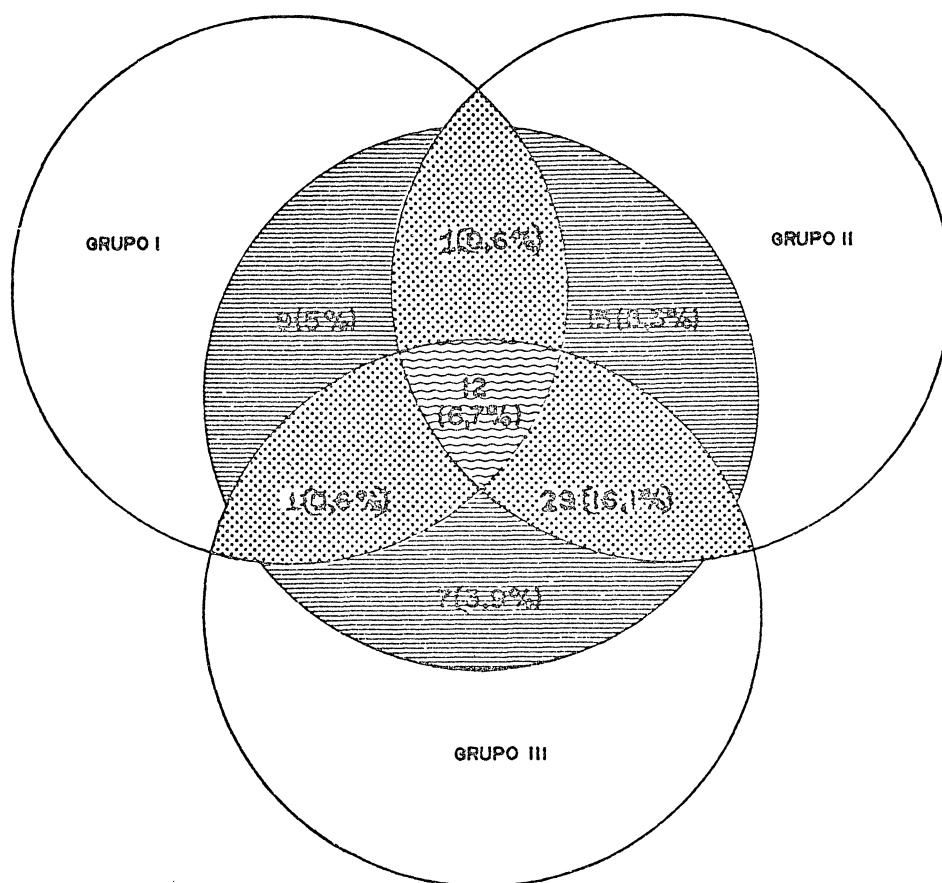
2. Faz anotações no prontuário do cliente e no livro de ocorrências e,ou registro.
3. Verifica o programa de cirurgias e elabora o plano de preparo pré-operatório do cliente.
4. Recebe o cliente operado e elabora o plano de cuidados pós-operatórios.
5. Visita diariamente o cliente para inteirar-se de suas necessidades.
6. Orienta o cliente e,ou família, por ocasião da alta, sobre a continuidade do tratamento, e,ou de retorno.
7. Providencia a comunicação de óbito à família, o preparo, a identificação e o encaminhamento do corpo.
8. Identifica grupos de alto risco, assegurando-lhes atenção prioritária.
9. Chefia serviço de enfermagem.
10. Planeja, organiza e avalia serviços de enfermagem.
11. Planeja, organiza e avalia unidades de enfermagem.
12. Delibera sobre as condições dos quartos e enfermarias para receber novas admissões.
13. Opina sobre projetos de ampliação, reforma e implantação de serviços novos e respectivos regimentos.
14. Elaboro normas, instruções e rotinas específicas.
15. Revisa, aprimora e introduz novas técnicas e procedimentos.

ATIVIDADES REALIZADAS UNICAMENTE PELOS ENFERMEIROS QUE
ATUAM EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

1. Supervisiona a aplicação de medidas de segurança no trabalho.
2. Providencia conserto e reposição de roupa.
3. Supervisiona a utilização e o controle de roupa na unidade.
4. Prevê e requisita medicamentos e soluções
5. Recebe e confere medicamentos e soluções.
6. Providencia medicamentos em falta.
7. Elabora mapa de controle de entorpecentes e psicotrópicos.

O GRÁFICO 1 mostra a interrelação das atividades realizadas e comuns a dois e, ou aos três grupos, assim como as específicas de cada grupo. Quanto às atividades não-realizadas, serão analisadas adiante, neste trabalho.

GRÁFICO 1 - ATIVIDADES REALIZADAS POR UM GRUPO, E AS QUE SÃO COMUNS A DOIS OU AOS TRÊS GRUPOS



FONTE: Quadros 6 e 7

- ▣ Atividades comuns aos três grupos
- ▤ Atividades comuns a dois grupos
- ▥ Atividades específicas de cada grupo
- Atividades não-realizadas

Observação - O gráfico acima demonstra apenas a inter-relação das atividades dos grupos, sem, contudo, traduzir as proporções das atividades.

4.2.2 Confronto entre as Atividades Realizadas pelos Enfermeiros e as Consideradas, pelos mesmos, Próprias ao Exercício de sua Profissão

O estudo comparativo, entre as atividades realizadas e as consideradas próprias, mostra a situação real e a situação ideal das várias funções desempenhadas pelos enfermeiros.

QUADRO 8 - ATIVIDADES REALIZADAS E AS QUE NÃO SÃO REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO FUNÇÕES

FUNÇÕES	ATIVIDADES									
	Realizadas					Não-realizadas				
A - Administração	5	8	9	10	11	1	2	3	4	6
	21	22	23	26	28	7	12	13	14	15
	29	30	31	33	35	16	17	18	19	20
	36	38	39	40	41	24	25	27	32	34
	42	43	44	45	46	37	59	69	79	
	47	48	49	50	51					
	52	53	54	55	56					
	57	58	60	61	62					
	63	64	65	66	67					
	68	70	71	72	73					
	74	75	76	77	78					
	80	81	82	83	84					
	85	86	87	88						
	88 (100%)			64 (73%)					24 (27%)	
	B - Assistência						89	90	91	92
						94	95	96	97	98
						99	100	101	102	103
						104	105	106	107	108
						109	110	111	112	113
						114	115	116	117	118
						119	120	121	122	123
						124	125	126	127	128
40 (100%)									40 (100%)	
C - Desenvolvimento Profissional		130	134	142	144	129	131	132	133	135
	145	147			136	137	138	139	140	
					141	143	146	148	149	
	21 (100%)			6 (29%)				15 (71%)		

continua

continuação

FUNÇÕES	ATIVIDADES						
	Realizadas		Não-realizadas				
D - Ensino	150	163	151	152	153	154	155
			156	157	158	159	160
			161	162			
14 (100%)	2 (14%)		12 (86%)				
E - Pesquisa	165		164	166	167	168	169
			170	171	172	173	174
			175	176	177	178	179
			180				
17 (100%)	1 (6%)		16 (94%)				

FONTE: coleta de dados

O QUADRO 8 apresenta a configuração das atividades desenvolvidas por enfermeiros atuantes em instituições de saúde de Curitiba. Conforme critério estabelecido, foram consideradas como *realizadas sempre ou freqüentemente* pelos 60 respondentes aquelas atividades que obtiveram valores iguais e superiores a 40, o que corresponde a 2/3 (67%) do total de freqüências nas alternativas S (*sempre*) e F (*freqüentemente*).

Verifica-se que, das 180 atividades apresentadas no instrumento de coleta de dados, 73 (40%) são *realizadas* e 107 (60%), *não-realizadas*. Evidencia-se, neste quadro, que as *atividades realizadas*, concentram-se, na sua grande maioria, na *função administração*, enquanto que as *não-realizadas*, embora se distribuam por todas as funções, têm maior concentração na *função assistência*. Observa-se, também, que nenhuma atividade desta função atingiu a freqüência estipulada, como *atividade realizada*.

QUADRO 9 - ATIVIDADES CONSIDERADAS PRÓPRIAS OU NÃO DO ENFERMEIRO

FUNÇÕES	ATIVIDADES										
	Próprias do Enfermeiro					De outros Elementos					
A - Administração	1	2	3	4	5	12	14	17	18		
	6	7	8	9	10	19	20	25	32		
	11	13	15	16	21	79	80	82	83		
	22	23	24	26	27	84					
	28	29	30	31	33						
	34	35	36	37	38						
	39	40	41	42	43						
	44	45	46	47	48						
	49	50	51	52	53						
	54	55	56	57	58						
	59	60	61	62	63						
	64	65	66	67	68						
	69	70	71	72	73						
	74	75	76	77	78						
	81	85	86	87	88						
	88 (100%)									13 (15%)	
	B - Assistência	89	90	92	96	106	91	93	94	95	
107		108	109	110	111	97	98	99	100		
112		113	114	119	120	101	102	103	104		
121		122	123	125	126	105	115	116	117		
127		128				118	124				
40 (100%)									18 (45%)		
C - Desenvolvimento Profissional	129	130	131	132	133						
	134	135	136	137	138						
	139	140	141	142	143						
	144	145	146	147	148						
	149										
21 (100%)											
D - Ensino	150	151	152	153	154						
	155	156	157	158	159						
	160	161	162	163							
14 (100%)											
E - Pesquisa	164	165	166	167	168						
	169	170	171	172	173						
	174	175	176	177	178						
	179	180									
17 (100%)											

FONTE: coleta de dados

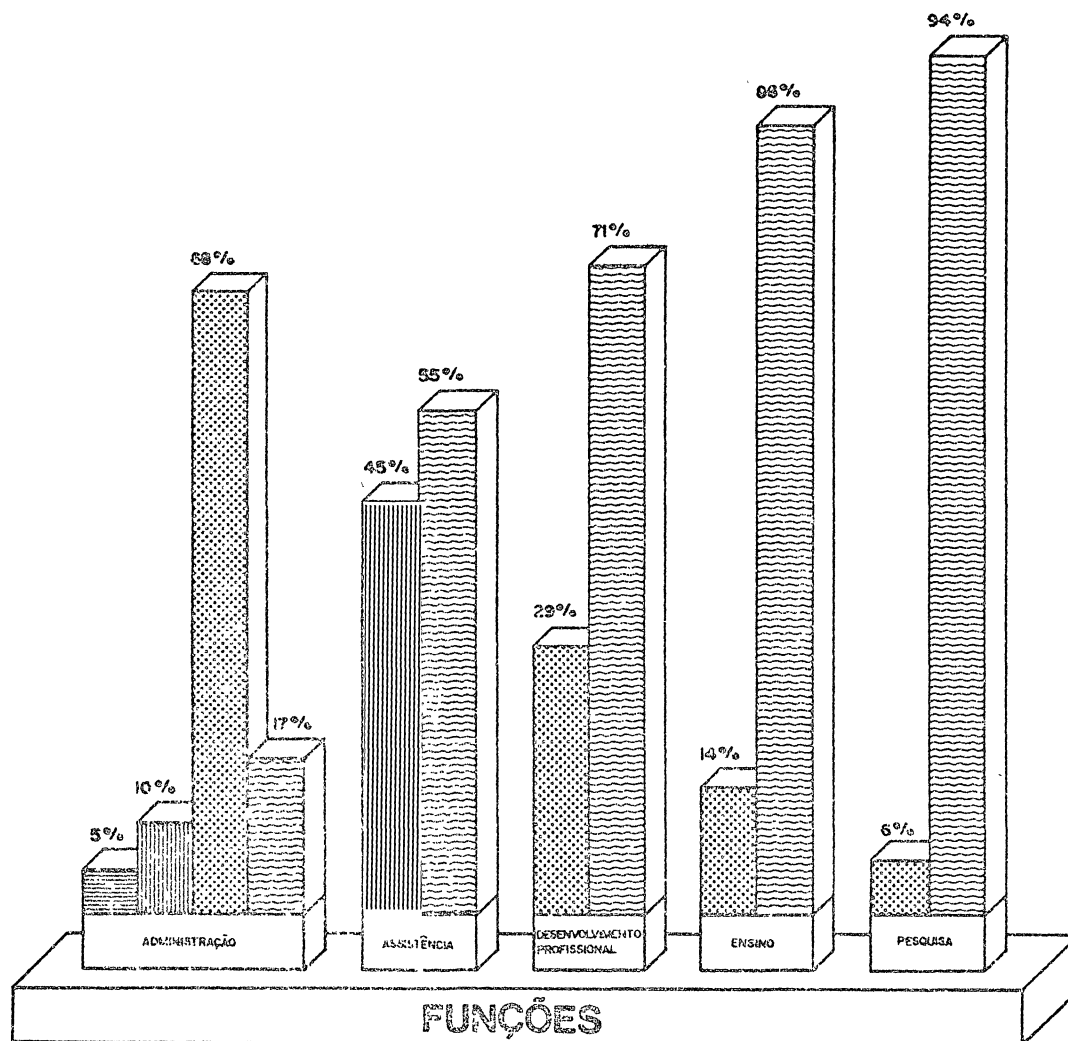
O QUADRO 9 mostra a configuração dos resultados das atividades consideradas *próprias* ao exercício profissional do enfermeiro, segundo os critérios contemplados no quadro anterior. Constatou-se que, das 180 atividades estudadas, 149 (83%) são consideradas próprias do enfermeiro e 31 (17%) podem ser desenvolvidas por outros elementos da equipe de saúde. Observa-se que estas se concentram nas funções administração e assistência.

Comparando-se os dados contidos nos QUADRO 8 e 9 e a conformação do GRÁFICO 2, observa-se que a função administração apresenta menor disparidade entre as atividades realizadas e as julgadas *próprias do profissional de enfermagem*. No entanto, aparece alguma diferença, cuja significância será comprovada adiante, neste trabalho, mediante a aplicação da prova de McNemar.





O GRÁFICO 2 sintetiza o estudo comparativo dos dois quadros, representando a situação real e a situação ideal das várias funções.

Observa-se, pelos resultados, que o comportamento das diversas funções é variável. Quanto às atividades realizadas consideradas próprias do enfermeiro, constatou-se uma tendência decrescente no índice de realização, salientando-se a função administração, com 68% das atividades, diminuindo paulatinamente até a função assistência, com nenhuma atividade desenvolvida.

GRÁFICO 2 - ATIVIDADES REALIZADAS E AS QUE NÃO SÃO REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS *VERSUS* ATIVIDADES CONSIDERADAS PRÓPRIAS OU NÃO DO ENFERMEIRO



FONTE: quadros 8 e 9.

-  Atividades realizadas, mas não consideradas próprias do enfermeiro.
-  Atividades não-realizadas e não consideradas próprias do enfermeiro.
-  Atividades realizadas e consideradas próprias do enfermeiro.
-  Atividades não-realizadas, mas consideradas próprias do enfermeiro.

Entretanto, no que se refere às atividades não-realizadas, mas consideradas *próprias do enfermeiro*, ocorre uma situação inversa. Na *função administração*, concentra-se o menor percentual, 17% de atividades não-realizadas, mas consideradas *próprias do enfermeiro*. Este índice cresce gradativamente, como pode ser observado no GRÁFICO 2, e atinge seu ponto máximo, com 94%, na *função pesquisa*.

Ainda com relação à *função administração*, convém destacar a existência de *atividades realizadas*, entretanto não-consideradas *próprias do enfermeiro*. Já nas *funções assistência e administração*, aparecem atividades que não são nem deveria ser executadas pelo enfermeiro.

Conforme o critério estabelecido, para este estudo, as atividades realizadas pelos enfermeiros e as consideradas *próprias* ao exercício de sua profissão, estão listadas nos dois conjuntos subseqüentes.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS E CONSIDERADAS
PRÓPRIAS DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM, SEGUNDO A OPI-
NIÃO DOS RESPONDENTES

FUNÇÃO-ADMINISTRAÇÃO

1. Identifica as necessidades do cliente, suas prioridades a serem atendidas e o nível de complexidade da assistência.
2. Orienta e supervisiona a execução do plano de cuidados de enfermagem.
3. Verifica a execução das atividades de enfermagem.

4. Avalia a qualidade da assistência prestada.
5. Acompanha a evolução do cliente.
6. Faz anotações no prontuário do cliente e no livro de ocorrências e, ou de registro.
7. Orienta e supervisiona o registro das atividades de enfermagem realizadas.
8. Elabora relatório mensal das atividades realizadas.
9. Verifica o programa de cirurgias e elabora o plano de preparo pré-operatório.
10. Recebe o cliente operado e elabora o plano de cuidados pós-operatórios.
11. Visita diariamente o cliente para inteirar-se de suas necessidades.
12. Serve de elemento de ligação entre o cliente e a equipe de saúde.
13. Informa e orienta a família do cliente.
14. Orienta o cliente e, ou a família, por ocasião da alta, sobre a continuidade do tratamento.
15. Providencia a comunicação de óbito à família, o preparo, a identificação e o encaminhamento do corpo.
16. Estuda e prevê necessidade de pessoal de enfermagem.
17. Orienta os servidores recém-admitidos na sua integração ao serviço.
18. Distribui quantitativa e qualitativamente o pessoal de enfermagem.
19. Interpreta e faz cumprir normas, portarias e regulamentos.
20. Preside a passagem de plantão.

21. Controla a frequência e a pontualidade do pessoal de enfermagem.
22. Supervisiona o uso dos uniformes, a aparência e a apresentação pessoal.
23. Observa a atitude do pessoal em serviço.
24. Elabora escala de atividades diárias/semanais.
25. Elabora escala mensal de trabalho.
26. Elabora escala anual de férias.
27. Coordena a equipe de enfermagem.
28. Supervisiona a aplicação de medidas de segurança no trabalho.
29. Promove reuniões periódicas com o pessoal da equipe de enfermagem.
30. Avalia periodicamente o pessoal da equipe de enfermagem.
31. Acompanha o médico na visita ao cliente, transmitindo e recebendo informações.
32. Compatibiliza as atividades de profissionais e de outros técnicos que atuam na unidade.
33. Estabelece o entrosamento da unidade com outros serviços.
34. Participa no processo de vigilância epidemiológica.
35. Identifica grupos de alto risco, assegurando-lhes atenção prioritária.
36. Participa no planejamento dos programas de saúde.
37. Participa na execução dos programas de saúde.
38. Chefia serviço de enfermagem.
39. Chefia unidades de enfermagem (de internação, de ambulatórios...).

40. Planeja, organiza e avalia serviços de enfermagem.
41. Planeja, organiza e avalia unidades de enfermagem.
42. Supervisiona as condições de higiene ambiental da unidade.
43. Orienta e supervisiona o preparo de ambientes, de materiais e de equipamentos para exames e tratamentos especializados.
44. Testa o funcionamento dos aparelhos.
45. Controla a disciplina, a ordem e a segurança dos recintos de trabalho.
46. Delibera sobre as condições dos quartos e enfermarias para receber novas admissões.
47. Opina sobre projetos de ampliação, reforma e implantação de serviços novos e respectivos regimentos.
48. Prevê e requisita materiais e equipamentos.
49. Recebe, confere e distribui materiais e equipamentos.
50. Determina os tipos de controle de materiais, equipamentos e medicamentos.
51. Supervisiona a conservação e o uso adequado do material.
52. Providencia manutenção, conserto e reposição de materiais e equipamentos.
53. Orienta e supervisiona o preparo e esterilização de material.
54. Orienta e supervisiona o uso dos aparelhos para esterilização de material.
55. Opina e emite parecer técnico na aquisição de material e equipamentos.

56. Providencia a utilização e o controle de roupa da unidade.
57. Orienta sobre a conservação de vacinas, soros e medicamentos.
58. Requisita e recebe entorpecentes e psicotrôpicos.
59. Guarda e controla o uso de entorpecentes e psicotrôpicos.
60. Elabora mapa de controle de entorpecentes e psicotrôpicos.

FUNÇÃO-DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

61. Participa de reuniões com a equipe de saúde.
62. Realiza trabalhos com cooperação com outros profissionais.
63. Colabora no preparo e na redação de relatórios e planos de trabalho.
64. Elabora normas, instruções e rotinas específicas.
65. Revisa, aprimora e introduz novas técnicas e procedimentos.
66. Emite parecer em assuntos de enfermagem.

FUNÇÃO-ENSINO

67. Mantém entrosamento com docentes que utilizam a unidade como campo de estágio.
68. Orienta sobre medidas destinadas à prevenção de doenças, de acidentes e saneamento básico.

FUNÇÃO-PESQUISA

69. Levanta problemas de enfermagem.

ATIVIDADES NÃO-REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS MAS CONSIDERADAS PRÓPRIAS DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

FUNÇÃO-ADMINISTRAÇÃO

1. Participa diretamente na admissão do cliente.
2. Orienta o cliente e a família sobre o regulamento, normas e rotinas do serviço.
3. Elabora o histórico de enfermagem.
4. Realiza o exame físico.
5. Elabora o plano de assistência de enfermagem.
6. Elabora o plano de cuidados a ser executado pela equipe de enfermagem.
7. Orienta e supervisiona a alimentação por via natural e,ou artificial.
8. Orienta o cliente e,ou a família sobre vacinas, exames e tratamentos a serem realizados.
9. Elabora plano de preparo do cliente para exames e tratamentos.
10. Participa do processo de recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem.
11. Participa da avaliação de programas de saúde.

FUNÇÃO-ASSISTÊNCIA

12. Executa cuidados de higiene e conforto a clientes graves.
13. Faz imobilizações especiais.

14. Faz curativos especiais.
15. Prepara soluções, instala e controla nutrição parenteral.
16. Instala respiradores artificiais.
17. Instala pressão venosa central.
18. Controla pressão venosa central.
19. Controla o balanço hídrico.
20. Aplica diálise peritoneal.
21. Instala hemodiálise.
22. Monitoriza o cliente.
23. Controla o funcionamento de aparelhos no cliente grave.
24. Executa o plano de cuidados de enfermagem para o cliente grave e no pós-operatório imediato.
25. Participa de programas de imunização de massa.
26. Faz triagem de clientes.
27. Realiza consulta de enfermagem e prescreve os cuidados requeridos.
28. Prescreve medicamentos estabelecidos em rotina aprovada pela instituição de saúde.
29. Faz orientação pré e pós-consulta médica.
30. Participa de programas de atendimento às populações em situações de emergência e calamidade pública.
31. Presta os primeiros socorros.
32. Assiste os familiares do cliente grave e, ou por ocasião de óbito.
33. Ministra medicamentos e tratamentos em situações de emergência.

FUNÇÃO-DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

34. Participa de reuniões clínicas.
35. Participa de grupos de estudo.
36. Participa de cursos de atualização.
37. Realiza estágios de aperfeiçoamento e, ou de reciclagem em centros/serviços especializados.
38. Elabora projetos de estudo e, ou de pesquisa.
39. Participa de pesquisas no campo da saúde.
40. Participa de pesquisas aplicadas à enfermagem.
41. Ministra cursos e conferências, como convidado.
42. Participa de congressos, conferências e simpósios.
43. Apresenta trabalhos em congressos, simpósios...
44. Participa das reuniões das entidades de classe.
45. Elabora boletins e informes técnicos para divulgação.
46. Presta assessoria em assuntos de enfermagem.
47. Realiza auditoria em assuntos de enfermagem.
48. Participa da composição de comissão julgadora para exames em disciplinas específicas de enfermagem, na seleção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

FUNÇÃO-ENSINO

49. Participa do planejamento e programação de atividades de estágio para estudantes de enfermagem.
50. Participa da orientação, supervisão e avaliação de estudantes de enfermagem.

51. Orienta, supervisiona e avalia estudantes de enfermagem no campo de estágio.
52. Ministra aulas para estudantes de enfermagem.
53. Orienta trabalhos acadêmicos de estudantes de enfermagem.
54. Participa da orientação, supervisão e avaliação do estágio de profissionais de enfermagem.
55. Elabora programas de educação permanente para o pessoal, de acordo com as necessidades identificadas e as prioridades do sistema.
56. Desenvolve e avalia programas de educação permanente para o pessoal de enfermagem.
57. Elabora programas de educação sanitária para o cliente, família e,ou comunidade.
58. Desenvolve e avalia programas de educação sanitária para o cliente, família e,ou comunidade.
59. Elabora programas educativos para grupos da comunidade (escolares, gestantes...).
60. Desenvolve e avalia programas educativos para grupos da comunidade.

FUNÇÃO-PESQUISA

61. Participa da identificação de problemas e necessidades de saúde da população.
62. Seleciona prioridades que exijam investigação.
63. Formula hipóteses e,ou questões de estudo.
64. Levanta literatura pertinente.
65. Seleciona procedimentos.

66. Participa da elaboração de instrumentos de coleta de dados.
67. Elabora instrumentos de coleta de dados.
68. Fornece informações e, ou dados estatísticos.
69. Realiza coleta de dados.
70. Organiza os dados coletados.
71. Realiza a análise dos dados coletados.
72. Interpreta os dados coletados.
73. Indica alternativas para a solução do problema.
74. Divulga os resultados do estudo e, ou da investigação.
75. Elabora planos ou programas de ação.
76. Acompanha e avalia os resultados.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS MAS NÃO-CONSIDERADAS PRÓPRIAS DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

FUNÇÃO-ADMINISTRAÇÃO

1. Providencia conserto e reposição de roupa.
2. Prevê e requisita medicamentos e soluções.
3. Recebe e confere medicamentos e soluções.
4. Providencia medicamentos em falta.

4.2.3 Grau de Significância das Mudanças entre o que faz e o que deveria fazer - Prova de McNemar

Para comprovar o grau de significância de mudanças entre as atividades realizadas pelos enfermeiros e as consideradas, pelos mesmos, próprias ao exercício de sua profissão, utili-

zou-se a prova de McNemar, que foi aplicada aos três grupos estratificados na amostra.

A) FUNÇÃO-ADMINISTRAÇÃO

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO ADMINISTRAÇÃO, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS

RESULTADOS GRUPOS DE ENFERMEIROS	SIGNIFICATIVO						NÃO-SIGNIFICATIVO		NÃO-CALCULADO		TOTAL	
	$p < 0,001$		$p < 0,01$		$p < 0,05$		$p > 0,05$		nº	%	nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%				
I - Assistência Ambulatorial	12	14	23	26	18	20	33	38	2	2	88	100
II- Assistência Hospitalar	2	2	5	6	7	8	29	33	45	51	88	100
III-Assistência Hospitalar Hosp.Univers.	2	2	12	14	12	14	22	25	40	45	88	100

FONTE: coleta de dados.

A TABELA 11 mostra a distribuição das atividades da função administração, de acordo com o grau de significância das mudanças, demonstradas pela aplicação da prova de McNemar, segundo grupos estratificados na amostra.

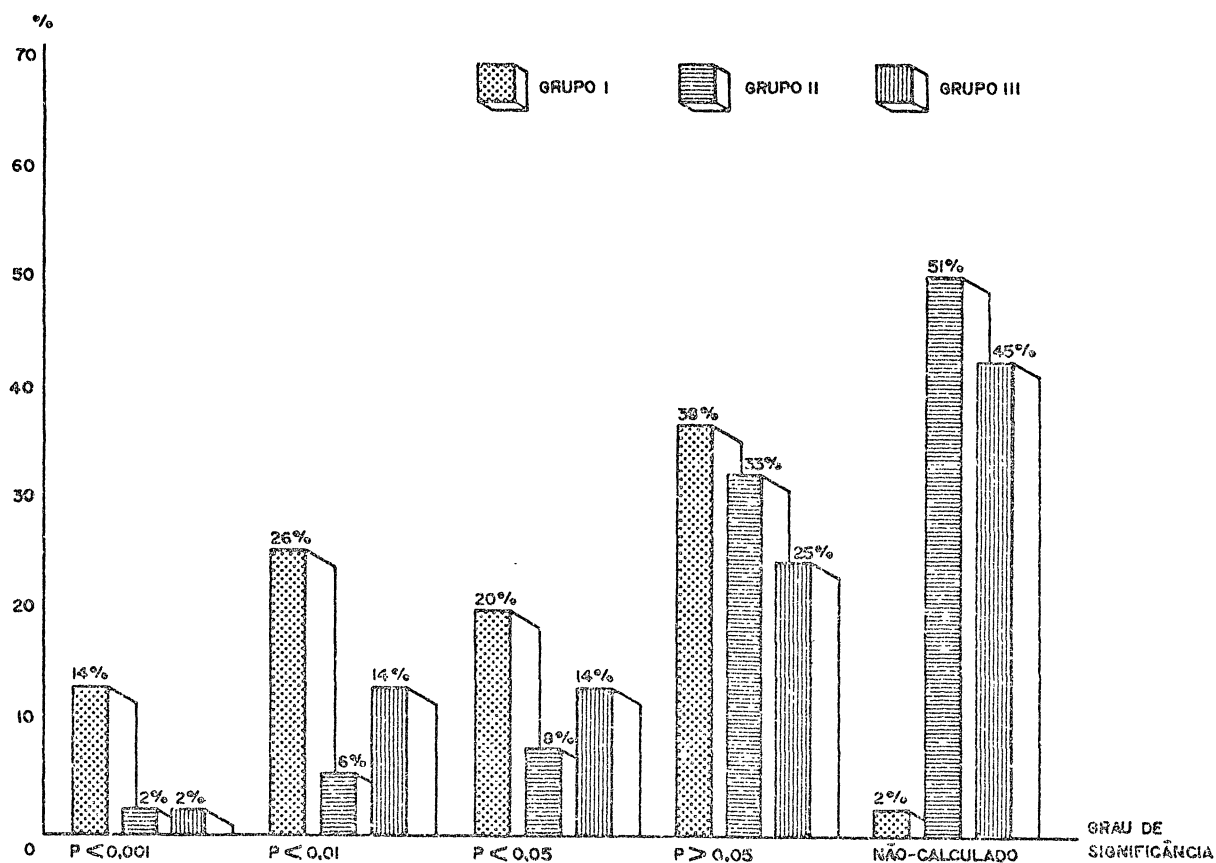
Estabelecendo confronto entre os dados, observa-se em todos os grupos a presença de atividades nos diversos graus de significância. Porém, o grupo que presta assistência ambulatorial concentra maior número de atividades nos níveis mais significativos. Este fato é devido, em parte, à especificidade de certas atividades, conforme o tipo de serviço prestado. Convém esclarecer que determinadas atividades constantes no instrumento de coleta de dados, pertencentes às funções administração e assistência, são restritas à área hospitalar.

Verificando-se a TABELA 11 e o GRÁFICO 3, nota-se que o grupo I apresenta 53 (60%) das atividades, com diferença significativa entre as realizadas e as consideradas próprias do profissional de enfermagem e, 34 (40%) com resultados não-significativos e não-calculadas, que representam o desempenho efetivo na prática. A seguir, figura o grupo III, com 26 (30%) das atividades com resultados significativos e 62 (70%), não-significativos. Por último, o grupo II, com 14 (16%) significativos e 74 (84%) não-significativos e não-calculados.

O GRÁFICO 3 possibilita visualizar a situação de cada grupo, em relação aos diferentes graus de significância, resultantes do estudo das atividades. O grupo I concentra maior número de atividades 23 (26%) no grau de significância intermediário, enquanto que os outros grupos apresentam uma tendência decrescente, partindo do menor grau de significância com maior número de atividades, para o maior grau de significância com menor número de atividades. Estes aspectos são importantes, pois podem revelar tendências da prática profissional.

A configuração do GRÁFICO 3, associada aos valores de p , fornece um panorama geral da função administração e possibilita caracterizar o desempenho de cada grupo, pela identificação das atividades e seus respectivos valores.

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO ADMINISTRAÇÃO, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS



FONTE: tabela 11

GRÁFICO 4 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO ADMINISTRAÇÃO, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS.

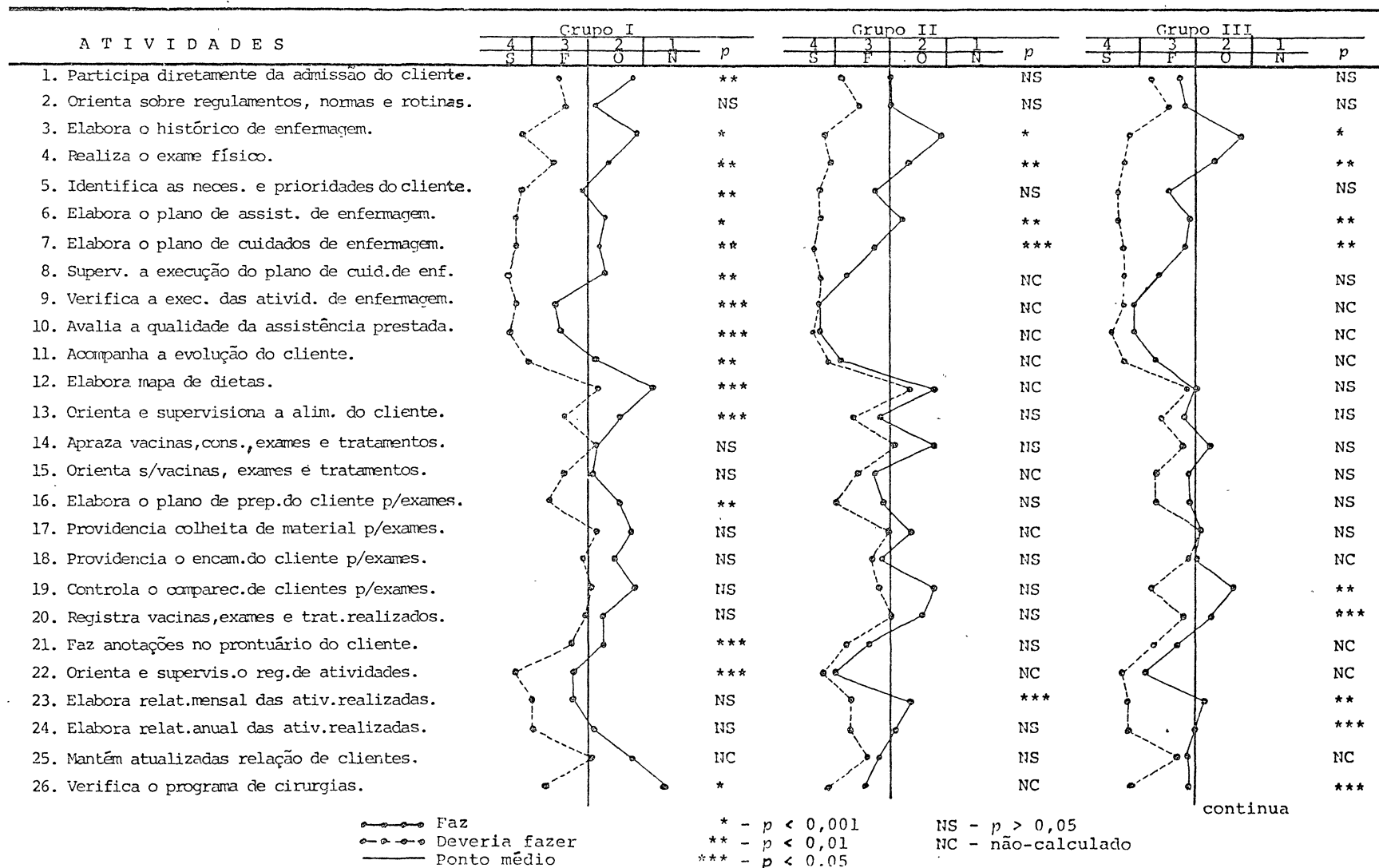


GRÁFICO 4 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO ADMINISTRAÇÃO, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS

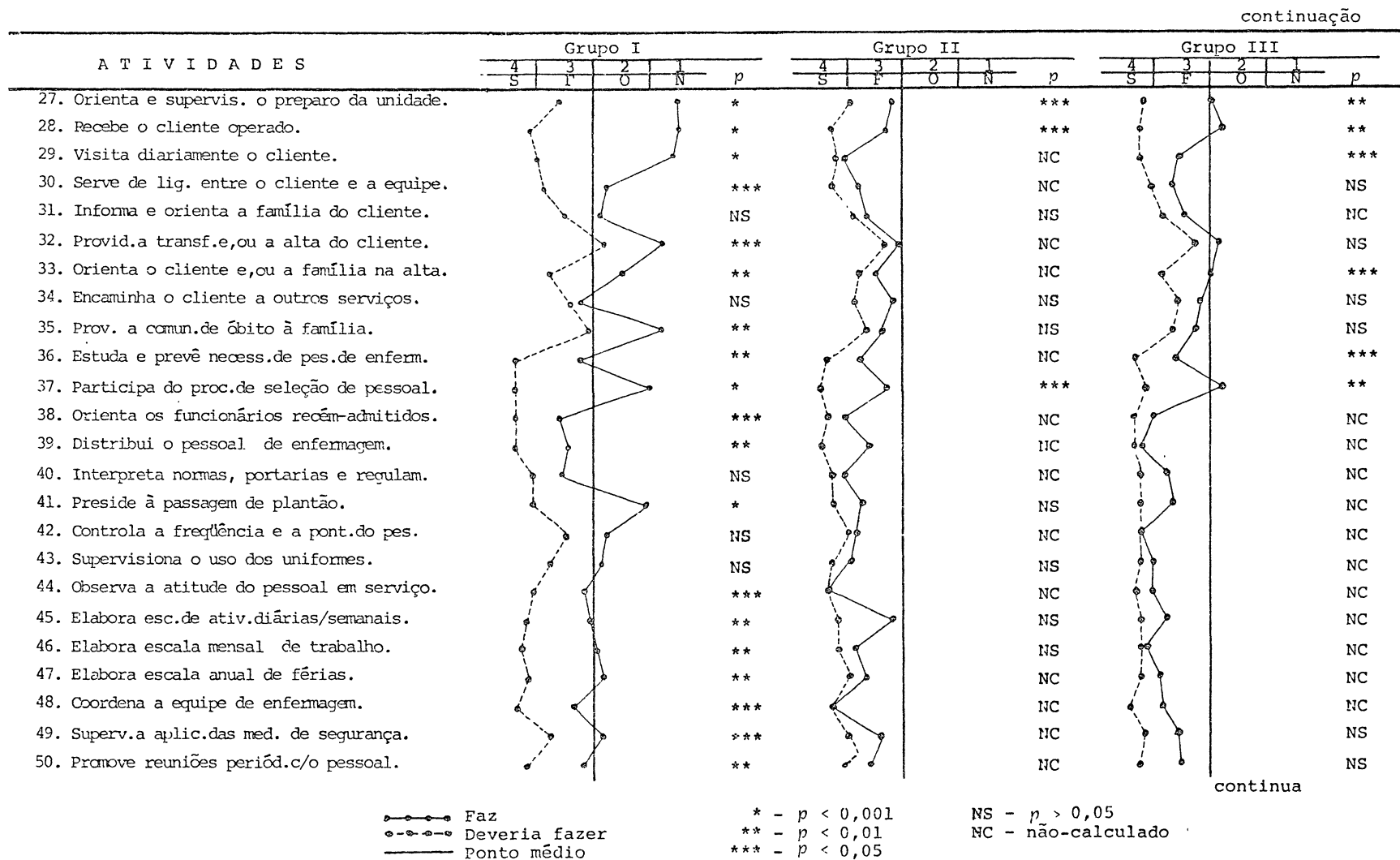


GRÁFICO 4 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO ADMINISTRAÇÃO, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS

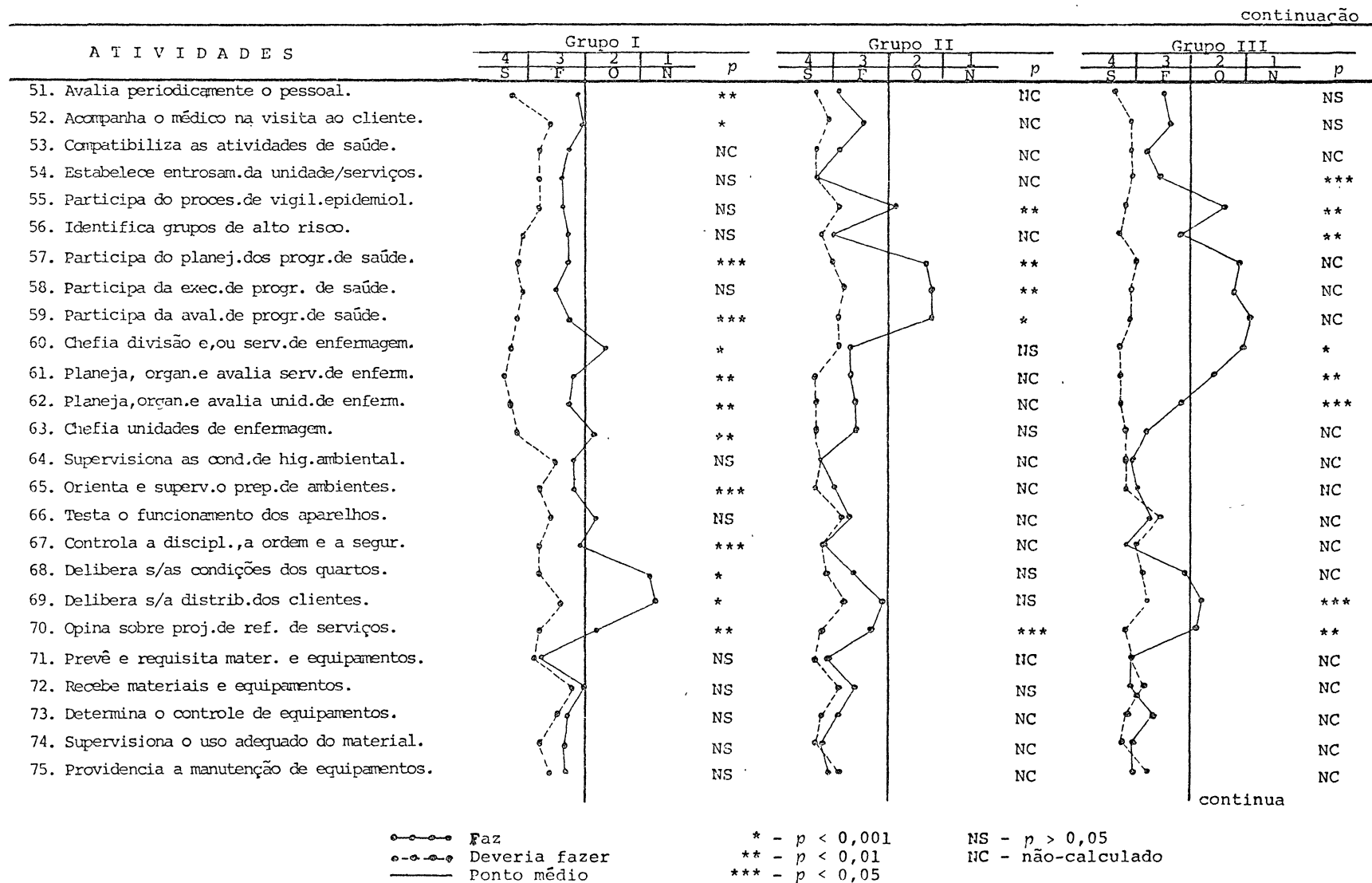
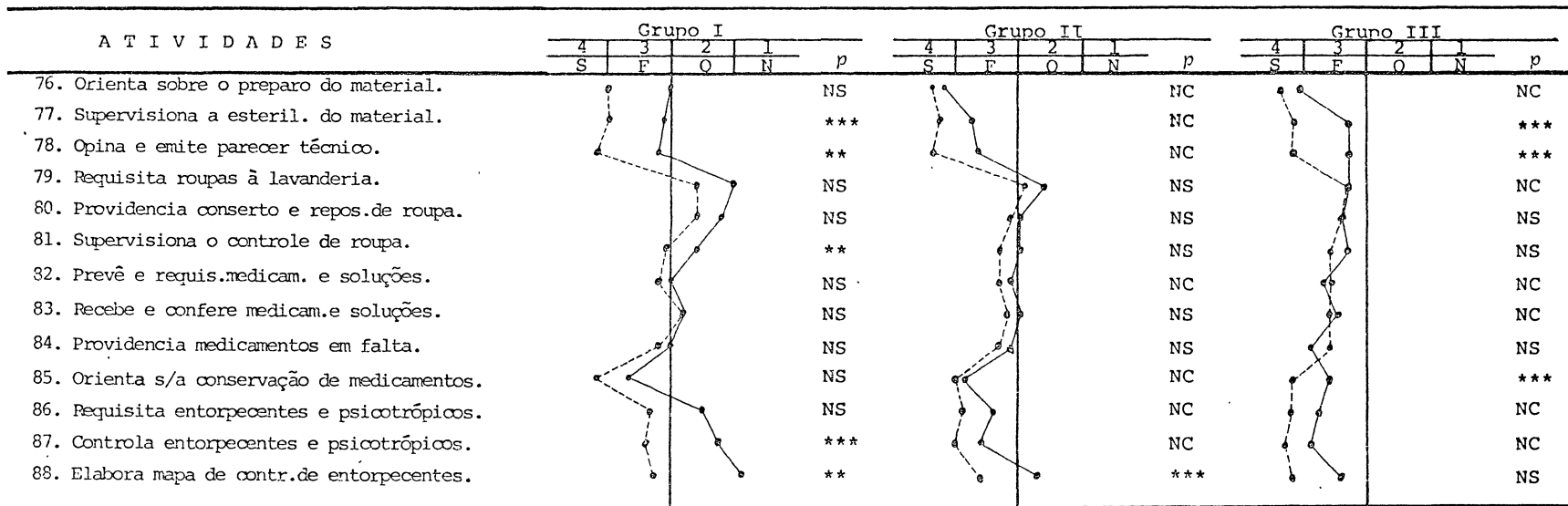


GRÁFICO 4 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO ADMINISTRATIVA, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS

conclusão



Faz
 Deveria fazer
 Ponto médio

* - $p < 0,001$
 ** - $p < 0,01$
 *** - $p < 0,05$

NS - $p > 0,05$
 NC - não-calculado

B) FUNÇÃO-ASSISTÊNCIA

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO ASSISTÊNCIA, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS

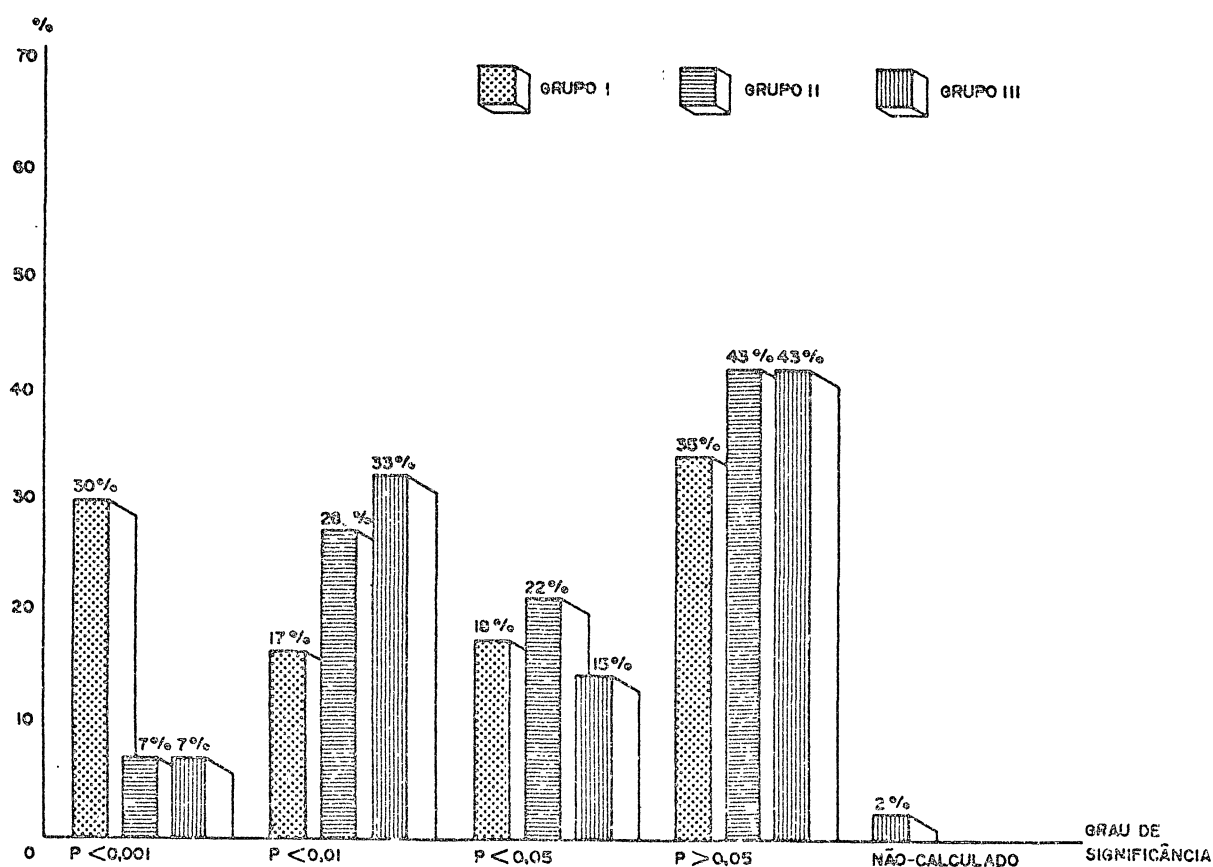
RESULTADOS GRUPOS DE ENFERMEIROS	SIGNIFICATIVO						NÃO-SIGNIFICATIVO		NÃO-CALCULADO		TOTAL	
	$p < 0,001$		$p < 0,01$		$p < 0,05$		$p > 0,05$					
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
I - Assistência Ambulatorial	12	30	7	17	7	18	14	35	-	-	40	100
II- Assistência Hospitalar	3	7	11	28	9	22	17	43	-	-	40	100
III-Assistência Hospitalar Hosp.Univers.	3	7	13	33	6	15	17	43	1	2	40	100

FONTE: coleta de dados.

A TABELA 12 mostra a distribuição do número de atividades da função assistência, de acordo com o grau de significância das mudanças.

Comparando-se os dados, constata-se que não existe discrepância importante entre os grupos, no que se refere ao número de atividades com resultados significativos: o grupo I apresenta 26 (65%), o grupo II, 23 (57%) e o grupo III, 22 (55%). Quanto à distribuição dos resultados, verifica-se, no grupo I, um aumento proporcional de atividades, à medida que aumenta o grau de significância. Já com os grupos II e III, a maior concentração situa-se no nível de significância intermediária.

GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO ASSISTÊNCIA, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS



FONTE: tabela 12

Comparando-se, ainda, os dados apresentados na TABELA 12 e no GRÁFICO 5, com os encontrados no QUADRO 8 e no GRÁFICO 2, verifica-se que, embora nestes nenhuma atividade realizada na função assistência tenha alcançado o critério estabelecido, no entanto, pela prova de McNemar constatou-se que 16 (40%) das atividades obtiveram resultados não-significativos. Partindo destas constatações, verifica-se que nesta função não há consenso quanto à especificidade de ações próprias do profissional de enfermagem. Este fato pode ser comprovado, observando-se no GRÁFICO 6 a existência de apenas 5 (12%) atividades com resultados comuns aos três grupos; sendo que 1 (2%) obteve maior grau de significância, relacionada com a *consulta de enfermagem*; 3 (7%), com grau de significância intermediária, concernentes à *triagem de clientes*, *prescrição de medicamentos* estabelecidos em rotina aprovada pela instituição e *visita domiciliar*; por último, 1 (2%) com baixo nível de significância, relativa à *realização de curativos cirúrgicos*.

O GRÁFICO 6 possibilita uma visualização da função assistência, caracterizando o desempenho de cada grupo.

GRÁFICO 6 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO ASSISTÊNCIA, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS

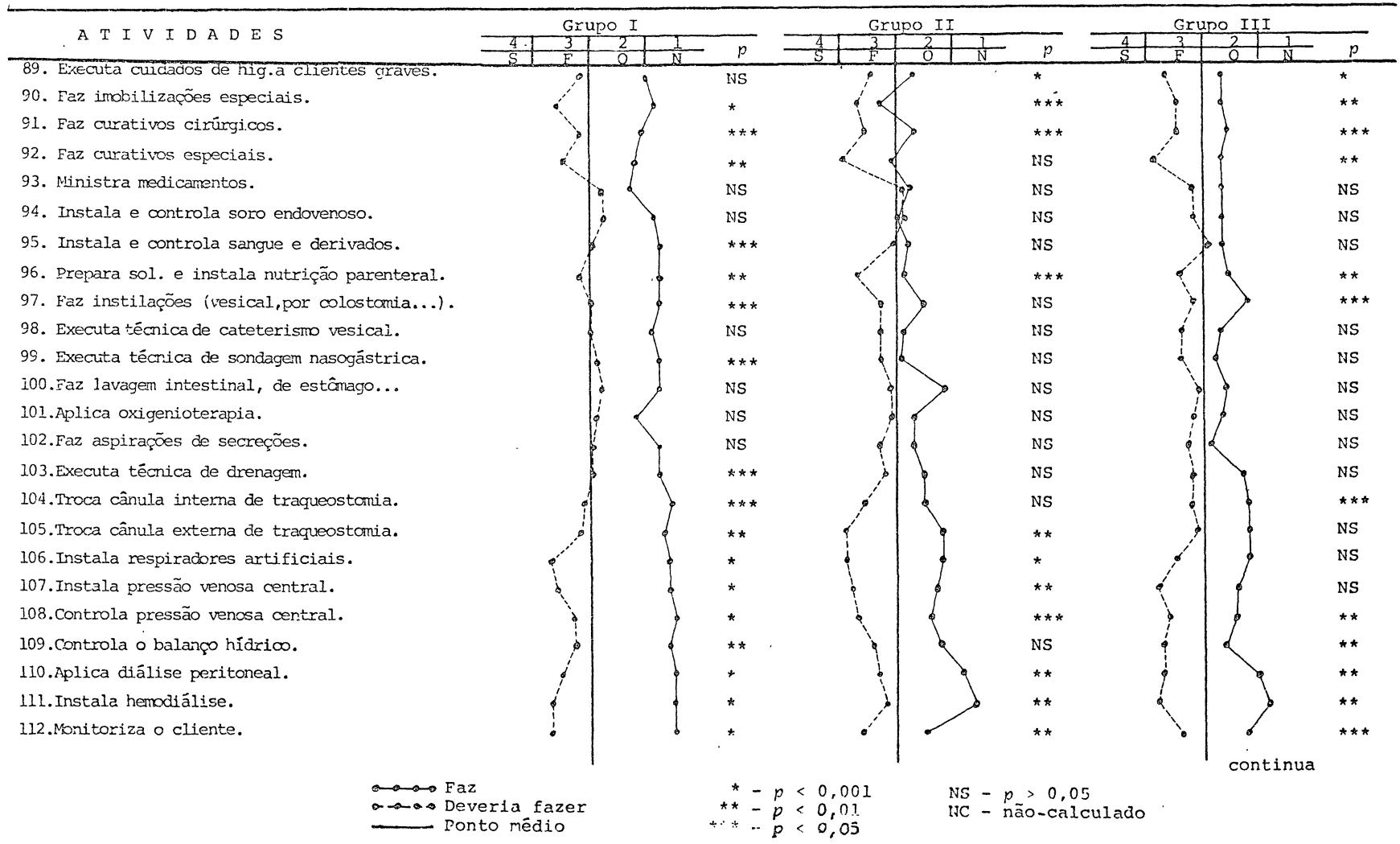
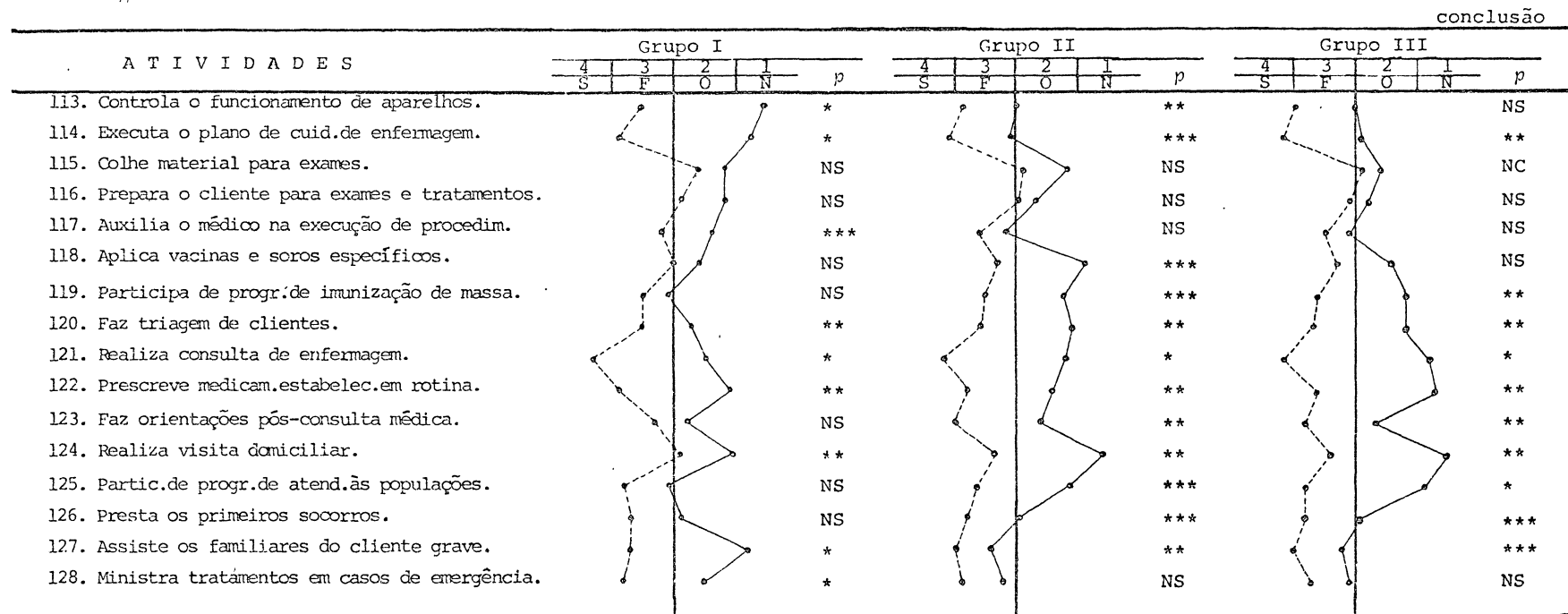





GRÁFICO 6 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO ASSISTÊNCIA, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS



 Faz
 Deveria fazer
 Ponto médio

* - $p < 0,001$
 ** - $p < 0,01$
 *** - $p < 0,05$

NS - $p > 0,05$
 NC - não-calculado

C) FUNÇÃO-DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS

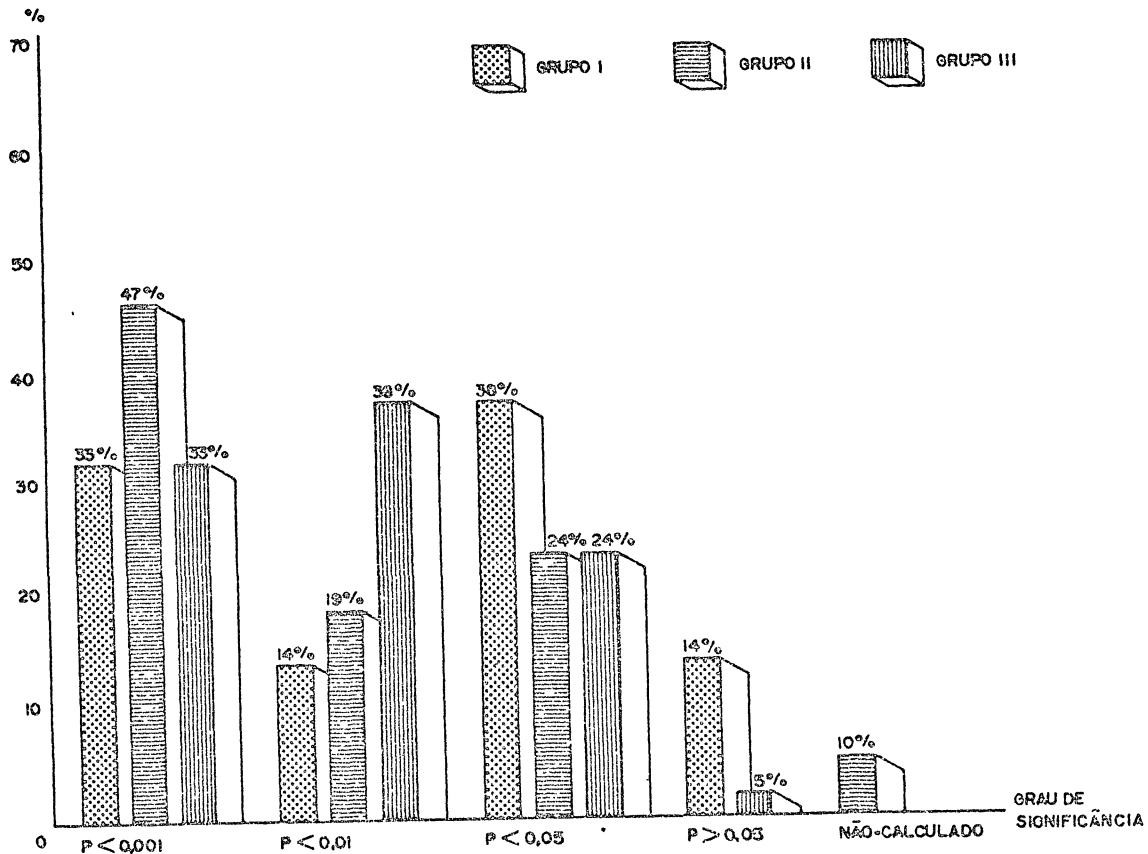
RESULTADOS GRUPOS DE ENFERMEIROS	SIGNIFICATIVO						NÃO-SIGNIFICATIVO		NÃO-CALCULADO		TOTAL	
	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,05		p > 0,05		nº	%	nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%				
I - Assistência Ambulatorial	7	33	3	14	8	38	3	14	-	-	21	100
II- Assistência Hospitalar	10	47	4	19	5	24	-	-	2	10	21	100
III-Assistência Hospitalar Hosp.Univers.	7	33	8	38	5	24	1	5	-	-	21	100

FONTES: coleta de dados.

Quanto à função desenvolvimento profissional, verifica-se na TABELA 13, relativa à distribuição das atividades de acordo com o grau de significância das mudanças, que aparecem, em média, 19 (90%) atividades com resultados significativos. Observando-se esta TABELA e o GRÁFICO 7, constata-se que o grupo I apresenta maior concentração de freqüências, no menor grau de significância, enquanto que o grupo III centraliza-se no grau de significância intermediária, e o grupo II posiciona-se no maior grau de significância.

Comparando-se os dados encontrados no QUADRO 8, com os resultados da TABELA 13 e a representação no GRÁFICO 7, verifica-se que a prova de McNemar confirma os resultados quanto às atividades realizadas e possibilita agrupar as não-realizadas, mas consideradas próprias do profissional de enfermagem, em diferentes níveis, conforme o grau de significância de mudanças apresentado.

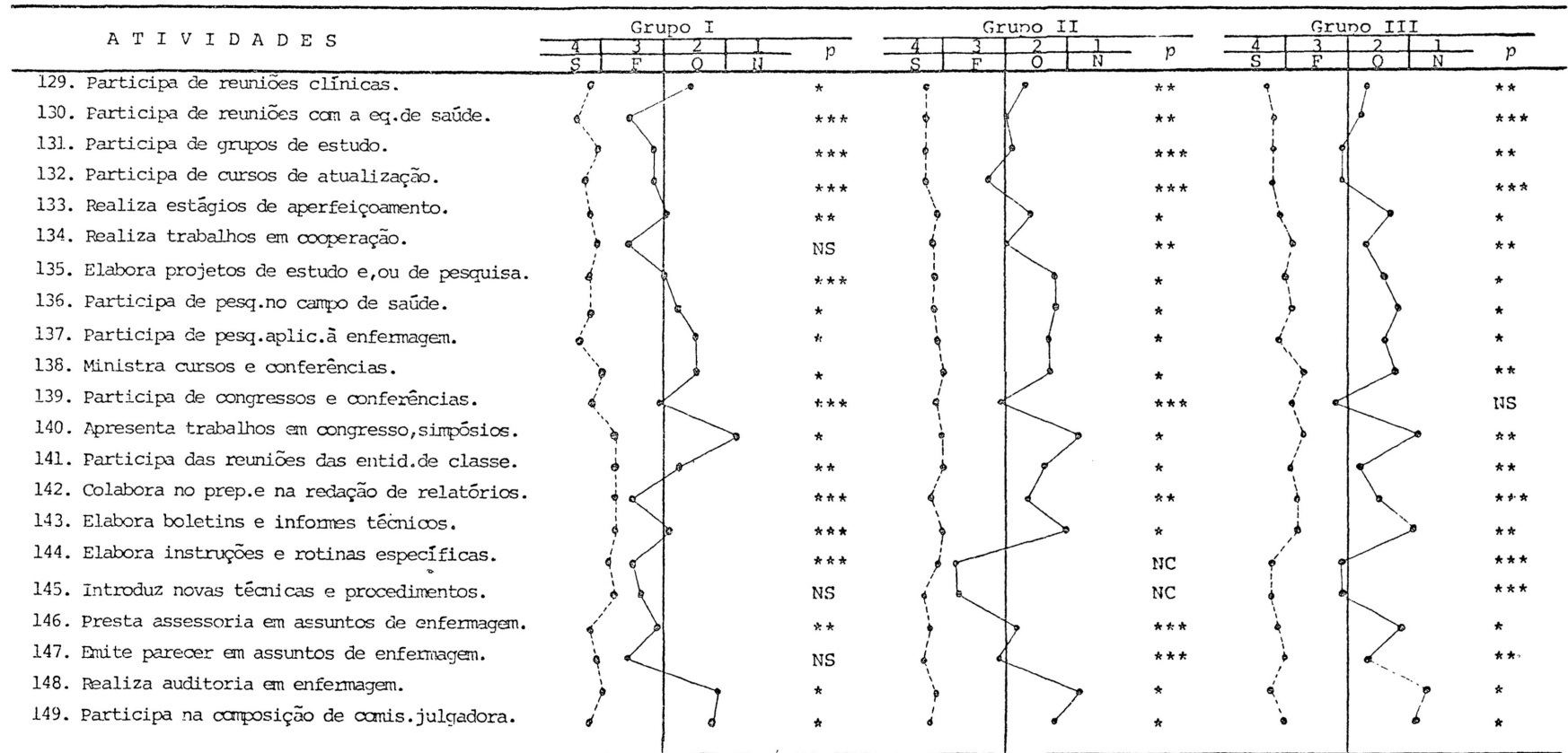
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS






FONTE: tabela 13

No GRÁFICO 8, observa-se a presença de 5 (24%) atividades comuns aos três grupos, sendo 4 (19%) situadas no maior grau de significância, relativas à participação em pesquisas aplicadas à enfermagem, realização de preleções e de auditoria em enfermagem e participação em comissões julgadoras para exames em disciplinas específicas de enfermagem; e 1 (5%), no menor nível de significância, voltada para a participação em cursos de atualização. Este GRÁFICO possibilita também situar as atividades nos diversos graus de desempenho dos grupos.

GRÁFICO 8 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS



 Faz
 Deveria fazer
 Ponto médio

* - $p < 0,001$
 ** - $p < 0,01$
 *** - $p < 0,05$

NS - $p > 0,05$
 NC - não-calculado

D) FUNÇÃO-ENSINO

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO ENSINO, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS

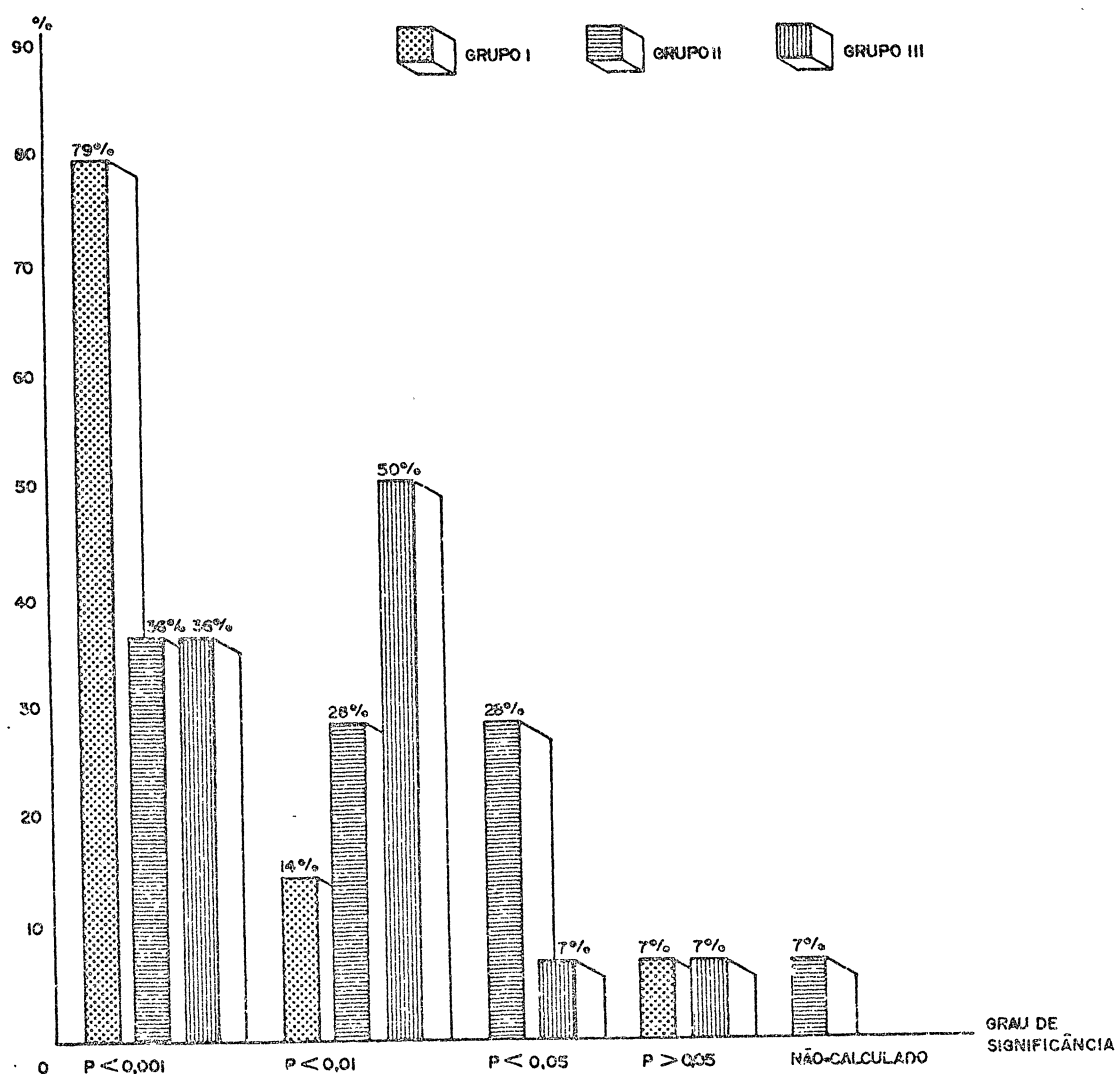
RESULTADOS GRUPOS DE ENFERMEIROS	SIGNIFICATIVO						NÃO-SIGNIFICATIVO		NÃO-CALCULADO		TOTAL	
	p < 0,001		p < 0,01		p < 0,05		p > 0,05					
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
I - Assistência Ambulatorial	11	79	2	14	-	-	1	7	-	-	14	100
II- Assistência Hospitalar	5	36	4	28	4	28	-	-	1	7	14	100
III- Assistência Hospitalar Hosp. Univers.	5	36	7	50	1	7	1	7	-	-	14	100

FONTE: coleta de dados.

A TABELA 14, relativa à distribuição do número de atividades da função ensino, conforme o grau de significância das mudanças, apresenta também elevado número de atividades com resultados significativos. Conforme já foi constatado nos QUADROS 6 e 8, observa-se que apenas 3 (21%) atividades apresentam resultados não-significativos, sendo que duas são comuns aos dois grupos que prestam assistência hospitalar. Entretanto, quanto às atividades não-realizadas, mas tidas como próprias do profissional de enfermagem, a prova de McNemar permitiu situá-las em diferentes níveis de significância.

Verificando-se os dados contidos na TABELA 14 e o GRÁFICO 9, observa-se que o grupo de enfermeiros que prestam assistência ambulatorial concentra 11 (79%) das atividades no mais elevado grau de significância; o grupo II apresenta uma distribuição relativamente uniforme, enquanto o grupo III centraliza-se mais no nível de significância intermediária.

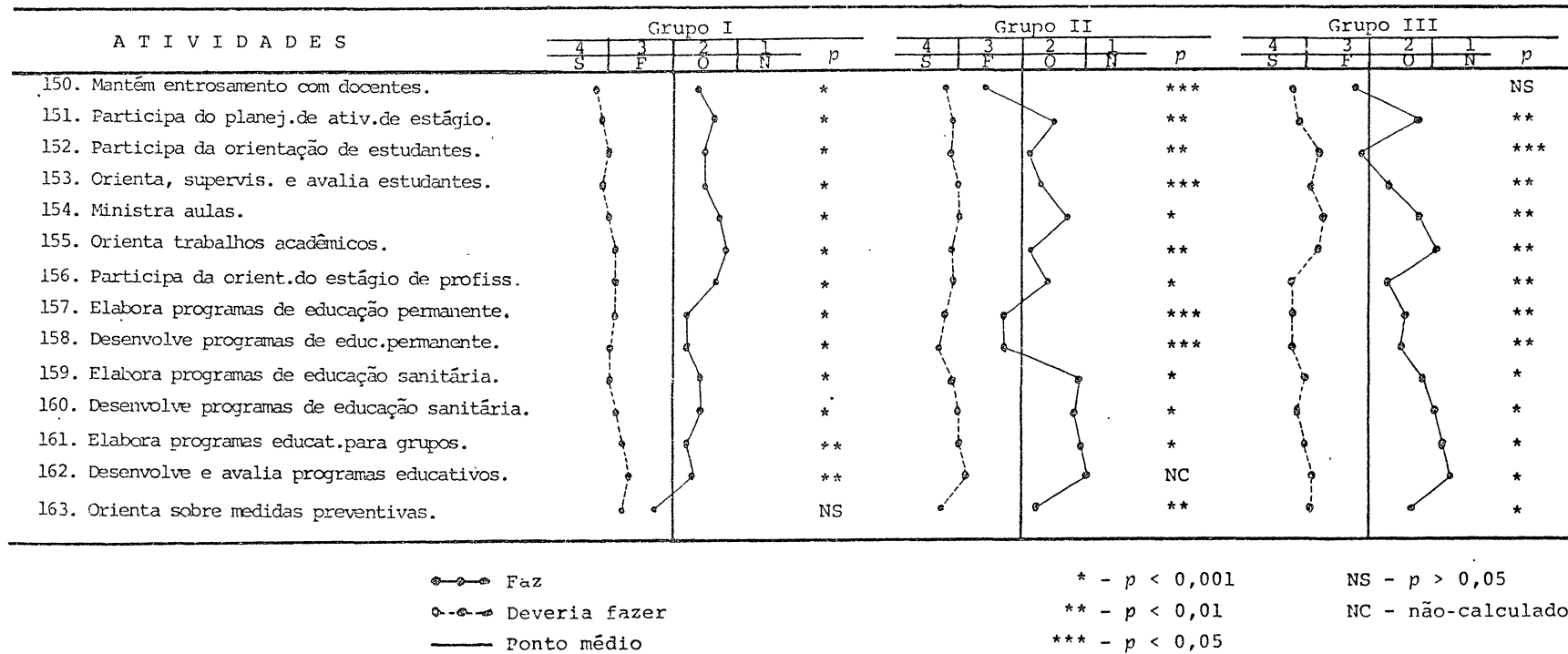
GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO ENSINO, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS.



FONTE: tabela 14

Ainda com relação a esta função, constata-se, no GRÁFICO 10, 2 (14%) atividades comuns aos três grupos, posicionadas no maior nível de significância, relacionadas com a elaboração, desenvolvimento e avaliação de programas de educação sanitária para clientes, família e comunidade.

GRÁFICO 10 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO ENSINO, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS



E) FUNÇÃO-PESQUISA

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO PESQUISA, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS.

RESULTADOS GRUPOS DE ENFERMEIROS	SIGNIFICATIVO						NÃO-SIGNIFICATIVO		NÃO-CALCULADO		TOTAL	
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,05$		$p > 0,05$		nº	%	nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%				
I - Assistência Ambulatorial	-	-	6	35	3	18	8	47	-	-	17	100
II- Assistência Hospitalar	5	29	11	65	1	6	-	-	-	-	17	100
III-Assistência Hospitalar Hosp.Univers.	6	35	11	65	-	-	-	-	-	-	17	100

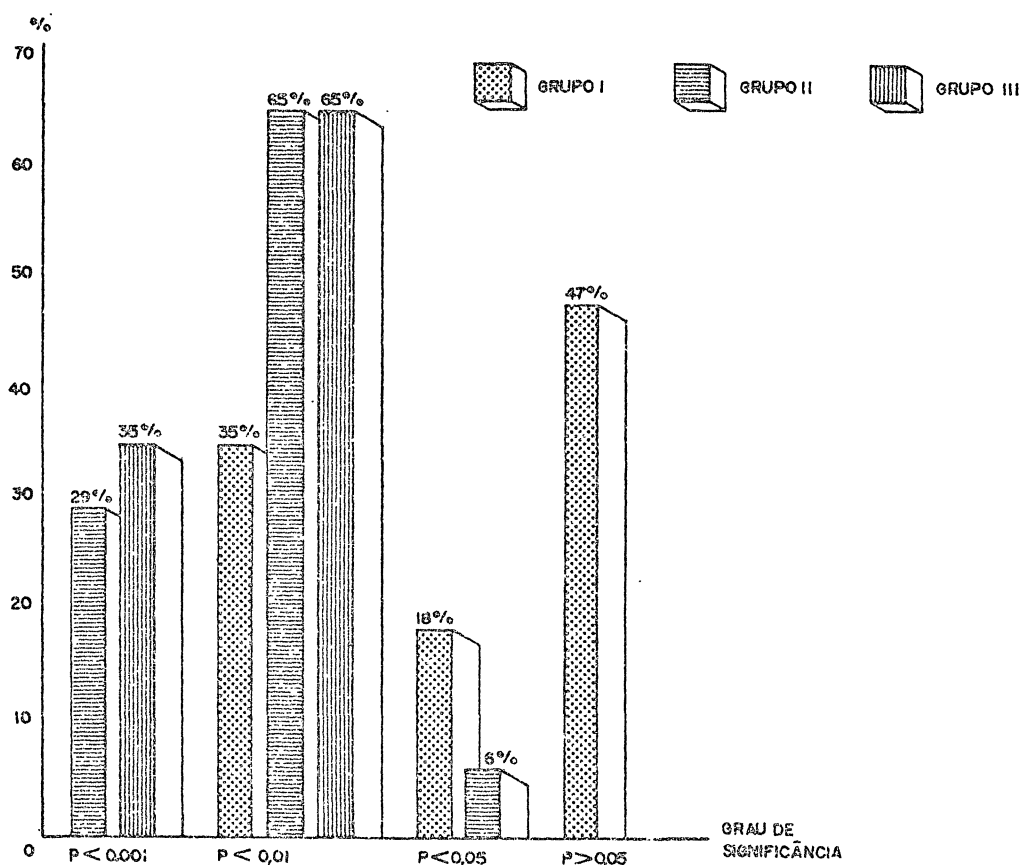
FONTE: coleta de dados.

Quanto à função pesquisa, verifica-se, na TABELA 15, que o grupo I apresenta 9 (53%) das atividades com resultados significativos e 8 (47%) com resultados não-significativos.

Comparando-se estes dados com os encontrados no QUADRO 7, nota-se que existe diferença quanto às atividades realizadas que alcançaram 2/3 (67%) de frequência e as que obtiveram resultados não-significativos, pela aplicação da prova de McNemar. Este fato é motivado, em parte, pelo tipo de formação recebida e pela indefinição das atividades próprias do profissional de enfermagem. A interferência destes fatores ocasiona dispersão no desenvolvimento das atividades.

Quanto aos grupos II e III, observa-se na TABELA 15 e no GRÁFICO 11 que não existem discrepâncias entre eles e ambos concentram maior número de resultados no grau de significância intermediária.

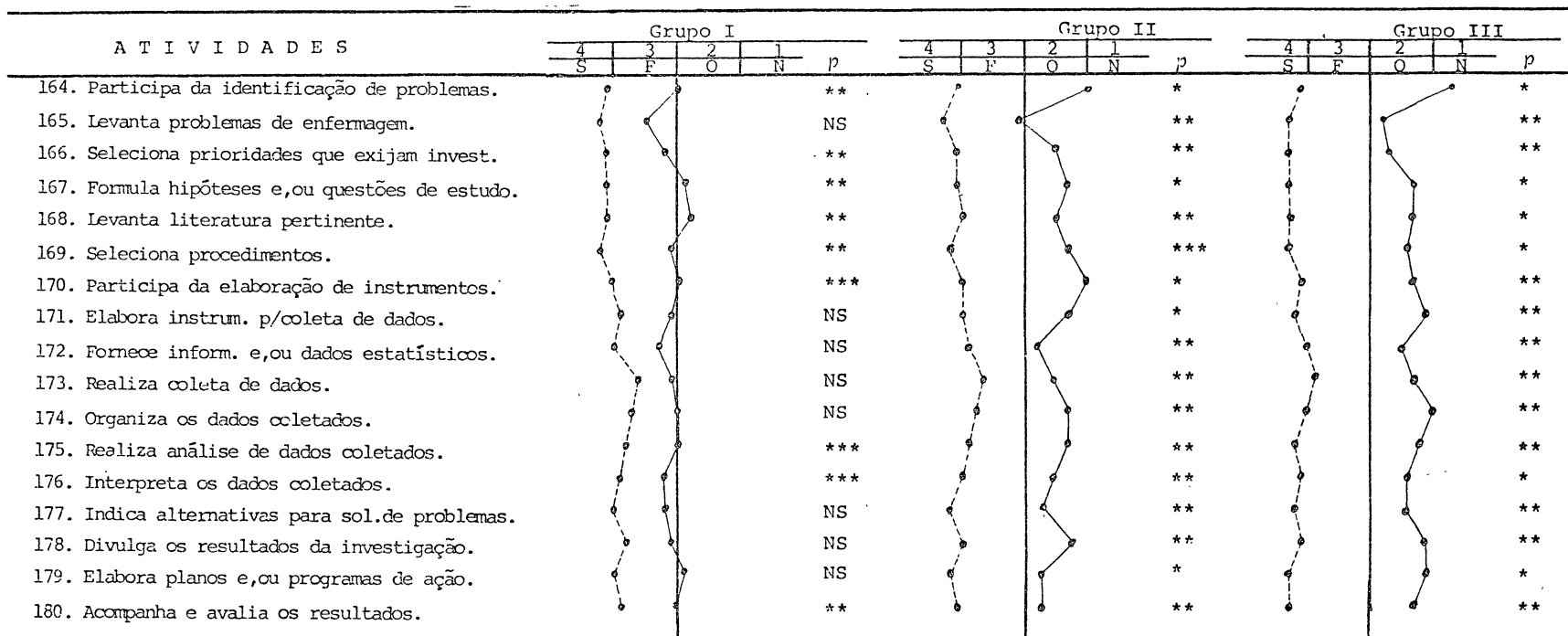
GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO, POR GRUPOS DE ENFERMEIROS, DAS ATIVIDADES DA FUNÇÃO PESQUISA, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS






FONTE: tabela 15

O GRÁFICO 12 permite identificar duas destas atividades, que são comuns aos três grupos e voltadas para a seleção de prioridades que exijam investigação, acompanhamento de planos de ação e avaliação dos resultados.

GRÁFICO 12 - MÉDIA PONDERADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA FUNÇÃO PESQUISA, E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS, SEGUNDO GRUPOS INSTITUCIONAIS



 Faz
 Deveria fazer
 Ponto médio

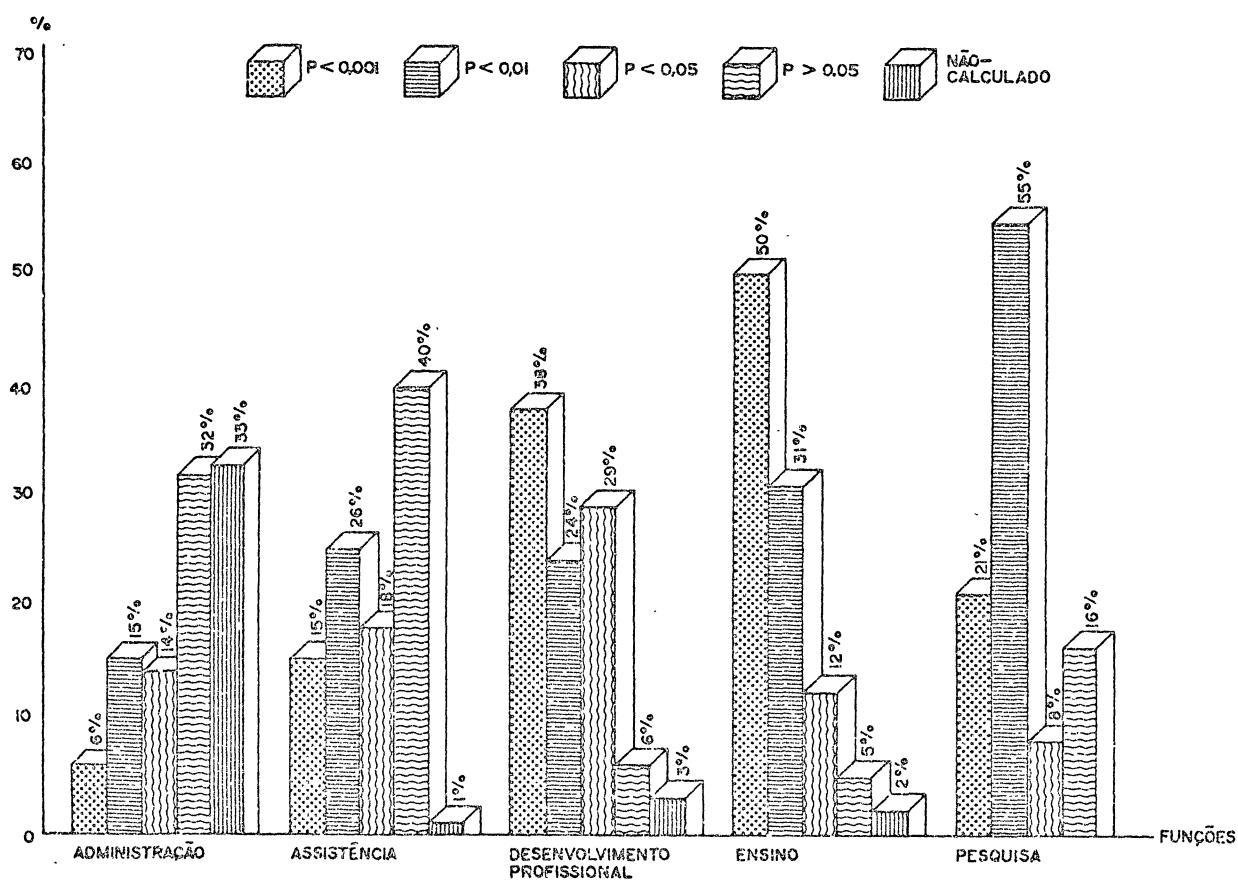
* - $p < 0,001$
 ** - $p < 0,01$
 *** - $p < 0,05$

NS = $p > 0,05$
 NC = não-calculado

Com o objetivo de possibilitar uma visualização de conjunto da situação das cinco funções no contexto profissional do enfermeiro, trabalharam-se as mesmas de modo a representá-las simultaneamente num único gráfico. O agrupamento das atividades em diferentes níveis, de acordo com o grau de significância de mudança apresentado, possibilita a percepção das expectativas das tendências e da importância concedida a cada função, que dependerá, em parte, da natureza, dos propósitos e do grau de desenvolvimento das instituições.

Comparando-se os valores e as conformações do GRÁFICO 13, observa-se que a *função ensino* apresenta maior percentual, 93% das atividades, distribuídas nos diversos níveis, destacando-se as agrupadas no maior grau de significância de mudança, com 50% das atividades. Em segundo lugar, aparece a *função desenvolvimento profissional*, com 91% das atividades posicionadas de maneira relativamente uniforme, salientando-se, também, as localizadas na área de maior grau de significância de mudança, com 38% das atividades. Em terceiro lugar, encontra-se a *função pesquisa*, com 84% das atividades situadas no campo de significância, com predomínio de 55% das atividades no nível de significância intermediária. Em quarto lugar, surge a *função assistência*, com 59% das atividades agrupadas de forma relativamente eqüitativa nos diversos níveis de significância. Por último, a *função administração*, com 35% das atividades, predominando as situadas nos graus de pequena e média significância.

GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO GERAL DAS ATIVIDADES, SEGUNDO FUNÇÕES, DE ACORDO COM O GRAU DE SIGNIFICÂNCIA DAS MUDANÇAS



FONTE: tabelas: 11, 12, 13, 14 e 15

Estabelecendo confronto entre os dados, constata-se que as funções desempenhadas pelo enfermeiro encontram-se em diferentes fases de desenvolvimento. Os valores percentuais e sua colocação nos diferentes graus de significância possibilitam dimensionar, em parte, a dinâmica de cada função.

Tendo como ponto de referência o posicionamento do percentual mais elevado, no maior grau de significância ($p < 0,001$) destacam-se, em ordem decrescente, as seguintes funções: *ensino* (50%), *desenvolvimento profissional* (38%), *pesquisa* (21%), *assistência* (15%) e *administração* (6%).

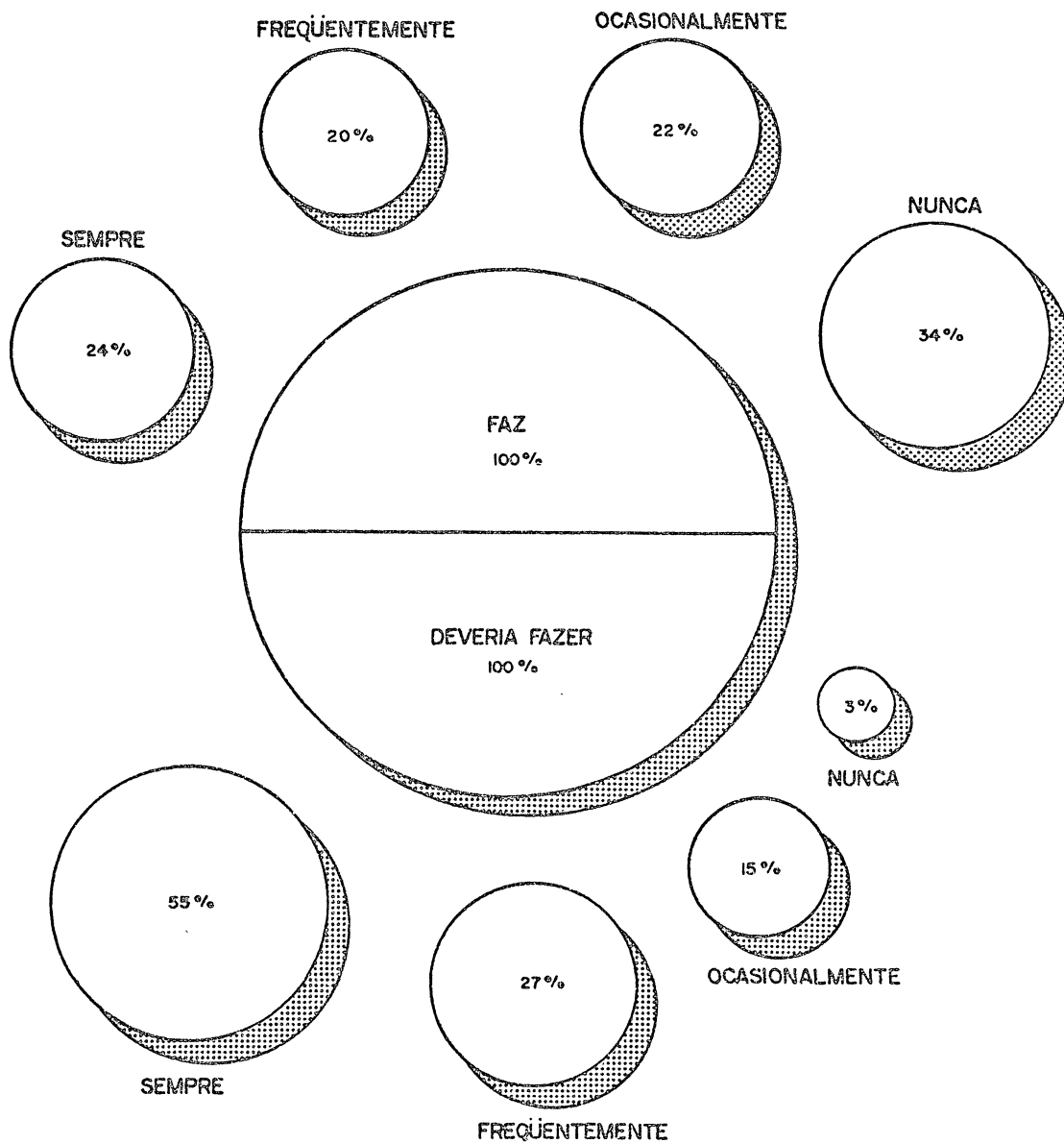
Considerando o posicionamento do maior percentual, no grau de significância intermediária ($p < 0,01$), evidenciam-se as funções: *pesquisa* (55%), *ensino* (31%), *assistência* (26%), *desenvolvimento profissional* (24%) e *administração* (15%).

Já com o posicionamento do maior percentual no menor grau de significância de mudança ($p < 0,05$), aparecem em ordem decrescente as seguintes funções: *desenvolvimento profissional* (29%), *assistência* (18%), *administração* (14%), *ensino* (12%) e *pesquisa* (8%).

Verifica-se, ainda no GRÁFICO 13, que nas funções *administração*, *assistência* e *desenvolvimento profissional* a distribuição dos percentuais se processa de maneira relativamente homogênea. Entretanto, nas funções *ensino* e *pesquisa* ocorre grande desproporção nos percentuais dos diversos níveis.

O GRÁFICO 14 apresenta uma visão global das atividades realizadas e das que deveriam ser desenvolvidas pelo enfermeiro na sua prática profissional, sem especificação de funções. Foi construído com o objetivo de permitir uma visualização comparativa mais detalhada, na finalização desta etapa.

GRÁFICO 14 - FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E DAS QUE DEVERIAM SER DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO



FONTE: tabelas 16 e 17 (ANEXO 5)

Tornam-se desnecessárias novas interpretações, tendo em vista que as atividades subjacentes já foram minuciosamente analisadas no decorrer deste estudo.

4.3 OPINIÕES E SUGESTÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nesta fase, procurou-se auscultar a opinião dos enfermeiros envolvidos na investigação, sobre o curso de graduação por eles realizado. Foram levantados aspectos significativos e sugestões que poderão contribuir para a elaboração de propostas visando ao aperfeiçoamento dos currículos para a formação de enfermeiros.

TABELA 18 - OPINIÕES DOS RESPONDENTES SOBRE O CURSO DE ENFERMAGEM REALIZADO

CARGO OCUPADO	OPINIÕES				TOTAL	
	Sim		Não		nº	%
	nº	%	nº	%		
Enfermeiro	2	3	4	7	6	10
Enfermeiro chefe de unidade. .	8	13	16	27	24	40
Supervisor de enfermagem . . .	6	10	8	13	14	23
Chefe do serv.de enfermagem. .	2	3	7	12	9	15
Outros	4	7	3	5	7	12
TOTAL	22	37	38	63	60	100

FONTE: coleta de dados.

Questionados quanto à capacitação oferecida pelo curso de graduação realizado, tendo em vista o desempenho das atividades profissionais, observa-se, na TABELA 18, que 38 (63%) respondentes não se sentiram preparados para o exercício de suas funções ao ingressarem no campo de trabalho. Quanto aos

outros respondentes, 22 (37%) são de opinião que o curso realizado os preparou para o exercício de suas funções. Os aspectos positivos e negativos levantados e as sugestões apresentadas encontram-se nos QUADROS 10, 11 e 12, respectivamente, e poderão servir de subsídio para o aperfeiçoamento dos cursos de graduação em enfermagem.

QUADRO 10 - SÍNTESE DE ASPECTOS CONSIDERADOS POSITIVOS PELOS RESPONDENTES, EM RELAÇÃO AO CURSO DE GRADUAÇÃO POR ELES REALIZADO

ASPECTOS POSITIVOS
1. Complementação e aprofundamento teórico de vivência anterior como auxiliar e, ou atendente de enfermagem.
2. Campos de estágio ricos em experiências, facilitando a assimilação do conhecimento teórico e prático.
3. Ênfase ao desenvolvimento de habilidades.
4. Aulas ministradas pelos próprios supervisores do campo de trabalho com experiência na matéria.
5. Assistência integral ao cliente, responsabilizando o estudante por determinado número de leitos.
6. Formação profissional alicerçada em princípios básicos e fundamentais.
7. Conscientização da responsabilidade profissional, enfatizando aspectos éticos e humanísticos.
8. Visualização do papel e da necessidade do profissional de enfermagem em todas as áreas, principalmente pela atuação direta em campo.

continua

continuação

ASPECTOS POSITIVOS
9. Visão do atendimento e do contexto como um todo, englobando o cliente, a família, a equipe de trabalho e o serviço.
10. Número pequeno de alunos nos campos de estágio.

QUADRO 11 - SÍNTESE DE ASPECTOS CONSIDERADOS NEGATIVOS PELOS RESPONDENTES, EM RELAÇÃO AO CURSO DE GRADUAÇÃO POR ELES REALIZADO

ASPECTOS NEGATIVOS
1. Egressos de cursos de graduação em enfermagem sem a segurança necessária ao exercício de suas funções.
2. Estágios muito curtos, tanto na duração total como diária, oferecendo apenas noções e não preparando para enfrentar a realidade profissional com segurança, pois o estudante interage apenas em determinadas situações.
3. Muita ênfase à área hospitalar e pouca à saúde comunitária e pública.
4. O curso não proporciona uma visão dos diversos campos de atuação do profissional de enfermagem.
5. Docentes pouco exigentes e inseguros na prática.
6. Pouco estímulo e exigência de aprofundamento dos assuntos apresentados.
7. Pouco incentivo à pesquisa.

continua

continuação

ASPECTOS NEGATIVOS
8. Ocupação do tempo no estudo de enfermidades raras e graves e falta de conhecimentos simples para atendimento de problemas comuns da população.
9. Repetição de conteúdo em várias disciplinas.
10. Pouco aproveitamento do tempo da parte prática, repetindo os mesmos procedimentos nas diversas disciplinas.

QUADRO 12 - SÍNTESE DE SUGESTÕES APRESENTADAS PELOS RESPONDENTES COMO SUBSÍDIOS PARA O APRIMORAMENTO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUGESTÕES
1. Melhorar seleção de candidatos ao curso de enfermagem.
2. Reavaliar o currículo dos cursos de graduação em enfermagem.
3. Renovar metodologia de ensino.
4. Proporcionar maior embasamento e fundamentação científica.
5. Realizar melhor distribuição da carga horária teórico-prática, assim como das disciplinas do curso.
6. Reforçar e ampliar o enfoque preventivo nas diversas disciplinas, principalmente na parte prática.
7. Implantar, a nível de graduação, áreas de aprofundamento segundo opções do aluno.

continua

continuação

SUGESTÕES

8. Organizar o aprendizado em níveis crescentes de complexidade, com habilidades específicas para cada campo de prática e por disciplina, evitando repetições desnecessárias.
9. Possibilitar maior vivência em administração, tanto na área de saúde pública, como na área hospitalar.
10. Melhorar a escolha dos campos de estágio.
11. Proporcionar maior autonomia ao estudante no campo de estágio.
12. Destinar maior carga horária para a prática e com maior duração diária.
13. Diversificar os campos de estágio, possibilitando ao estudante conhecer, observar e praticar as atividades que fazem parte do seu âmbito de ação.
14. Realizar estágio em setores de assistência mais complexa, favorecendo o desenvolvimento de maior número de habilidades.
15. Planejar o estágio com pequenos grupos e com supervisão direta no início do curso, nos últimos períodos, supervisão indireta, responsabilizando o estudante pelo seu processo de aprendizado, assumindo mais a prática.
16. Planejar a parte prática com sistema de uma folga semanal.
17. Orientar o estudante no levantamento e solução de problemas de enfermagem.

continua

continuação

SUGESTÕES
18. Proporcionar, ao estudante, melhor preparo para a pesquisa.
19. Reciclagem do corpo docente, quanto à metodologia de ensino e da assistência.
20. Preparação do corpo docente para a obtenção de maior segurança no campo da prática.

Esta etapa do estudo é finalizada com a apresentação do posicionamento dos enfermeiros sobre a modalidade de *internato*, na forma de estágio curricular, como uma estratégia de relação entre teoria e prática na formação do enfermeiro.

TABELA 19 - OPINIÕES DOS RESPONDENTES SOBRE A INCLUSÃO DA MODALIDADE *INTERNATO* NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O CARGO OCUPADO

OPINIÕES	CARGO OCUPADO										TOTAL	
	Enfermeiro		Enf. chefe Unidade		Superv. de Enfermagem		Chefe do Serv. Enf.		Outros			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Favoráveis	6	10	22	36	14	23	9	15	7	12	58	96
Desconhecimento. .	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	1	2
Outra modalidade .	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	1	2
TOTAL	6	10	24	40	14	23	9	15	7	12	60	100

FONTE: coleta de dados.

A TABELA 19 mostra a opinião dos enfermeiros sobre a inclusão da modalidade *internato*, como estratégia curricular, a nível de graduação, destinada à aplicação prática dos conhecimentos obtidos durante o curso. Verifica-se, nesta tabela, que 58 (96%) dos respondentes manifestaram-se favoráveis justificando suas respostas e apresentando sugestões voltadas para aspectos específicos e gerais. Quanto aos demais respondentes, um expressou desconhecimento da modalidade de *internato* e o outro sugeriu a alternativa, *da residência em enfermagem*, com a duração de um ano. As justificativas e as sugestões apresentadas encontram-se nos QUADROS 13 e 14, respectivamente.

QUADRO 13 - SÍNTESE DAS JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS PELOS
RESPONDENTES QUE SE MANIFESTARAM FAVORÁVEIS À
MODALIDADE *INTERNATO*

JUSTIFICATIVAS
1. Garante mais segurança, conhecimento e habilidades necessários na prática profissional, sobretudo, em níveis mais complexos de assistência.
2. Amplia e consolida os conhecimentos teóricos e práticos.
3. Favorece a investigação e a solução de problemas encontrados no campo da prática, assim como o desenvolvimento de pesquisa.
4. Proporciona maior segurança e capacitação técnico-profissional mais compatível com as necessidades de atuação.
5. Permite uma visão global da assistência ao paciente e do funcionamento dos serviços.

continua

continuação

JUSTIFICATIVAS

6. Possibilita vivência da realidade profissional, constituindo-se num período de transição entre a vida de estudante e de profissional.
7. Permite, ao estudante, viver suas inseguranças, auto-avaliar-se e identificar falhas e dúvidas que devem ser sanadas.
8. Desenvolve o espírito de iniciativa e autonomia, fazendo com que o estudante se sinta responsável pelo seu processo de aprendizado e pelo que está fazendo.
9. Facilita o aprimoramento que vem junto com a experiência e a vivência no campo prático.
10. Capacita melhor o futuro profissional para ingressar no mercado de trabalho.

QUADRO 14 - SÍNTESE DAS SUGESTÕES OFERECIDAS PELOS RESPONDENTES QUE SE MANIFESTARAM FAVORÁVEIS À INCLUSÃO DA MODALIDADE *INTERNATO* NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUGESTÕES

1. Específicas, quanto:
 - 1.1 À organização pedagógica do *internato*:
 - metas claras e definidas;
 - boa escolha do campo;

continua

continuação

SUGESTÕES

- bibliografia ampla e adequada;
- monitoria de ensino - acompanhamento por equipe capacitada, experiente e segura, com condições de facilitar a correlação entre os conhecimentos teórico e prático;
- áreas diversificadas, propostas pelo currículo do curso: hospitalar e ambulatorial, incluindo Saúde Pública e INAMPS;
- obrigatoriedade em todas as áreas propostas pelo currículo do curso ou segundo opções do estudante;
- estudos individuais, em grupo, discussão de casos, seminários e outros;
- elaboração e desenvolvimento de projeto de pesquisa, centrado em problemas encontrados no campo da prática, como condição para a conclusão do *internato* e do curso.

1.2 Ao período e duração do *internato*:

- último ano do curso de graduação;
- mínimo de 6 meses e máximo de 1 ano - período suficiente para o estudante adaptar-se ao ambiente de trabalho, testar e desenvolver a sua capacidade;
- tempo integral.

continua

continuação

SUGESTÕES

2. Gerais

Foram encontradas também as seguintes sugestões, ressaltando aspectos amplos:

- avaliação do atual sistema de ensino de enfermagem, detectando os vazios e os pontos falhos;
- ampliação da carga horária total do curso, principalmente da parte prática;
- reestruturação da parte prática, pois estágios curtos e restritos a poucas horas diárias não preparam o futuro profissional para enfrentar a realidade do mercado de trabalho;
- não-redução da carga horária destinada à parte teórica do curso, em função do *internato*.

Obs.: Um respondente alerta para o risco de que as instituições que concedem campo para estágio venham a considerar o *estudante interno*, como mão-de-obra gratuita.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES

5.1 CONCLUSÕES DO ESTUDO

A discussão e a análise dos resultados desta pesquisa permitiram conclusões relacionadas aos seguintes aspectos:

AMOSTRA

PROBLEMA

OBJETIVOS E QUESTÕES A INVESTIGAR

HIPÓTESES

METODOLOGIA DO ESTUDO

REVISÃO DA LITERATURA

A) CONCLUSÕES RELACIONADAS À AMOSTRA

Na caracterização da amostra, são destacados dados relativos ao local de trabalho, formação e desenvolvimento profissional.

A amostra, em número de sessenta respondentes, apresentou as seguintes características, considerando a maior frequência:

- 80% dos respondentes atuam em instituições públicas e 62% do total prestam assistência prioritariamente hospitalar. Estes dados demonstram que a instituição pública ainda é a organização que absorve maior contingente desse pessoal, sendo que a

maior concentração situa-se na área hospitalar.

- 90% ocupam cargos de chefia em diferentes níveis hierárquicos, sendo que 40% deles ocupam o cargo de enfermeiro-chefe de unidade. Evidencia-se, nesta situação, que a maioria dos enfermeiros desenvolve atividades relacionadas ao processo administrativo, portanto, de assistência indireta ao cliente, e somente um pequeno número atua na assistência direta ao cliente.

- 64% iniciaram sua carreira profissional em cargos de chefia, e, desses, 43% como enfermeiro-chefe de unidade. Estes dados revelam a hipótese da inexistência, entre as instituições, de critérios padronizados requeridos para a ocupação de cargos.

- 82% realizaram o curso de enfermagem no Estado do Paraná; 57% do total da amostra concluíram o curso de graduação no período de 1975-1983 e 45% situam-se na faixa etária de 21 a 30 anos. Isso demonstra que há maior absorção de profissionais da própria região e que essa população é representativa de uma importante parcela de jovens com formação profissional, relativamente, recente.

- 38% dos respondentes possuem menos de 4 anos de experiência profissional, 83% realizaram um ou mais cursos após a graduação; dos cursos realizados, 43% são de especialização, predominando, entre outros, os de administração hospitalar e de enfermagem do trabalho.

Considerando os percentuais acima, pode-se concluir que um grupo considerável de enfermeiros encontra-se numa fase de busca de novos rumos profissionais, demonstrando interesse no desenvolvimento e aprimoramento profissional.

- 76% dos enfermeiros estão inscritos e, ou filiados a duas ou mais entidades de classe. Este fato revela:

- a necessidade de identificação com a classe a que pertencem;
- a busca de um espaço para atuação política;
- a existência, na área da enfermagem, de mais que uma entidade de classe, reforçando o corporativismo.

B) CONCLUSÕES RELACIONADAS AO PROBLEMA

Os resultados do estudo demonstraram que existe viabilidade de serem desenvolvidas estratégias que visam à interação teoria/prática e ensino/serviço. A análise dos dados levantados, quanto às atividades realizadas e as consideradas próprias ao exercício do profissional de enfermagem, propiciou uma visão das condições reais da atuação do enfermeiro, assim como da representação quanto ao seu papel no contexto da enfermagem. Concluiu-se, ainda, que esse profissional desenvolve suas atividades de modo assistemático, com evidentes desvios nas funções. Este fato é confirmado, também, pelos respondentes no rol de aspectos negativos dos cursos de graduação realizados.

A situação constatada no estudo realizado, tendo em vista a diversidade de atividades desenvolvidas nos diferentes campos de atuação do enfermeiro, convergiu para um esboço de proposta de *internato*, visando aprimorar a formação do enfermeiro, mediante uma experiência educativa de trabalho, estruturada e apoiada na realidade, com o objetivo de interação teoria/prática e ensino/serviço.

C) CONCLUSÕES RELACIONADAS AOS OBJETIVOS E QUESTÕES A INVESTIGAR

Este estudo teve como objetivo geral contribuir para o

aperfeiçoamento de propostas curriculares que visem à formação do profissional de enfermagem, enfatizando o atendimento à realidade do exercício de sua profissão. Os resultados obtidos pelas respostas às questões formuladas, em relação aos objetivos específicos, contribuíram de uma maneira ampla para o alcance desse objetivo, criando subsídios para o aperfeiçoamento de propostas curriculares que visem à formação do enfermeiro.

1. Para a investigação, junto aos profissionais de enfermagem que exercem suas atividades em Curitiba, sobre as atividades realizadas na sua prática profissional, e aquelas que, segundo a sua opinião, seriam próprias ao exercício de sua profissão, foram formuladas três questões, cuja investigação possibilitou os seguintes resultados e conclusões:

1.1 Quanto à questão referente às atividades realizadas pelos enfermeiros, segundo o tipo de serviço prestado pela instituição de saúde, verificou-se que: a nível de assistência exclusivamente ambulatorial, os resultados forneceram informações que possibilitaram as seguintes conclusões: funções administração e desenvolvimento profissional, 19% das atividades; ensino, 7% e pesquisa, 6%; nenhuma atividade de assistência direta ao cliente alcançou o critério estabelecido. As atividades referentes aos enfermeiros que atuam em hospitais universitários estão distribuídas da seguintes maneira: função administração, 55%; ensino, 57%. Nenhuma atividade das funções assistência, desenvolvimento profissional e pesquisa atingiu o critério estabelecido. Já as atividades dos enfermeiros que atuam em hospitais não-universitários, estão assim distribuídas: função administração, 60%; desenvolvimento profissional, 10%; ensino, 7%. Nenhuma atividade das funções assistência e pesqui-

sa alcançou o critério estipulado.

Estes resultados, associados à especificação de atividades, conduzem às seguintes conclusões:

- as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros concentram-se, prioritariamente, na função administração, nas diversas áreas de atuação, sendo que, no geral, desempenham atividades voltadas para a administração do serviço;

- a administração da assistência caracteriza-se por um tipo de atividade voltada para a ação imediata da enfermagem, e não a preocupação com a previsão, planejamento e registro de dados, visando a estudos futuros;

- os resultados evidenciaram que a função assistência, embora preconizada como a principal a ser desempenhada pelo enfermeiro, nesse grupo ainda não está sendo concretizada;

- a condição atual da função pesquisa pode revelar, em parte, a falta de incentivo, o despreparo do enfermeiro com relação ao processo de investigação e a pouca ênfase para essa função a nível de graduação;

- os enfermeiros assistenciais não participam da programação e desenvolvimento de atividades relacionadas ao processo ensino-aprendizagem de estudantes de enfermagem, nem desenvolvem sistematicamente programas de educação em saúde e de educação permanente;

- as atividades que desenvolvem e aprimoram o crescimento profissional são pouco realizadas pelos enfermeiros, embora tenha aparecido, na caracterização da amostra, grande interesse na busca de cursos após a graduação.

1.2 A questão que possibilitou identificar *quais as atividades que seriam próprias ao exercício do profissional de enfermagem, segundo a opinião dos respondentes*, proporcionou os seguintes resultados: função administração, 85%; assistência, 55%; desenvolvimento profissional, 100%; ensino, 100% e pesquisa, 100%.

Os dados acima mencionados, associados à especificação de atividades, representam a seguinte imagem do enfermeiro, idealizada pelos respondentes:

- *profissional que desempenha várias funções, num inter-relacionamento harmônico, visando assistir ao cliente, à família e à comunidade;*
- *utilização de metodologia científica na administração da assistência ao cliente e do serviço;*
- *na função assistência, são privilegiadas as atividades de maior complexidade e discernimento;*
- *na função desenvolvimento profissional, realização de atividades individuais e em equipe, visando ao aprimoramento e crescimento profissional;*
- *na função ensino, participação no planejamento e execução de programas educativos para estudantes, colegas, funcionários e clientes;*
- *na função pesquisa, utilização do método científico, na identificação e resolução de problemas de saúde e da enfermagem, desenvolvendo e, ou aprimorando novos métodos e técnicas específicas de cuidados, expandindo a profissão.*

1.3 A terceira questão, para esse objetivo, procurou verificar se existe congruência entre as atividades realizadas

e aquelas consideradas próprias do profissional de enfermagem. Para comprovar o grau de significância entre o que é e a dimensão de o que deveria ser, utilizou-se a prova de McNemar, que forneceu os seguintes percentuais de resultados com diferença significativa: função administração, 35%; assistência, 59%; desenvolvimento profissional, 91%; ensino, 93%; pesquisa, 84%.

A análise dos resultados acima, associada aos diversos graus de significância, conduzem às seguintes conclusões:

- a função administração é a mais desenvolvida e revela menos diferença entre a situação real e a ideal, ou seja, entre o que faz e o que, o enfermeiro deveria fazer. A diferença situa-se nas atividades relacionadas ao processo da administração da assistência;

- a dispersão dos resultados na função assistência demonstra que não existe consenso entre os enfermeiros, quanto ao seu papel específico nesta função;

- em ordem decrescente, as funções ensino, desenvolvimento profissional e pesquisa, praticamente não são desenvolvidas pelo enfermeiro em seu desempenho cotidiano, tendo em vista os elevados percentuais significativos.

2. Identificação de aspectos significativos do curso de graduação realizado pelos respondentes, assim como as sugestões para o aprimoramento da formação do enfermeiro.

- 63% dos egressos dos cursos de enfermagem não se sentiram preparados para o exercício de suas funções. (Lembrando: 82% formaram-se em escolas do Paraná e 57%, no período de 1975-84).

O resultado acima denota:

- um possível descompasso entre a formação e as reais necessidades relativas à prática profissional no contexto da saúde;

- que os respondentes revelam aspectos negativos e positivos dos cursos realizados;

Os aspectos significativos apresentados possibilitam as seguintes conclusões:

a) Quanto aos aspectos negativos:

- os cursos, na opinião dos respondentes, não preparam o estudante para enfrentar a realidade profissional;
- predominância de partes em relação ao todo;
- estágios atomizados;
- ênfase em determinadas áreas e funções.

b) Quanto aos aspectos positivos:

- a propriedade dos campos de estágio;
- docentes com vivência e segurança na prática profissional;
- responsabilidade do estudante pela assistência integral ao cliente.

c) Sugestões:

- redimensionamento do currículo;
- reformulação da metodologia de ensino;
- reestruturação dos campos de estágio;
- reciclagem e treinamento do corpo docente.

3. A análise das opiniões dos respondentes sobre a modalidade de internato, como uma das estratégias para compatibilizar a formação do enfermeiro à realidade profissional, demonstrou que:

- 96% dos respondentes manifestaram-se favoráveis à inclusão da modalidade de *internato* no curso de graduação em enfermagem.

Os resultados conduzem à conclusão de que a modalidade de *internato* deve ser implementada, como uma estratégia de interação teoria/prática e ensino/serviço, compatibilizando a formação do enfermeiro às reais necessidades da prática profissional.

As justificativas apresentadas salientam a necessidade de interação teoria/prática e maior intercâmbio entre as instituições de ensino e serviço, possibilitando uma realimentação recíproca e capacitando melhor o futuro profissional para ingressar no mercado de trabalho.

4. *Elaboração de diretrizes para a inclusão do internato como uma das estratégias para reforçar a interação teoria/prática e ensino/serviço, no currículo do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Paraná.*

O esboço da proposta de *internato* foi elaborado a partir do estudo das funções do enfermeiro, das sugestões oferecidas pelos respondentes e do suporte bibliográfico.

D) CONCLUSÕES RELACIONADAS COM AS HIPÓTESES

Para cada item, expresso em atividade na segunda parte do instrumento, formularam-se duas hipóteses: a hipótese nula e a hipótese alternativa. Do total de atividades, verificou-se que, para o grupo que presta assistência exclusivamente ambulatorial, 66% apresentaram mudança significativa; para o grupo que presta assistência hospitalar e ambulatorial em hospitais não-universitários, 48% e, para o grupo que atua em hospitais uni-

versitários, 55%. Assim, nos GRÁFICOS 4, 6, 8, 10 e 12, as atividades que correspondem a um, dois e, ou três asteriscos apresentam mudanças significativas, rejeitando-se, portanto, para cada uma delas, a respectiva hipótese nula, estabelecida genericamente na página 73.

E) CONCLUSÕES RELACIONADAS COM A METODOLOGIA DO ESTUDO

- A metodologia quali-quantitativa favoreceu a realização deste trabalho e possibilitou resultados coerentes com os dados levantados, com o mínimo de interferência de ordem subjetiva;

- a amostra aleatória estratificada possibilitou informações de ocupantes de cargos em diferentes níveis hierárquicos e instituições, propiciando uma visão geral da situação atual;

- o instrumento elaborado a partir de levantamento de atividades atribuídas ao enfermeiro em documentos oficiais, pesquisas, regimentos e, ou manuais de serviços de enfermagem mostrou-se amplo, coerente e propiciou liberdade de respostas relacionadas com o desenvolvimento real e, ou representativo do papel do enfermeiro. O agrupamento das atividades, segundo funções, permitiu configurar a situação das mesmas, assim como os descompassos e os pontos de convergências na atuação do enfermeiro;

- Coleta de dados - todos os enfermeiros escolhidos para compor a amostra aceitaram participar da investigação, o que demonstra o grande interesse na busca de soluções para problemas da realidade profissional.

- Processamento de informações:

a) a metodologia seguida no processamento manual das informações, permitiu que os dados obtidos fossem tratados de ma-

neira diferente nas diversas partes do instrumento, para atender aos reclamos de aspectos qualitativos da investigação;

b) o estabelecimento do critério de frequência de respostas evidenciou as atividades realizadas pelos diversos grupos, as específicas de cada grupo e as comuns a dois, e, ou aos três grupos;

c) a utilização da prova de McNemar mostrou diversos graus de significância de mudança entre o que o enfermeiro faz e o que deveria fazer, podendo revelar tendências relativas à prática profissional.

E) CONCLUSÕES RELACIONADAS COM A REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura realizada para este estudo conduziu às seguintes conclusões:

- a enfermagem como ação humana social aplicada sofre todas as implicações de interdependência do contexto político-econômico-social e assume mudanças no processo de formação e na evolução de sua prática;

- a definição do profissional que os cursos de enfermagem pretendem formar deve basear-se nas necessidades objetivamente identificadas dentro da realidade contextual;

- vários autores referem-se a certo descompasso entre a formação e a utilização do profissional de enfermagem. Enquanto o mercado de trabalho requer do mesmo, como pode ser verificado neste estudo, maior desempenho na função administrativa, o preparo formal centraliza-se no fazer, relacionado aos procedimentos próprios da enfermagem;

- as tentativas de introduzir modificações na estrutura curricular dos cursos de enfermagem têm ocorrido de duas formas:

- a) por via legal, apoiada em documentos oficiais;
- b) pela via pedagógica, por iniciativas isoladas de algumas escolas.

O exercício profissional da enfermagem reflete mais um fenômeno de absorção de inovações produzidas em outros contextos, do que a produção de investigações que conduzam a inovações em seu contexto próprio;

- o fator econômico prevaleceu sobre os outros fatores, influenciando tanto a política e a prática da saúde, quanto a formação e a prática da enfermagem;

- a pulverização da área da saúde na ação governamental continua gerando diretrizes paralelas, que emanam de órgãos diversos, estabelecendo prioridades diferentes e, portanto, caminhos variados para a prática da enfermagem;

- a tendência atual do modelo assistencial de prestação de serviços de saúde, visa à integridade das ações de saúde, superando a dualidade individual/coletivo, preventivo/curativo, ambulatorial/hospitalar, com prioridade para as ações primárias de saúde e ênfase na assistência ambulatorial;

- a tendência na prática da enfermagem volta-se para a necessidade de interação ensino/serviço, exigindo uma compatibilização entre a pesquisa, o ensino e o desenvolvimento profissional. A nível hospitalar, a ênfase recai no cuidado direto e na administração da assistência ao cliente, e, a nível ambulatorial, nas ações primárias de saúde;

- a tendência atual nos currículos de enfermagem deve refletir o compromisso social do enfermeiro, que, tendo como fonte as necessidades prioritárias da população, assume uma postura crítica sobre sua prática no contexto da sociedade;

- a literatura destaca as seguintes funções como próprias do enfermeiro: assistência, administração, ensino, pesquisa e desenvolvimento profissional, que deram embasamento a este estudo;

- a formação universitária deve conferir à educação um caráter simultâneo teórico e prático, despertando a capacidade crítica e o preparo para o desconhecido e o novo, resultantes do processo de mudança global;

- os cursos e os serviços de enfermagem devem compartilhar responsabilidades comuns na assistência, no ensino, na pesquisa e no desenvolvimento da profissão;

- a modalidade de internato, como uma estratégia de interação teoria/prática e ensino/serviço, reveste-se de especial importância para induzir a mudanças curriculares e nos serviços, adaptadas às reais necessidades da sociedade e às funções do enfermeiro.

5.2 RECOMENDAÇÕES

Com base no estudo realizado, recomenda-se que:

- os cursos de graduação em enfermagem, envolvendo docentes, discentes, egressos e profissionais da área, analisem os resultados do presente estudo e de outros similares, com o intuito de proporcionar uma visão das necessidades reais e práticas com que se defrontarão os futuros profissionais no desempenho de suas funções;

- as propostas curriculares promovam a integração teoria/prática e a interação ensino/serviço, mediante estruturação de atividades que requeiram o envolvimento ativo do estudante no planejamento e na realização das mesmas, como, por exemplo, na estratégia de *internato*;

- as inovações curriculares de caráter metodológico sejam acompanhadas de compromisso por parte dos docentes em assumir uma postura diferente na relação professor-aluno, enfatizando o papel de facilitador da aprendizagem;

- a organização de métodos e técnicas de ensino levem o estudante a exercitar o pensamento reflexivo na resolução de problemas e na tomada de decisões;

- sejam diversificadas as dimensões a serem avaliadas, privilegiando o domínio de habilidades necessárias à realização de atividades intelectuais complexas dentro das funções de administração, assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento profissional;

- sejam organizados grupos de estudo para analisar o currículo de enfermagem e viabilizar a implantação do programa de *internato*;

- seja estruturado um sistema de avaliação do *internato*, após a sua implementação, envolvendo docentes, discentes e profissionais do campo;

- as disciplinas de metodologia científica e de pesquisa sejam redimensionadas, visando aprimorar as habilidades na aplicação do método científico;

- sejam testadas estratégias de ensino que visem assegurar a interação das ações de saúde, superando a dicotomia preventivo/curativo, ambulatorial/hospitalar e individual/coletivo;

- sejam desenvolvidas outras investigações sobre as funções do enfermeiro ou seja replicado este estudo em outras realidades, para maiores evidências;

- sejam ofertados cursos de aperfeiçoamento e reciclagens periódicas, integrando a universidade e as instituições de saúde, visando aprimorar os enfermeiros nos diversos campos de atuação, dotando-os de melhores condições para o desempenho harmônico de suas funções;

- sejam desenvolvidos programas de educação permanente, visando ao aprimoramento do pessoal da equipe de enfermagem;

- sejam mobilizados esforços no sentido da elaboração de critérios e normas para a ocupação de cargos, de forma a agilizar a regulamentação da lei do exercício profissional;

- sejam estabelecidos parâmetros de adequação dos recursos humanos de enfermagem aos padrões mínimos de assistência, vigentes;

- seja desenvolvida ação conjunta envolvendo enfermeiros docentes e assistenciais, na investigação e desenvolvimento de novos modelos dentro das funções;

- os resultados deste estudo sejam divulgados em congressos e seminários da área para recepção de sugestões, que objetivem o enriquecimento da proposta contida neste trabalho, visando ao aperfeiçoamento do currículo do curso de graduação em enfermagem.

CAPÍTULO VI

ESBOÇO DE UMA PROPOSTA DE INTERNATO

A) Fundamentação do *internato* no currículo

A modalidade de *internato*, ao ser retomada no processo de formação do profissional de enfermagem, necessita ser ajustada ao novo enfoque dado ao mesmo, na formação universitária.

As bases que orientam a nova proposta visam à integração teoria/prática e à interação ensino/serviço, numa experiência educativa de trabalho. A característica principal do *internato*, como estratégia curricular de estágio supervisionado, é sua dimensão totalizadora numa unidade diversificada mas harmoniosa entre o que se conhece e o que se faz. Mediante uma experiência supervisionada, com aumento gradual de responsabilidades, pretende-se que o estudante integre os conhecimentos teóricos e práticos e faça a transição do papel de estudante a profissional.

O *internato* deve orientar-se, fundamentalmente, para proporcionar a vivência do estudante nas diversas áreas de atuação profissional dentro da enfermagem, assim como para análise e avaliação dessas vivências.

Os pressupostos que fundamentam o redimensionamento do *internato*, sob a forma de estágio supervisionado, referem-se a um processo de renovação dos valores humanos e têm no seu ápice

os parâmetros que orientam a seleção de valores educacionais a partir de concepções quanto à natureza do homem, da sociedade, da educação e da enfermagem.

Os conceitos que embasam, no presente trabalho, a vivência dos valores educacionais e da enfermagem, são apresentados a seguir, adaptados da matriz referencial de PITTENGER & GOODING⁵⁴ e das concepções interacionais, na enfermagem, referidas por MELEIS.⁴⁰

MATRIZ DAS QUESTÕES FILOSÓFICAS: ENFOQUE INTERACIONAL

HOMEM	
Potencial	: capacidade para interação social.
Forma de resposta	: interação social.
SOCIEDADE	
Estrutura	: processo dinâmico.
Comunicação	: experiência social compartilhada.
Responsabilidade	: participação no envolvimento e crescimento.
Ética	: meios relevantes para fins não-definitivos.
EDUCAÇÃO	
Objetivos	: crescimento pessoal e social.
Determinação da meta	: relevância social.
Função social	: enriquecimento do eu e da sociedade.
Critério do conteúdo	: oportunidade para o crescimento pessoal-social.
Papel do aluno	: participante responsável.
continua	

MATRIZ DAS QUESTÕES FILOSÓFICAS: ENFOQUE INTERACIONAL

conclusão

ENFERMAGEM	
Definição	: processo terapêutico interpessoal, mediante assistência para prevenir, enfrentar a experiência de doença, de sofrimento e encontrar significado nestas experiências.
Foco	: no desenvolvimento interacional enfermeiro/cliente, no processo do cuidado e na busca de significado e auto-realização.
Finalidade	: promover a satisfação das necessidades do indivíduo, auxiliá-lo a enfrentar a situação de doença e a encontrar significado nesta experiência.
Terapêutica	: relação interpessoal no desenvolvimento de habilidades em resolução de problemas, mediante o processo de enfermagem.
Imagem do enfermeiro	: proporciona a imagem de um profissional orientado para o presente, o aqui e o agora, e para o processo situacional e humanista, cujo interesse é a interação.

FONTE: adaptado do quadro referencial de PITTENGER, O.E. & GOODING, C.T. *Teorias da aprendizagem na prática educacional*. São Paulo, EPU, 1977. p. 200-1.

MELEIS, Afaf I. Nursing theory: an elusive mirage or a mirror of reality. In: MELEIS, A. *Theoretical nursing development & progress*. Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1985. p. 169-194. (Traduzido por Eloita Pereira Neves, UFSC, 1985).

Na elaboração e desenvolvimento do currículo para o inclusão de qualquer estratégia de ensino e aprendizagem, como por exemplo a do *internato*, dois pressupostos básicos que refletem uma postura situacional no currículo, presentes na matriz anteriormente apresentada, são encontrados em GARCIA²⁸ e aqui transcritos:

1º) Para cada situação pedagógica há possivelmente uma melhor forma de organizar e propor a estruturação do processo de ensino-aprendizagem, porque as variáveis que interferem na caracterização da situação pedagógica comportam-se diferentemente no tempo e no espaço.

2º) Toda proposta curricular é tentativa de solução para uma dada situação diagnosticada, em um dado momento.

Assumindo esses pressupostos, pode ser evidenciado um esforço no sentido de prosseguimento da caracterização das variáveis presentes na situação pedagógica, enfatizando-se neste estudo o *internato*, como parte integrante de uma tentativa de solução para a integração teoria/prática e a interação ensino/serviço, como um dos problemas na formação do profissional de enfermagem.

B) Fundamentação legal para o *internato* no currículo

O DECRETO nº 87.497/82⁹² considera o estágio curricular um procedimento didático-pedagógico, envolvendo "*as atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, propiciadas ao estudante pela participação em situações reais de vida e de trabalho de seu meio*", sob responsabilidade e coordenação de instituição de ensino.

A estrutura curricular dos cursos de graduação em enfermagem é orientada pelo PARECER nº 163/72 e pela RESOLUÇÃO nº 4/72.

O estágio como obrigação curricular no curso de graduação em enfermagem é obstetrícia é estabelecido no art. 7º da Resolução anteriormente citada, que refere: "*na modalidade geral de enfermeiro e em todas as habilidades será exigido o estágio supervisionado em hospital ou outros serviços médico-sanitários a critério da instituição...*".

A duração do estágio curricular não poderá ser inferior a um semestre letivo, conforme consta no Decreto acima mencionado.

A carga horária destinada ao estágio supervisionado não poderá ser inferior a 1/3 (um terço) do correspondente à parte ou partes profissionalizante(s).

Na escolha dos campos de estágio, a instituição de ensino deve considerar as condições preconizadas pela legislação específica que trata da matéria. Nos parágrafos 1º e 2º, do art. 1º da LEI nº 6.494/77, encontra-se:

§ 1º O estágio somente poderá verificar-se em unidades que tenham condições de proporcionar experiência prática na linha de formação, devendo o estudante, para esse fim, estar em condições de estagiar, segundo disposto na regulamentação da presente lei.

§ 2º Os estágios devem propiciar a complementação de ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas, calendários escolares, a fim de se constituírem em instrumentos de integração, em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico, cultural, científico e de relacionamento humano.

Na caracterização e definição dos campos para o estágio curricular, na modalidade de *internato*, algumas condições mí-

nimas, que são preconizadas pelo Ministério da Saúde e referidas pelo CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM¹¹¹ do Rio de Janeiro, poderiam sugerir critérios na escolha dos locais para o *internato*:

a) *chefia de Serviço de Enfermagem ocupada por profissional qualificado que preste assistência efetiva ao Serviço, de acordo com o código de Deontologia de Enfermagem (art. 9º - alínea XI) e que contribua para o bom desempenho das atividades docentes e discentes.*

b) *número de clientes, compatível com número de alunos para assegurar oportunidade de aprendizagem e evitar prejuízo para o cliente.*

c) *supervisão permanente de enfermeiro em cada unidade.*

d) *manutenção do funcionário em serviço durante o horário de estágio.*

e) *disponibilidade de material e equipamento que possibilitem o desenvolvimento das ações e procedimentos de enfermagem.*

f) *existência de estrutura organizacional, normas, rotinas escritas e instrumentos de registro.*

g) *expressão tácita da administração sobre a liberdade do professor para desenvolver o processo ensino-aprendizagem e a não utilização do aluno como "mão-de-obra".*

h) *observância dos padrões éticos vigentes pelo pessoal da instituição (Padrões mínimos dos cursos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem).*

Essas condições devem ser observadas tendo em vista que o estágio curricular, efetuado na modalidade de *internato*, representa uma etapa importante na formação do futuro profissional. Nesta fase, ele assume responsabilidades crescentes no processo de promoção, proteção e recuperação da saúde, habilitando-se para o exercício da profissão.

A RESOLUÇÃO 9/83¹⁰⁹, que regulamenta o *internato* dos cursos médicos, transcrita a seguir, apresenta outros critérios que

podem servir de base na organização e implementação do *internato* nos cursos de enfermagem:

Art. 1º O estágio curricular do estudante de medicina (internato) será realizado na mesma instituição em que o curso esteja sendo ministrado ou em outra, por ela designada mediante convênio.

§ 1º O internato deverá ser feito sempre em rodízio pelas quatro grandes áreas da Medicina: Clínica Médica, Cirurgia, Toco-Ginecologia e Pediatria.

§ 2º Quando o internato tiver duração de mais de dois semestres poderá ter o período final dedicado somente a uma das quatro áreas citadas.

§ 3º Não será permitido o internato realizado somente em uma especialidade.

§ 4º Os períodos de férias durante o internato serão eliminados quando a duração for de dois semestres. Quando a duração for maior, as férias serão reduzidas a um mínimo condizente com a necessidade de descanso do estudante.

§ 5º O programa a ser realizado deverá ter a aprovação do colegiado competente da instituição.

Art. 2º O internato poderá ser realizado fora da instituição, mediante convênio, atendidas as seguintes exigências:

a) preferência às instituições de saúde do mesmo distrito ou região geoeducacional, onde estiver localizado o curso de Medicina;

b) existência de pessoal médico capacitado para exercer a função de orientador, a juízo do colegiado superior da instituição responsável pelo ensino;

c) cada orientador poderá ter a seu cuidado até 10 (dez) estudantes;

d) prova final de avaliação do aproveitamento do internato, realizada na instituição responsável pelo ensino.

C) Princípios de ação que devem embasar a estruturação do *internato* no curso de enfermagem da Universidade Federal do Paraná

A modalidade de *internato* deverá ser estruturada com base nos seguintes princípios:

1. Integração teoria/prática, visando propiciar ao estudante condições para vivenciar situações reais da prática profissional.

2. Interação ensino/serviço, possibilitando, aos órgãos formadores e aos de prestação de serviços, uma retroalimentação recíproca: aos serviços de saúde, proporcionando reajuste, mudança ou desenvolvimento e, ao sistema educacional, estimulando um dinâmico intercâmbio entre os objetivos, estratégias e o conteúdo curricular com as características dos serviços.

3. Interação docente-assistencial, mediante participação de enfermeiros docentes e assistenciais nas diversas etapas do processo de ensino e aprendizagem.

4. Concentração das atividades de estágio supervisionado, no último ano do curso de graduação, possibilitando oportunidade de treinamento intensivo e contínuo, sem interferência de outras atividades.

5. Permanência dos corpos docente e discente nos campos de estágio, durante todo o período de *internato*, possibilitando a supervisão e a interação docente-assistencial.

6. Avaliação conjunta, a partir das necessidades, dos problemas detectados, conduzindo ao estabelecimento de novas metas e propiciando uma retroalimentação contínua no processo de ensino-aprendizagem.

7. Identificação progressiva com a comunidade através de diagnóstico permanente dos problemas de saúde e de enfermagem, estruturada dentro de um tempo previsto de aprendizagem orientada.

8. Reflexão contínua mediante discussão sistemática da prática, com apoio teórico, envolvendo os corpos docente, discente e profissionais do campo, em grupos de trabalho, orientados para questões gerais e específicas.

9. Acompanhamento individual a cada *interno*, mediante supervisão de um orientador para cada seis *internos*, no máximo, no sentido de favorecer o crescimento e a autoconfiança.

10. Seqüência de experiências, assegurando o envolvimento do *interno* dentro de um amplo arranjo das funções de administração, assistência, ensino, desenvolvimento profissional e pesquisa.

11. Prática diversificada, por meio de um sistema de rotação integrado, nas quatro áreas básicas da enfermagem: médica, cirúrgica, toco-ginecologia e pediatria, apoiadas por seminários regulares que garantem a integração das mesmas.

12. Harmonia entre as funções através da busca, pelo próprio estudante, do ponto de equilíbrio entre as funções de administração, assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento profissional, nas diversas áreas da enfermagem.

13. Incentivo à investigação mediante a busca de alternativas para a solução de problemas selecionados pelos estudantes, desenvolvendo prioritariamente as capacidades de análise, síntese, avaliação e crítica reflexiva.

D) Sugestões para a implementação do *internato* no currículo do curso de enfermagem da Universidade Federal do Paraná

Para a implementação da modalidade de *internato* no Curso de Graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, propõe-se que sejam realizados os seguintes procedimentos:

1. Sensibilização do corpo docente-administrativo do curso sobre a viabilidade técnica, administrativa e pedagógica do *internato*.

2. Análise da estrutura do currículo vigente, visando à inclusão do *internato*, como modalidade de ensino e aprendizagem, no estágio curricular obrigatório.

3. Redefinição dos marcos conceitual e estrutural no currículo do curso de enfermagem.

4. Definição e caracterização dos campos de estágio curricular obrigatório, sob a modalidade de *internato*.

5. Preparação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, como primeiro campo para teste da modalidade de *internato*, como estágio curricular obrigatório no curso de graduação em enfermagem.

6. Realização de reuniões com as instituições que servirão de campo para o *internato*, objetivando divulgar e discutir a modalidade e seu desenvolvimento.

7. Realização de convênio com as instituições que se oferecem como campo de estágio curricular.

8. Seleção dos professores que participarão como orientadores no *internato*, a partir de critérios estabelecidos pelo Colegiado do Curso.

9. Preparação dos orientadores, mediante seções de estudo e treinamento.

10. Delimitação de estratégias para desenvolvimento e avaliação, junto à primeira turma de estudantes de enfermagem que passarão pela experiência de *internato*.

GLOSSÁRIO*

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL - é a assistência prestada a clientes pelo pessoal da equipe de saúde, em caráter transitório, sem regime de internação. MINISTÉRIO DA SAÚDE¹⁰

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - é a prestação de serviços pela equipe de saúde, a clientes, em regime de internação em estabelecimentos hospitalares, envolvendo ações, métodos e processos de ciências da saúde empregados na promoção, proteção e recuperação da saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE¹⁰

ATITUDES - são processos de interação entre os aspectos cognitivo, afetivo e de ação, resultando na expressão do comportamento. RAMOS⁵⁸

ATIVIDADE - conjunto de operações realizadas de modo contínuo e sistemático, visando alcançar um fim definido e que caracteriza o âmbito de ação do enfermeiro.

ATRIBUIÇÃO - conjunto de atividades específicas que devem ser desempenhadas pelo ocupante de um cargo.

* Os termos que não possuem referência específica, após sua definição, foram conceituados pela autora deste trabalho.

- CARGO** - é a posição instituída na estrutura hierárquica de uma empresa, com denominação própria, atribuições, responsabilidades específicas e estipêndio correspondente, para ser provido e exercido por um titular. MINISTÉRIO DA SAÚDE⁸
- CURRÍCULO** - "*conjunto de experiências vivenciadas pelo aluno, planejado de forma global pelo estabelecimento de ensino, visando à consecução de objetivos educacionais*". MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.⁴
- CURRÍCULO DE ENFERMAGEM** - consiste numa estruturação de processos e objetivos a serem desenvolvidos visando à formação do profissional de enfermagem, mediante experiências compartilhadas entre o futuro profissional, colegas, docentes e profissionais que atuam na área.
- DIRETRIZES** - são linhas de ação e, ou indicações que orientam a elaboração e a implementação do programa de *internato*.
- ENFERMAGEM** - "*é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais*". HORTA³³
- ENFERMEIRO** - é o profissional que possui diploma de conclusão de curso de enfermagem que o habilita a desempenhar atividades técnicas específicas da profissão no campo da saúde; é responsável pela assistência de

enfermagem prestada a indivíduos, famílias e comunidade a nível de promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção e restauração da saúde. Seu exercício profissional é regulado pela Lei nº 2.604, de 1955.⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - é o profissional de enfermagem que desenvolve atividades de enfermagem voltadas para o cliente, família e comunidade.

ESTÁGIO CURRICULAR - é um procedimento didático-pedagógico, envolvendo atividades de aprendizagem cultural, social e desenvolvimento técnico-profissional, supervisionado, propiciado ao estudante pela participação em situações reais de vida e de trabalho e previsto no currículo do curso de graduação.

ESTRATÉGIA DE ENSINO - é um conjunto de métodos, envolvendo técnicas e processos, que caracterizam o *internato* em enfermagem, visando à interação teoria/prática e ensino/serviço mediante o engajamento do estudante em situações educativas de trabalho.

FUNÇÃO - conjunto de atividades, vinculadas entre si, desenvolvidas pelo enfermeiro, de forma sistemática e reiterada em relação à administração, à assistência, ao desenvolvimento profissional, ao ensino e à pesquisa.

FUNÇÃO ADMINISTRAÇÃO - envolve atividades relacionadas ao planejamento, organização, coordenação, direção, controle e avaliação da assistência e de serviços de enfermagem.

FUNÇÃO ASSISTÊNCIA - inclui atividades de complexidade diversa, no cuidado direto de clientes nas instituições de atendimento à saúde, hospitalares ou ambulatoriais, assim como a atenção dirigida a grupos prioritários da população, desempenhadas de modo a assegurar a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação dos assistidos.

FUNÇÃO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL - inclui atividades que desenvolvem e aprimoram o crescimento profissional.

FUNÇÃO ENSINO - envolve atividades destinadas a colaborar com a formação de pessoal de enfermagem, educação em serviço e educação em saúde, para indivíduos, grupos e comunidade, numa relação interpessoal.

FUNÇÃO PESQUISA - abrange atividades de investigação destinadas a identificar necessidades e levantar alternativas de solução, para problemas de saúde e de enfermagem.

HABILIDADES - são padrões de ação que fazem parte do comportamento adaptativo e que, ao serem do domínio de um profissional, possibilitam o desempenho eficiente de suas funções. RAMOS⁵⁸

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - *"hospital de propriedade de universidades públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato, devidamente registrado"*. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA¹¹⁰

INTERNATO - modalidade de estágio curricular, realizado em nível de graduação, mediante a vivência de situações reais numa experiência educativa de trabalho que

envolve a interação teoria/prática e ensino/serviço, sob supervisão de docentes e de enfermeiros do campo de estágio.

PAPEL DO ENFERMEIRO - *"conjunto de funções que lhe são próprias e que caracterizam seu desempenho na equipe de saúde"*.SIMÕES⁷³

TAREFA - ação específica, que deve ser realizada, para cumprir uma determinada atividade num período de tempo estabelecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ATAIDE, Belchior Maia de. *Fundamentação filosófica da educação*. São Paulo, Pioneira, 1975.
- 2 BARROS, Stella Maria F.P. de. Enfermagem social: seu objeto de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. Manaus, 1981. *Anais*. Brasília, ABEn, 1981. p. 152-159.
- 3 BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *O que é educação?* São Paulo, Brasiliense, 1981.
- 4 BRASIL. Ministério da Educação e Cultura - Serviço de Estatística da Educação e Cultura. *I Glossário de termos utilizados na estatística educacional*. 2.ed., Rio de Janeiro, FENAME, 1981.
- 5 _____. Secretaria de Ensino Superior. Programa de integração docente-assistencial - IDA. Brasília, 1981. (Cadernos de ciências da saúde, 3).
- 6 _____. Ministério da Saúde. *Padrões mínimos de assistência de enfermagem à comunidade*. Informe final. Brasília, 1977/1979.
- 7 _____. Divisão Nacional de Organização Sanitária - Setor de Enfermagem. *Modelo geral de enfermagem*. Brasília, Apex, 1977.
- 8 _____. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - Coordenação de Assistência Médica e de Hospitais. *Conceitos e definições em saúde*. Brasília, 1977.
- 9 _____. Serviços básicos de saúde. *7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1980.
- 10 _____. *Terminologia básica em saúde*. Brasília, 1983.
- 11 _____. Ministério do Interior. Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul. I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND), 1972-1974.
- 12 _____. II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), 1975-1979.
- 13 _____. III Plano Nacional de Desenvolvimento (III PND), 1980-1985.

- 14 CALDAS, Nalva Pereira. A enfermagem e a tecnologia apropriada - adequação da prática à realidade brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 35(1):81-94, jan./mar.1982.
- 15 CARVALHO, Anayde Corrêa de. *Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1976:documentário*. Brasília, Folha Carioca, 1976.
- 16 CARVALHO, Vilma de & CASTRO, Ieda Barreira. Reflexões sobre a prática da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 51-9.
- 17 CASTRO, Ieda Barreira. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectiva de mudança. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34. Porto Alegre, 1982. *Anais*. Brasília, ABEn, 1982. p.33-52.
- 18 CEREZO, Libia Victória; JONES, Carolym; GIBBONS, Lillian. El futuro de la enfermería en America Latina. *Educación Médica y Salud*, 13(4):428-38, 1979.
- 19 CHAVES, Mario de Magalhães. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.
- 20 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Esboço do perfil do enfermeiro generalista*. Rio de Janeiro, COFEN/ABEn, s/d. Mimeografado.
- 21 CORADINI, Sonia Regina & BARBIANI, Rosmari. A profissional enfermeira frente às influências da evolução histórica da mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 36(3/4):246-54, jul./dez. 1983.
- 22 DANIEL, Liliana Felcher. *A enfermagem planejada*. 3.ed., São Paulo, EPU, 1981.
- 23 DI LASCIO, Cecília Maria Domenica Sanioto. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectiva de mudança. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34. Porto Alegre, 1982. *Anais*. Brasília, ABEn, 1982. p. 53-60.
- 24 DOCUMENTO. Apoio da enfermagem ao SPT/2000 nas Américas. Mimeografado.
- 25 DOLAN, Josephine A. *Nursing in society: a historical perspective*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1978.
- 26 FARAON, Vani Maria Chikã. O enfermeiro e a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. Manaus, 1978. *Anais*. Brasília, ABEn, 1981. p. 37-41.
- 27 FONSECA, Aloysio de Sales. Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. In: GONÇALVES, Ernesto Lima et alii. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo, Pioneira, 1982. p. 197-9.
- 28 GARCIA, Consuelo de Menezes. *Currículo: concepções contemporâneas e uma orientação*. Datilografado.

- 29 GARCIA, Edília C. Educação e trabalho: o humanismo do nosso tempo. In: BRASIL. Senado Federal, *Projeto Educação*. Brasília, Centro Gráfico Senado Federal. 1979. v.3.
- 30 GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo, Cortez, 1983.
- 31 GLÜCK, Iris. A participação da empresa no processo educacional de nível superior. In: BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Escola Empresa: a qualificação pelo estágio*. Paranã, Executive, 1979. p. 25-35.
- 32 GUTIERREZ, Maria Gaby de et alii. Um currículo de enfermagem: filosofia, marco conceitual, marco estrutural e estratégia de ensino. *Revista Paulista de Enfermagem*, 3(3): 77-81, maio/jan. 1983.
- 33 HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU, 1979.
- 34 JOHNSON, Alton C. & SCHULZ, Rockwell. *Administração de hospitais*. São Paulo, Pioneira, 1979.
- 35 KELLY, Albert Victor. *O currículo: teoria e prática*. São Paulo, Harper & Row do Brasil, 1981.
- 36 KUETHE, James. *O processo ensino-aprendizagem*. 2.ed., Porto Alegre, Globo, 1977.
- 37 LEAL, Jahyr. *Tabelas estatísticas*. Curitiba, Centro de Recursos audiovisuais da UFPR, 1977.
- 38 MAHLER, Haldan. Ação de reforma em enfermagem. *A saúde no mundo*:2-3, dez. 1978.
- 39 MARQUES, Juracy Cunegatto. *Paradigma para a análise do ensino: estudo dos componentes fundamentais de programas em educação*. Porto Alegre, Globo, 1977.
- 40 MELEIS, Afaf I. Nursing theory: an elusive mirage or a mirror of reality. In: MELEIS, A. *Theoretical nursing development & progress*. Philadelphia, J.B. Lippincott Co. 1975. p. 169-94. Tradução, Eloita Pereira Neves, UFSC, 1985.
- 41 MOLINA, Tereza Maria. *História de la enfermería*. 2.ed. Buenos Aires, s/ed., 1973.
- 42 MOULIN, Nelly. Conceito de currículo. *Curriculum*,13(4): 5-16, out./dez. 1974.
- 43 NOGUEIRA, Maria Jacyra de Campos. A pesquisa em enfermagem e sua aplicação na comunidade. *Revista Paulista de Enfermagem*, 4(2): 49-54, abr./jun., 1984.
- 44 OGUISSO, Taka & SCHIMIDT, Maria José. Sistema de prestação de serviços e sua repercussão na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 39-49.

- 45 OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 9-26.
- 46 _____. O enfermeiro e a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. Manaus, 1981. *Anais*. Brasília, ABEn, 1981. p. 19-31.
- 47 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde*, 1978.
- 48 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Guia para investigaciones sobre el desarrollo de la enfermería en America Latina*. Washington, Publicación científica, 285, 1974.
- 49 _____. Seminário sobre enseñanza de la enfermería a nível universitário. *Educación Médica y Salud*, 7(2):220-42, 1973.
- 50 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Enseñanza de enfermería medico-quirúrgica. *Educación Médica y Salud*, 7(1): 93-107, 1973.
- 51 PAIM, Lygia et alii. A importância dos objetivos educacionais no ensino de graduação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 27(1):4-41, jan./mar., 1974.
- 52 PAIM, Rosalda da Cruz Nogueira. *Metodologia científica em enfermagem*. Rio de Janeiro, 1980.
- 53 PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 5.ed. Rio de Janeiro, Julia C. Reis, 1979.
- 54 PITTINGER, Owen E. & GOODING, C. Thomas. *Teorias da aprendizagem na prática educacional: uma integração da teoria psicológica e filosofia educacional*. São Paulo, EPU, 1977.
- 55 PONTES, Clélea de et alii. Formação do pessoal de enfermagem: tendências atuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 22(1/2):7-18, jan./jun., 1970.
- 56 PUCÚ, Arilda de São Sabbas & WINGE, Maria Stella. A enfermagem e a Previdência Social: origem do seguro social e suas premissas básicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32. Brasília, 1980. *Anais*. Brasília, ABEn, 1980. p. 27-31.
- 57 RABELLO, Ophelina. Teoria e prática: dicotomia. In: BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Escola/empresa: a qualificação pelo estágio*. Paranã, Executive, 1979. p. 11-18.
- 58 RAMOS, Corina Lúcia Costa. *Supervisor educacional de recursos humanos: competências básicas para sua formação e desempenho*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paranã.

- 59 RHODUS, Cilei Chaves. Enfermagem. In: BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Avaliação e perspectivas*. Brasília, 1978. p. 5-16.
- 60 RIBEIRO, Circe de Mello. Discurso de posse. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32. Brasília, 1980. *Anais*. Brasília, ABEN, 1980. p. 21-3.
- 61 _____. Discurso de abertura. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. Manaus, 1981. *Anais*. Brasília, ABEN, 1981. p. 15-6.
- 62 _____. Discurso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34. Porto Alegre, 1982. *Anais*. Brasília, ABEN, 1982. p. 16-8.
- 63 _____. A pesquisa e a prática de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. p. 10-26.
- 64 RODRIGUES, Bichat de Almeida. *Fundamentos de administração sanitária*. 2. ed. Brasília, s/ed., 1979.
- 65 SALGADO, João Amilcar. Novos parâmetros de qualidade dos cursos médicos e na área da saúde. *Educación Médica y Salud*, 14(3):275-86, 1980.
- 66 SALUM, Marlene Maria de Carvalho. A visão da comunidade sobre o profissional de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 23(1):75-88, jan./mar., 1979.
- 67 SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo, HUCITEC, 1977. v.1.
- 68 SAVIANI, Dermeval. Subsídios para fundamentação da estrutura curricular da PUC. In: _____. *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. São Paulo, Cortez ed. e autores associados, 1980. p. 65.
- 69 SIEGEN, Sidney. *Estatística paramétrica: para as ciências do comportamento*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1979.
- 70 SILVA, Ana Ligia Cumming; BARROS, Stella Maria Fernandes de; VIEIRA, Therezinha Teixeira. Marco conceitual e estrutural dos currículos de graduação em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEN, 1979. p. 107-14.
- 71 SILVA, Fernando A. Rezende da & MAHAR, Dennis. *Saúde e Previdência Social: uma análise econômica*. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1974.
- 72 SILVA, Mário Antônio Pires da. *Reflexões sobre alguns fatos históricos, políticos e sociais e as suas relações com a formação educacional de enfermeiro*. Mimeografado.

- 73 SIMÕES, Cleamaria. *Glossário de enfermagem*. Brasília, ABEn, 1980.
- 74 SOBREIRA, Nilze Rodrigues. *Enfermagem comunitária*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981.
- 75 SPERB, Dalila C. *Problemas gerais de currículo*. 2. ed., Porto Alegre, Globo, 1972.
- 76 VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. *Filosofia da praxis*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1968.
- 77 VEIT, Laetus Mario. A educação para o trabalho - uma abordagem antropológica. *Educação e Realidade*, 9(3):31-51, set./dez., 1984.
- 78 VIEIRA, Therezinha Teixeira & SILVA, Ana Ligia Cumming. Recursos humanos da área da enfermagem - adequação da formação à utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34. Porto Alegre, 1982. *Anais*. Brasília, ABEn, 1982. p. 61-77.

LEGISLAÇÃO*

- 79 BRASIL. Decreto nº 791 - 27 set. 1890. Cria no Hospício Nacional de Alienados uma Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.
- 80 _____. Decreto nº 3.987 - 2 jan. 1920. Reorganiza os Serviços de Saúde Pública.
- 81 _____. Decreto nº 15.799 - 10 dez. 1922. Aprova o Regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública.
- 82 _____. Decreto Legislativo nº 4.682 - 24 jan. 1923. Cria em cada uma das Empresas de Estradas de Ferro existentes no País, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados.
- 83 _____. Decreto nº 16.300 - 31 de dez. 1923. Aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.
- 84 _____. Decreto nº 20.109 - 15 jun. 1931. Regula o Exercício da Enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das Escolas de Enfermagem e instruções relativas ao processo de exame para revalidação de diplomas.

* As leis e decretos foram retirados do Lex-Legislação Federal e Marginália.

- 85 _____. Decreto nº 21.321 - 18 jun. 1946. Aprova o Estatuto da Universidade do Brasil.
- 86 _____. Decreto nº 27.426 - 14 nov. 1949. Aprova o Regulamento Básico para os Cursos de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem.
- 87 _____. Decreto nº 48.959-A - 19 set. 1960. Aprova o Regulamento Geral da Previdência social.
- 88 _____. Decreto nº 50.387 - 28 mar. 1961. Regula o Exercício da Enfermagem e suas funções auxiliares no território Nacional.
- 89 _____. Decreto nº 72 - 21 nov. 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social.
- 90 _____. Decreto 78.307 - 24 ago. 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências.
- 91 _____. Decreto nº 86.329 - 2 set. 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP.
- 92 _____. Decreto nº 87.497 - 18 ago. 1982. Regulamenta a Lei nº 6.494, de 7 de setembro de 1977, que dispõe sobre o estágio de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de 2º grau regular e supletivo, nos limites que especifica, e dá outras providências.
- 93 _____. Lei nº 5.128 - 31 dez. 1926. Reorganiza o Montepio dos Funcionários Públicos Civis da União.
- 94 _____. Lei nº 452 - 5 jun. 1937. Organiza a Universidade do Brasil.
- 95 _____. Lei nº 775 - 6 ago. 1949. Dispõe sobre o Ensino de Enfermagem no País, e dá outras providências.
- 96 _____. Lei nº 4.604 - 17 set. 1955. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional.
- 97 _____. Lei nº 3.807 - 26 ago. 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social.
- 98 _____. Lei nº 4.024 - 20 dez. 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
- 99 _____. Lei nº 4.214 - 1º ago. 1963. Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural.
- 100 _____. Lei nº 6.036 - 1º maio 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria do Planejamento, sob o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social, e dá outras providências.

- 101 _____. Lei nº 6.118 - 9 out. 1974. Cria o Conselho de Desenvolvimento Social, e dá outras providências.
- 102 _____. Lei nº 6.229 - 17 jun. 1975. Dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde.
- 103 _____. Lei nº 6.439 - 1º set. 1976. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências.
- 104 _____. Lei nº 6.494 - 7 ago. 1977. Dispõe sobre os estágios de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de ensino profissionalizante de 2º grau e supletivo, e dá outras providências.
- 105 CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Parecer nº 271 - 19 out. 1962. Currículo Mínimo dos Cursos de Enfermagem. *Documenta* (10), dez. 1962.
- 106 _____. Parecer nº 837 - 6 dez. 1968. Criação da Licenciatura em Enfermagem. *Documenta* (95), dez. 1968.
- 107 _____. Parecer nº 163 - 28 out. 1972. Currículo Mínimo dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia. *Documenta* (135), fev. 1972.
- 108 _____. Resolução nº 4 - 25 fev. 1972. Currículo Mínimo dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia. *Documenta* (140), jul. 1972.
- 109 _____. Resolução nº 9 - 24 de maio 1983. Regulamenta o Internato dos cursos de medicina. *Documenta* (270), jun. 1983.
- 110 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Portaria nº 111 - 23 mar. 1984. Uniformiza a denominação dos hospitais de ensino. *Diário Oficial*, Brasília, 26 mar. 1984.

INFORMATIVO

- 111 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. *Alerta para os Enfermeiros*. Rio de Janeiro, 1984.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 ACKERMAN, Norma & BAISEL, Suzanne. An Internship in community health nursing. *Nursing Outlook*, 23(6):374-7, jun., 1975.
- 2 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Diretrizes para a enfermagem no Brasil: relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil, 1956-1958*. Brasília, 1980.
- 3 BALDACCI, Evandro et alii. Avaliação de um programa de ensino de pediatria em regime de *internato*. *Pediatria*, 5(2): 73-75, abr., 1983.
- 4 BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Manual de normas e procedimentos - hospitalar*. Brasília, 1982.
- 5 _____. Ministério do Trabalho - Secretaria de Empregos e Salários. *Classificação brasileira de ocupações/CBO*. Brasília, 1982.
- 6 _____. Projeto de Lei nº 3.427/80. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1980.
- 7 _____. Conselho Federal de Enfermagem & Associação Brasileira de Enfermagem. *Enfermagem no PREV-SAÚDE*, Rio de Janeiro, 1980.
- 8 _____. Ministério da Educação e Cultura - Secretaria da Educação Superior. *Manual do internato*, 1984. (Cadernos de ciências da saúde, 7).
- 9 _____. Departamento de Ensino Médio. *O planejamento das estratégias de ensino - considerações básicas*. Brasília, 1977.
- 10 _____. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde - OPAS/OMS. *Padrões de assistência de enfermagem à comunidade*. Brasília, 1977/1979.
- 11 CAMPOS, Francisco Eduardo de & MAGRO FILHO, João Batista. *Internato rural*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 3(1):31-46, jan./abr., 1979.

- 12 CARVALHO, Amália C. de. Campos de estágio para escolas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 14(6):535-9, dez. 1961.
- 13 CHAVES, Mário de Magalhães. *Saúde, uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
- 14 CRISTOFFANINI, Alberto P. El internado en los estudios médicos. *Educación Médica y Salud*, 16(2):134-148, 1982.
- 15 DEAR, Margaret R. et alii. Evaluating a hospital nursing internship. *Journal of Nursing Administration*, 12(11):16-20, Nov., 1982.
- 16 FLEMING, Barbara W.; WOODCOCK, Audrey G.; BOYD, Beverly T. A nurse internship program. *American Journal of nursing*, 75(4):595-9, Apr., 1975.
- 17 GOLDSBERRY, Joan E. From student to professional. *Journal of Nursing Administration*, 7(3):46-9, Nov., 1982.
- 18 GOLUB, Judith C. A nurse-internship program. *Hospitals: Journal of the American Hospital Association*, 45(16):73-8, Aug., 1971.
- 19 HENDRIKX, Hendrika Maria. *Manual de organização e avaliação do serviço de enfermagem*. 4.ed. São Paulo, União Social Camiliana, s/d.
- 20 LEAVELL, Hugh Rodman & CLARK, Edwin Gurney. *Medicina Preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1977.
- 21 LISBOA, Antônio Márcio Junqueira et alii. Internato rotativo integrado com vistas ao estágio em pediatria. *Pediatria*, 6(416):131-136, ago./dez. 1984.
- 22 OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de. *A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente: análise sociométrica multirrelacional*. São Paulo, 1972. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- 23 PARANÁ. Secretaria de Estado do Planejamento. Departamento Estadual de Estatística. *Normas para apresentação tabular e gráfica*. 2.ed. Curitiba, 1983.
- 24 SCHWIRIAN, Patrícia M. Evaluating the performance of nurses: a multidimensional approach. *Nursing Research*, 27(6):347-51, Nov./Dez., 1978.
- 25 SHELAGH, M. Roell. Nurse-intern programs: how they're working. *Journal of Nursing Administration*, 11(10):33-6, Oct. 1981.
- 26 STRAUSER, Carol J. An internship with academic credit. *American Journal of Nursing*, 79:1071-2, Jun., 1979.

- 27 TORRES, Iara Maria Oliveira; OLIVEIRA, Regina Carvalho; SANTOS, Iraci dos. *Internato em enfermagem e nutrição* - uma modalidade de integração docente assistencial. Faculdade de enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Datilografado.
- 28 TREVISAN, Maria Auxiliadora et alii. Atividades administrativas desempenhadas por enfermeiros-chefes. *Revista Paulista de Hospitais*, 28(7):204-10, jul. 1980.
- 29 _____. Acerca da dedicação do enfermeiro-chefe às atividades de assistência direta ao paciente. *Revista Paulista de Hospitais*, 28(8):227-33, ago. 1980.
- 30 UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. Hospital Cajuru. *Regimento da divisão de serviços de enfermagem*. Curitiba, Imprensa Universitária da UCP, 1981.
- 31 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. *Regimento da divisão de enfermagem*. Mimeografado.

A N E X O S

ANEXO 1

QUADROS

QUADRO 1 - NÚMERO DE ENFERMEIROS, POR INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	ENFERMEIROS
Públicas	
1 Hospital de Clínicas da UFPR	65
2 Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social. .	33
3 Inst.Nacional de Assist. Médica e Previdência Social .	32
4 Hospital Geral de Curitiba	24
5 Departamento de Desenv.Social do Município de Curitiba	11
6 Inst. de Prev. e Assist.dos Servidores do Estado . . .	04
7 Inst. de Prev. e Assist.dos Servidores do Mun.de Ctba.	02
8 Sanatório Médico Cirúrgico do Portão	02
9 Hospital Victor do Amaral	02
Total	175
Privadas	
1 Hospital Evangélico de Curitiba.	11
2 Hospital Nossa Senhora das Graças	07
3 Hospital Cajuru da UCP	06
4 Maternidade Nossa Senhora de Fátima.	03
5 Hospital Santa Ana	01
6 Hospital São Carlos	01
7 Hospital de Crianças César Pernetta	01
8 Hospital Erasto Gaertner	01
9 Hospital Central da Polícia Militar	01
10 Hospital Pinel	01
11 Hospital Santa Cruz	01
12 Hospital Pequeno Príncipe	01
13 Hospital Osvaldo Cruz	01
14 Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz	01
15 Hospital Maternidade Modelo	01
16 Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná	01
17 Santa Casa de Misericórdia	01
18 Casa de Saúde São Francisco	01
19 Casa de Saúde São Vicente	01
20 Clínica e Maternidade Nossa Senhora do Rosário	01
21 Maternidade Curitiba	01
22 Maternidade Santa Brígida	01
Total	45
TOTAL	220

QUADRO 2 - NÚMERO DE RESPONDENTES, SORTEADOS, POR INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA E,OU PRIVADA, SEGUNDO TIPO DE SERVIÇO PRESTADO

NÚMERO DE ENFERMEIROS SORTEADOS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	TIPO DE SERVIÇO			TOTAL
	Exclusivam. Ambulatorial	Hospitalar e Ambulat.		
		Hospitais Universitários	Outros ⁽¹⁾	
Públicas				
01 Hospital de Clínicas da UFPR	-	16	-	16
02 Inst.Nac.de Assist.Médica e Previd. Social . .	09	-	-	09
03 Sec.de Estado da Saúde e do Bem Estar Social .	08	-	-	08
04 Hospital Geral de Curitiba	-	-	07	07
05 Deptº de Desenvolv.Social da Pref.de Curitiba.	03	-	-	03
06 Inst.de Prev.e Assist.dos Servid.do Estado . .	02	-	-	02
07 Inst.de Prev.e Assist.dos Servid.do Mun.Ctba..	01	-	-	01
08 Hospital Victor do Amaral	-	-	01	01
09 Sanatório Médico Cirúrgico do Portão	-	-	01	01
Total.	23	16	09	48
Privadas				
01 Hospital Evangélico de Curitiba	-	-	03	03
02 Hospital Cajuru da UCP	-	02	-	02
03 Hospital N.Sra. das Graças	-	-	02	02
04 Maternidade N.Sra. de Fátima	-	-	01	01
05 Hospital Pinel	-	-	01	01
06 Hospital Santa Cruz	-	-	01	01
07 Hospital Erasto Gaertner	-	-	01	01
08 Casa de Saúde São Francisco	-	-	01	01
Total	-	02	10	12
TOTAL	23	18	19	60

¹Outros, abrange hospitais auxiliares de ensino, hospitais-escola e outros hospitais da rede pública ou privada.

ANEXO 2

INSTRUMENTO

Prezado Colega

Este questionário destina-se a coletar dados sobre as atividades desempenhadas pelos enfermeiros atuantes no campo de trabalho de Curitiba.

Tendo em vista a importância da contribuição do enfermeiro, solicitamos o máximo de precisão nas respostas e pedimos que sejam lidas as seguintes instruções:

- a) não há necessidade de identificação;
- b) o questionário deve ser respondido individualmente, *sem consulta prévia ou troca de idéias* com colegas e, ou outros profissionais da área;
- c) cada atividade deve ser respondida apenas *uma vez* em cada coluna *o que faz e o que deveria fazer*;
- d) os dados obtidos estarão disponíveis para as instituições participantes, da mesma forma que o trabalho de pesquisa deles derivado.

O questionário compõe-se de três partes:

Parte I - Caracterização geral.

Parte II - Atividades segundo funções.

Parte III - Espaço aberto para opiniões e sugestões.

Agradecemos, antecipadamente, sua participação e valiosa colaboração.

PARTE I - Caracterização Geral

Assinale com x ou complete as lacunas, conforme a questão.

1. A instituição em que você trabalha é:

() Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social (SESB).

() Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

() Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPE).

() Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Curitiba (IPMC).

() Departamento de Desenvolvimento Social do Município de Curitiba (DDS).

() Hospital.

() Outra (especifique): _____

2. A instituição pertence à rede:

() pública.

() privada.

() mista.

3. Idade do respondente: ____ anos. 4. Ano de formatura: ____

5. Nome da escola/curso em que se formou: _____

6. Cursos após a graduação:

Tipo	Área de formação	Instituição	Duração
Mestrado			
Especialização			
Habilitação			
Licenciatura			
Outros			

7. Indique há quanto tempo trabalha como enfermeiro: ____ anos e, ou ____ meses.
8. Indique os cargos que ocupa atualmente:
- () enfermeiro;
 - () enfermeiro chefe de unidade.
 - () supervisor do serviço de enfermagem.
 - () diretor e, ou chefe do serviço de enfermagem.
 - () outro (especifique): _____
9. Indique o primeiro cargo ocupado no exercício da profissão:
- () enfermeiro;
 - () enfermeiro chefe de unidade;
 - () supervisor do serviço de enfermagem;
 - () diretor e, ou chefe do serviço de enfermagem;
 - () outro (especifique): _____
10. Indique as entidades de classe das quais você é associado e, ou inscrito:
- () Associação Brasileira de Enfermagem.
 - () Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado do Paraná.
 - () Associação Brasileira de Educação em Enfermagem.

INSTRUÇÃO GERAL PARA O PREENCHIMENTO DESTE QUESTIONÁRIO

Localize na coluna a seguir o título *o que faz*. Sob esse título, você encontra 4 (quatro) colunas com as indicações: S (sempre), F (freqüentemente), O (ocasionalmente) e N (nunca). Conforme a atividade que você realiza, assinale a coluna adequada com x, após ler as instruções abaixo:

S - *sempre*: para aquelas atividades que *sempre* são realizadas por você.

F - *freqüentemente*: para aquelas atividades que são realizadas por você, mas que, em alguns casos, são executadas por outros elementos.

O - *ocasionalmente*: para aquelas atividades que são geralmente executadas por outros elementos, mas que, em algumas circunstâncias, são executadas por você.

N - *nunca*: para aquelas atividades que *nunca* são executadas por você.

Localize o título *o que deveria fazer*. Sob esse título, você encontra 4 (quatro) colunas com as indicações: S (sempre), F (freqüentemente), O (ocasionalmente) e N (nunca). Conforme sua opinião quanto ao que deveria ser atividade do enfermeiro, assinale a coluna adequada com x, após ler as instruções abaixo:

S - *sempre*: para aquelas atividades que deveriam ser *exclusivas* do enfermeiro.

- F - *frequentemente*: para aquelas atividades que deveriam ser desempenhadas *preferencialmente* pelo enfermeiro.
- O - *ocasionalmente*: para aquelas atividades que poderiam ser desempenhadas *indiferentemente*, tanto pelo enfermeiro quanto por outro elemento.
- N - *nunca*: para aquelas atividades que *não* deveriam ser desempenhadas pelo enfermeiro.

PARTE II - ATIVIDADES SEGUNDO FUNÇÕES

A - FUNÇÃO ADMINISTRAÇÃO: Atividades relacionadas ao planejamento, organização, coordenação, direção, controle e avaliação de serviços e da assistência de enfermagem.

O QUE FAZ				ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N
				1. Participa diretamente da admissão do cliente.				
				2. Orienta o cliente e família sobre o regulamento, normas e rotinas do serviço.				
				3. Elabora o histórico de enfermagem.				
				4. Realiza o exame físico.				
				5. Identifica as necessidades do cliente, suas prioridades a serem atendidas e o nível de complexidade da assistência.				
				6. Elabora o plano de assistência de enfermagem.				
				7. Elabora o plano de cuidados a ser executado pela equipe de enfermagem.				
				8. Orienta e supervisiona a execução do plano de cuidados de enfermagem.				
				9. Verifica a execução das atividades de enfermagem.				
				10. Avalia a qualidade da assistência prestada.				
				11. Acompanha a evolução do cliente.				
				12. Elabora mapa de dietas.				
				13. Orienta e supervisiona a alimentação por via natural e,ou artificial.				
				14. Apraza vacinas, consultas, exames e tratamentos.				
				15. Orienta o cliente e,ou família sobre vacinas, exames e tratamentos a serem realizados				
				16. Elabora plano de preparo do cliente para exames e tratamentos.				
				17. Providencia colheita e encaminhamento de material para exames.				
				18. Providencia o encaminhamento do cliente para exames e tratamentos aos diversos serviços.				
				19. Controla o comparecimento de clientes para exames e tratamentos especializados (quimioterapia, hemodiálise...).				
				20. Registra vacinas, exames e tratamentos realizados.				
				21. Faz anotações no prontuário do cliente e no livro de ocorrências e,ou de registro.				
				22. Orienta e supervisiona o registro das atividades de enfermagem realizadas.				
				23. Elabora relatório mensal das atividades realizadas.				
				24. Elabora relatório anual das atividades realizadas.				
				25. Mantém atualizada relação de clientes.				
				26. Verifica o programa de cirurgias e elabora o plano de preparo pré-operatório do cliente.				
				27. Orienta e supervisiona o preparo da unidade para receber o cliente operado.				
				28. Recebe o cliente operado e elabora o plano de cuidados pós-operatórios.				
				29. Visita diariamente o cliente para inteirar-se de suas necessidades.				
				30. Serve de elemento de ligação entre o cliente e a equipe de saúde.				
				31. Informa e orienta a família do cliente.				
				32. Providencia a transferência e,ou a alta do cliente.				
				33. Orienta o cliente e,ou a família, por ocasião da alta, sobre a continuidade do tratamento e,ou de retorno.				
				34. Encaminha o cliente a outros serviços, com as devidas informações.				

S = Sempre
 F = Frequentemente
 O = Ocasionalmente
 N = Nunca

O QUE FAZ		ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F		O	N		
		35. Providencia a comunicação de óbito à família, o preparo, a identificação e o encaminhamento do corpo.				
		36. Estuda e prevê necessidade de pessoal de enfermagem.				
		37. Participa do processo de recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem.				
		38. Orienta os recém-admitidos na sua integração ao serviço.				
		39. Distribui quantitativa e qualitativamente o pessoal de enfermagem.				
		40. Interpreta e faz cumprir normas, portarias e regulamentos.				
		41. Preside à passagem de plantão.				
		42. Controla a frequência e a pontualidade do pessoal de enfermagem.				
		43. Supervisiona o uso dos uniformes, a aparência e a apresentação pessoal.				
		44. Observa a atitude do pessoal em serviço.				
		45. Elabora escala de atividades diárias/semanais.				
		46. Elabora escala mensal de trabalho.				
		47. Elabora escala anual de férias.				
		48. Coordena a equipe de enfermagem.				
		49. Supervisiona a aplicação das medidas de segurança no trabalho.				
		50. Promove reuniões periódicas com o pessoal da equipe de enfermagem.				
		51. Avalia periodicamente o pessoal da equipe de enfermagem.				
		52. Acompanha o médico na visita ao cliente, transmitindo e recebendo informações.				
		53. Compatibiliza as atividades de profissionais e de outros técnicos que atuam na unidade.				
		54. Estabelece entrosamento da unidade com outros serviços.				
		55. Participa do processo de vigilância epidemiológica.				
		56. Identifica grupos de alto risco, assegurando-lhes atenção prioritária.				
		57. Participa do planejamento dos programas de saúde.				
		58. Participa da execução de programas de saúde.				
		59. Participa da avaliação de programas de saúde.				
		60. Chefia divisão e/ou serviço de enfermagem.				
		61. Planeja, organiza e avalia serviços de enfermagem.				
		62. Planeja, organiza e avalia unidades de enfermagem.				
		63. Chefia unidades de enfermagem (de internação, de ambulatórios...).				
		64. Supervisiona as condições de higiene ambiental da unidade.				
		65. Orienta e supervisiona o preparo do ambiente, de materiais e equipamentos ¹ para exames e tratamentos especializados.				
		66. Testa o funcionamento dos aparelhos.				
		67. Controla a disciplina, a ordem e a segurança dos recintos de trabalho.				
		68. Delibera sobre as condições dos quartos e enfermarias para receber novas admissões.				
		69. Delibera sobre a distribuição dos clientes nos quartos e leitos das enfermarias.				
		70. Opina sobre projetos de ampliação, reforma e implantação de serviços novos e respectivos regimentos.				

S = Sempre
F = Frequentemente
O = Ocasionalmente
N = Nunca

¹Equipamentos: Por equipamentos, entende-se qualquer manufatura produzida com a finalidade de auxiliar o diagnóstico, o tratamento e a recuperação do cliente. Inclui instrumentos e aparelhos.

O QUE FAZ				ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N
				71. Prevê e requisita materiais e equipamentos.				
				72. Recebe, confere e distribui materiais e equipamentos.				
				73. Determina os tipos de controle de materiais, equipamentos e medicamentos.				
				74. Supervisiona a conservação e o uso adequado do material.				
				75. Providencia manutenção, conserto e reposição de materiais e equipamentos.				
				76. Orienta e supervisiona o preparo e esterilização de material.				
				77. Orienta e supervisiona o uso dos aparelhos para esterilização de material.				
				78. Opina e emite parecer técnico na aquisição de material e equipamentos.				
				79. Requisita roupas à lavanderia.				
				80. Providencia conserto e reposição de roupa.				
				81. Supervisiona a utilização e o controle de roupa da unidade.				
				82. Prevê e requisita medicamentos e soluções.				
				83. Recebe e confere medicamentos e soluções.				
				84. Providencia medicamentos em falta.				
				85. Orienta sobre a conservação de vacinas, soros e medicamentos.				
				86. Requisita e recebe entorpecentes e psicotrópicos.				
				87. Guarda e controla o uso de entorpecentes e psicotrópicos.				
				88. Elabora mapa de controle de entorpecentes e psicotrópicos.				
				Outras ²				

B - FUNÇÃO ASSISTÊNCIA: Atividades de complexidade diversa, no cuidado direto de clientes em unidades hospitalares e, ou ambulatoriais e a atenção dirigida a grupos prioritários da população desempenhadas de modo a assegurar a promoção, a proteção, a recuperação da saúde a reabilitação dos assistidos.

O QUE FAZ				ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N
				89. Executa cuidados de higiene e conforto a clientes graves.				
				90. Faz imobilizações especiais.				
				91. Faz curativos cirúrgicos.				
				92. Faz curativos especiais.				
				93. Ministra medicamentos.				
				94. Instala e controla soro endovenoso.				

S = Sempre
F = Frequentemente
O = Ocasionalmente
N = Nunca

²Outras: Relacione aqui as atividades pertinentes a esta função que você esteja desenvolvendo, que não constem desta listagem e assinale conforme instrução geral para o preenchimento deste questionário.

O QUE FAZ				ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N
				95. Instala e controla sangue e derivados.				
				96. Prepara soluções, instala e controla nutrição parenteral.				
				97. Faz instilações (vesical, por colostomia...).				
				98. Executa técnica de cateterismo vesical.				
				99. Executa técnica de sondagem nasogástrica.				
				100. Faz lavagem intestinal, de estômago ...				
				101. Aplica oxigenioterapia.				
				102. Faz aspiração de secreções em traqueostomizados, das vias aéreas superiores.				
				103. Executa técnica de drenagem de secreção brônquica.				
				104. Troca cânula interna de traqueostomia.				
				105. Troca cânula externa de traqueostomia.				
				106. Instala respiradores artificiais.				
				107. Instala pressão venosa central.				
				108. Controla pressão venosa central.				
				109. Controla o balanço hídrico.				
				110. Aplica diálise peritoneal.				
				111. Instala hemodiálise.				
				112. Monitoriza o cliente.				
				113. Controla o funcionamento de aparelhos no cliente grave.				
				114. Executa o plano de cuidados de enfermagem para o cliente grave e no pós-operatório imediato.				
				115. Colhe material para exames auxiliares de diagnóstico.				
				116. Prepara o cliente para exames e tratamentos.				
				117. Auxilia o médico na execução de procedimentos específicos.				
				118. Aplica vacinas e soros específicos (anti-rábico...).				
				119. Participa de programas de imunização de massa.				
				120. Faz triagem de clientes.				
				121. Realiza consulta de enfermagem e prescreve os cuidados requeridos.				
				122. Prescreve medicamentos estabelecidos em rotina aprovada pela instituição de saúde.				
				123. Faz orientação pós-consulta médica.				
				124. Realiza visita domiciliar.				
				125. Participa de programas de atendimento às populações em situações de emergência e calamidade pública.				
				126. Presta os primeiros socorros.				
				127. Assiste os familiares do cliente grave e, ou por ocasião de óbito.				
				128. Ministra medicamentos e tratamentos em situações de emergência.				
				Outras:				

S = Sempre
F = Frequentemente
O = Ocasionalmente
N = Nunca

C - FUNÇÃO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL: Atividades que desenvolvem e aprimoram o crescimento profissional.

O QUE FAZ				ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N
				129. Participa de reuniões clínicas.				
				130. Participa de reuniões com a equipe de saúde.				
				131. Participa de grupos de estudo.				
				132. Participa de cursos de atualização.				
				133. Realiza estágios de aperfeiçoamento e, ou de reciclagem em centros/serviços especializados.				
				134. Realiza trabalhos em cooperação com outros profissionais.				
				135. Elabora projetos de estudo e, ou de pesquisa.				
				136. Participa de pesquisas no campo da saúde.				
				137. Participa de pesquisas aplicadas à enfermagem.				
				138. Ministra cursos e conferências, como convidado.				
				139. Participa de congresso, conferências e simpósios.				
				140. Apresenta trabalhos em congressos, simpósios.				
				141. Participa das reuniões das entidades de classe.				
				142. Colabora no preparo e na redação de relatórios e planos de trabalho.				
				143. Elabora boletins e informes técnicos para divulgação.				
				144. Elabora normas, instruções e rotinas específicas.				
				145. Revisa, aprimora e introduz novas técnicas e procedimentos.				
				146. Presta assessoria em assuntos de enfermagem.				
				147. Emite parecer em assuntos de enfermagem.				
				148. Realiza auditoria em enfermagem.				
				149. Participa na composição de comissão julgadora para exames em disciplinas específicas de enfermagem, na seleção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.				
				Outras:				

D - FUNÇÃO ENSINO: Atividades destinadas a colaborar com a formação de pessoal de enfermagem, educação em serviço e educação em saúde para indivíduos, grupos e comunidade.

O QUE FAZ				ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N
				150. Mantém entrosamento com docentes que utilizam a unidade como campo de estágio.				
				151. Participa do planejamento e programação de atividades de estágio para estudantes de enfermagem.				
				152. Participa da orientação, supervisão e avaliação de estudantes de enfermagem.				
				153. Orienta, supervisiona e avalia estudantes de enfermagem no campo de estágio.				
				154. Ministra aulas para estudantes de enfermagem.				
				155. Orienta trabalhos acadêmicos de estudantes de enfermagem.				

S = Sempre
 F = Frequentemente
 O = Ocasionalmente
 N = Nunca

O QUE FAZ				ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N
				156. Participa da orientação, supervisão e avaliação do estágio de profissionais de enfermagem.				
				157. Elabora programas de educação permanente para o pessoal de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas e as prioridades do sistema.				
				158. Desenvolve e avalia programas de educação permanente para o pessoal de enfermagem.				
				159. Elabora programas de educação sanitária para o cliente, família e,ou comunidade.				
				160. Desenvolve e avalia programas de educação sanitária para o cliente, família e,ou comunidade.				
				161. Elabora programas educativos para grupos da comunidade (escolares, gestantes, crianças...).				
				162. Desenvolve e avalia programas educativos para grupos da comunidade.				
				163. Orienta sobre medidas destinadas à prevenção de doenças, de acidentes e saneamento básico.				
				Outras:				

E - FUNÇÃO PESQUISA: Atividades de investigação destinadas a identificar necessidades e levantar alternativas de solução para problemas da saúde e de enfermagem, utilizando metodologia científica.

O QUE FAZ				ATIVIDADES	O QUE DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N
				164. Participa da identificação de problemas e necessidades de saúde da população.				
				165. Levanta problemas de enfermagem.				
				166. Seleciona prioridades que exijam investigação.				
				167. Formula hipóteses e,ou questões de estudo.				
				168. Levanta literatura pertinente.				
				169. Seleciona procedimentos.				
				170. Participa da elaboração de instrumentos para coleta de dados.				
				171. Elabora instrumentos para coleta de dados.				
				172. Fornece informações e,ou dados estatísticos.				
				173. Realiza coleta de dados.				
				174. Organiza os dados coletados.				
				175. Realiza análise de dados coletados.				
				176. Interpreta os dados coletados.				
				177. Indica alternativas para solução do problema.				
				178. Divulga os resultados do estudo e,ou da investigação.				
				179. Elabora planos e,ou programas de ação.				
				180. Acompanha e avalia os resultados.				
				Outras:				

S = Sempre
F = Frequentemente
O = Ocasionalmente
N = Nunca

PARTE III - Espaço Aberto para Opiniões e Sugestões

1. Na sua opinião, o Curso de Enfermagem capacitou-o *plenamente* para o desempenho das atividades relacionadas neste questionário?

() Sim

() Não

Se a sua resposta foi *sim*, quais os aspectos do curso que você poderia ressaltar como mais significativos?

Se a sua resposta foi *não*, que sugestões você daria para aprimorar o curso, de maneira a capacitar o estudante de enfermagem, antes de ingressar no campo de trabalho?

2. Sendo o *internato* uma estratégia curricular a nível de graduação, em regime de tempo integral, destinada à aplicação prática dos conhecimentos obtidos durante o curso, qual a sua opinião sobre a inclusão de um período de *internato*, como culminância do preparo prático do enfermeiro?

ANEXO 3

PLANILHAS

PARTE II - ATIVIDADES SEGUNDO FUNÇÕES

Função: _____

Respostas dos Questionários do Grupo: _____

ITEM	NÚMERO DOS QUESTIONÁRIOS								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX ...
	FD	FD	FD	FD	FD	FD	FD	FD	FD
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									

...

= Faz
 = Deveria fazer

Planilha A

PARTE II - ATIVIDADES SEGUNDO FUNÇÕES

Função: _____

Tabela de Frequência de Quatro Casas para Representar o Primeiro e o Segundo Grupo de Respostas dos Mesmos Indivíduos.

GRUPO I

GRUPO II

GRUPO III

1 - Participa diretamente da admissão do cliente.

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F	a	b
O + N	c	d

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F	a	b
O + N	c	d

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F	a	b
O + N	c	d

2 - Orienta o cliente e família sobre o regulamento, normas e rotinas do serviço.

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F		
O + N		

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F		
O + N		

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F		
O + N		

3 - Elaborar o histórico de enfermagem.

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F		
O + N		

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F		
O + N		

Faz	Deveria Fazer	
	S + F	O + N
S + F		
O + N		

.....

PARTE II - ATIVIDADES SEGUNDO FUNÇÕES

Função: _____

Frequências Absolutas das Respostas do Grupo: _____

FAZ				ATIVIDADES	DEVERIA FAZER			
S	F	O	N		S	F	O	N

S = Sempre
 F = Frequentemente
 O = Ocasionalmente
 N = Nunca

Planilha C

ANEXO 4

REFERENCIAL TÉCNICO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PARA APLICAÇÃO DA PROVA DE MCNEMAR

A aplicação da prova de McNemar, para a significância de mudanças, segue vários passos, que são descritos a seguir:

Passo I - Enquadrar as frequências das respostas em uma tabela de quatro casas na forma ilustrada na Planilha B₂. Anexo II.

Passo II - Determinar as frequências esperadas (E), nas casas b e c.

Passo III - Frequências esperadas inferiores a 5.

Se a frequência esperada é muito pequena, isto é, $\frac{1}{2}(b+c)$ for menor que 5, emprega-se a prova binominal, em substituição à prova de McNemar.

Para a prova binominal, $N=b+c$, e $X=b$ ou c , a menor das duas frequências observadas. Verifica-se a probabilidade na Tábua D e multiplica-se o valor obtido por dois. Multiplica-se por dois o valor indicado na Tábua D porque a mesma fornece valores unilaterais e, neste estudo, trabalha-se com uma prova bilateral.

Passo IV - Frequência esperada igual ou superior a 5.

Se a frequência esperada é igual ou superior a 5, isto é, $\frac{1}{2}(b+c) \geq 5$, emprega-se a prova de McNemar. Nesta prova, calcula-se o valor de X^2 , com o emprego da fórmula:

$$X^2 = \frac{(b - c - 1)^2}{b + c} \text{ com } g1 = 1.$$

Mediante referência à Tábua C, localiza-se χ^2 calculado e, a seguir, toma-se o valor imediatamente inferior e verifica-se o correspondente de p .

Quando o valor de p , exibido pela Tábua C para o valor observado de χ^2 com grau de liberdade (gl)=1, for igual ou superior a 0,05, aceita-se H_0 .

Quando o valor de p , exibido pela Tábua C para o valor observado de χ^2 com gl = 1, for inferior a 0,05, rejeita-se H_0 em favor de H_1 .

Tábua C. Valores Críticos de Qui-Quadrado*

		Probabilidade, sob H_0 , de $\chi^2 \geq$ qui-quadrado													
gl	0,99	0,98	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001	
1	0,00016	0,00063	0,0039	0,016	0,064	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	5,41	6,64	10,83	
2	0,02	0,04	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	7,82	9,21	13,82	
3	0,12	0,18	0,35	0,58	1,00	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	9,84	11,34	16,27	
4	0,30	0,43	0,71	1,05	1,65	2,20	3,36	4,88	5,98	7,78	9,49	11,67	13,28	18,46	
5	0,55	0,75	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	13,39	15,09	20,52	
6	0,87	1,13	1,64	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	15,03	16,81	22,46	
7	1,24	1,56	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	16,62	18,48	24,32	
8	1,65	2,03	2,73	3,49	4,59	5,53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	18,17	20,09	26,12	
9	2,09	2,53	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	19,68	21,67	27,88	
10	2,56	3,06	3,94	4,80	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	21,16	23,21	29,59	
11	3,05	3,61	4,58	5,58	6,99	8,15	10,34	12,90	14,63	17,28	19,69	22,62	24,72	31,26	
12	3,57	4,18	5,23	6,30	7,81	9,03	11,34	14,01	15,81	18,55	21,03	24,05	26,22	32,91	
13	4,11	4,76	5,89	7,04	8,63	9,93	12,34	15,12	16,98	19,81	22,36	25,47	27,69	34,53	
14	4,66	5,37	6,57	7,79	9,47	10,82	13,34	16,22	18,15	21,06	23,68	26,87	29,14	36,12	
15	5,23	5,98	7,26	8,55	10,31	11,72	14,34	17,32	19,31	22,31	25,00	28,26	30,58	37,70	
16	5,81	6,61	7,90	9,31	11,15	12,62	15,34	18,42	20,46	23,54	26,30	29,63	32,00	39,29	
17	6,41	7,26	8,67	10,08	12,00	13,53	16,34	19,51	21,62	24,77	27,59	31,00	33,41	40,75	
18	7,02	7,91	9,39	10,86	12,86	14,44	17,34	20,60	22,76	25,99	28,87	32,35	34,80	42,31	
19	7,63	8,57	10,12	11,65	13,72	15,35	18,34	21,69	23,90	27,20	30,14	33,69	36,19	43,82	
20	8,26	9,24	10,85	12,44	14,58	16,27	19,34	22,78	25,04	28,41	31,41	35,02	37,57	45,32	
21	8,90	9,92	11,59	13,24	15,44	17,18	20,34	23,86	26,17	29,62	32,67	36,34	38,93	46,80	
22	9,54	10,50	12,34	14,04	16,31	18,10	21,24	24,94	27,30	30,81	33,92	37,66	40,29	48,27	
23	10,20	11,29	13,09	14,85	17,19	19,02	22,34	26,02	28,43	32,01	35,17	38,97	41,64	49,73	
24	10,86	11,99	13,85	15,66	18,06	19,94	23,34	27,10	29,55	33,20	36,42	40,27	42,98	51,18	
25	11,52	12,70	14,61	16,47	18,94	20,87	24,34	28,17	30,68	34,38	37,65	41,57	44,31	52,62	
26	12,20	13,41	15,38	17,29	19,82	21,79	25,34	29,25	31,80	35,56	38,88	42,86	45,64	54,05	
27	12,88	14,12	16,15	18,11	20,70	22,72	26,34	30,32	32,91	36,74	40,11	44,14	46,96	55,48	
28	13,50	14,85	16,93	18,94	21,59	23,65	27,34	31,39	34,03	37,92	41,34	45,42	48,28	56,89	
29	14,26	15,57	17,71	19,77	22,48	24,58	28,34	32,46	35,14	39,09	42,56	46,69	49,59	58,30	
30	14,95	16,31	18,49	20,60	23,36	25,51	29,34	33,53	36,25	40,26	43,77	47,96	50,89	59,70	

* A presente Tábua C é um resumo da Tábua IV de Fisher e Yates: *Statistical Tables for biological, agricultural and medical research*, publicada por Oliver and Boyd Ltd., Edinburgh, com permissão dos autores e dos editores.

Tábua D. Probabilidades Associadas a Valores tão Pequenos Quanto os Valores Observados de x na Prova Binomial*

O corpo da tábua dá as probabilidades unilaterais, sob H_0 , da prova binomial, quando $P = Q = \frac{1}{2}$. Omitiram-se as vírgulas decimais nos p 's.

N	x															
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
5	031	188	500	812	969	†										
6	016	109	314	656	891	984	†									
7	008	062	227	500	773	938	992	†								
8	004	035	145	363	637	855	965	996	†							
9	002	020	090	254	500	746	910	980	998	†						
10	001	011	055	172	377	623	828	945	989	999	†					
11		006	033	113	274	500	726	887	967	994	†	†				
12		003	019	073	194	387	613	806	927	981	997	†	†			
13		002	011	046	133	291	500	709	867	954	989	998	†	†		
14		001	006	029	090	212	395	605	788	910	971	994	999	†	†	
15			004	018	059	151	304	500	696	849	941	982	996	†	†	†
16			002	011	038	105	227	402	598	773	895	962	989	998	†	†
17			001	006	025	072	166	315	500	685	834	928	975	994	999	†
18			001	004	015	048	119	210	407	593	760	881	952	985	996	999
19				002	010	032	084	180	324	500	676	820	916	968	990	998
20				001	006	021	058	132	252	412	588	748	868	942	979	994
21			001	004	013	039	095	192	332	500	668	808	905	961	987	
22				002	008	026	067	143	262	416	584	738	857	933	974	
23				001	005	017	047	105	202	339	500	661	798	895	953	
24				001	003	011	032	076	154	271	419	581	729	846	924	
25				002	007	022	054	115	212	345	500	655	788	885		

* Adaptado da Table IV, B, de Walker, Helen, and Lev, J. 1953. *Statistical inference*. New York: Holt, p. 458, com permissão dos autores e do editor.

† 1,0 ou aproximadamente 1,0.

FONTE: SIEGEL, Sidney. *Estatística não-paramétrica*: para as ciências do comportamento. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil Ltda., 1979.

ANEXO 5

TABELAS

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO

FUNÇÕES	Número de Atividades	O QUE FAZ							
		Sempre		Frequente- mente		Ocasional- mente		Nunca	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Administração	88	1.921	18	1.079	10	920	8	1.360	13
Assistência	40	192	1,7	414	3,8	605	6	1.189	11
Desenv.Profissional	21	221	2	260	2,5	364	3	415	4
Ensino	14	129	1,2	135	1,3	222	2	354	3
Pesquisa	17	152	1,3	213	2,0	291	3	364	3
TOTAL	180	2.615	24	2.101	20	2.402	22	3.682	34

FONTE: coleta de dados.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS ATIVIDADES QUE DEVERIAM SER REALIZADAS PELO

ENFERMEIRO

FUNÇÕES	Número de Atividades	O QUE DEVERIA FAZER							
		Sempre		Freqüente- mente		Ocasional- mente		Nunca	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Administração . . .	88	3.159	29	1.268	12	666	6	187	1,7
Assistência	40	751	7	835	8	724	7	90	0,8
Desenv.Profissional	21	842	8	344	3	67	0,6	7	0,06
Ensino	14	521	5	240	2	66	0,6	13	0,12
Pesquisa	17	653	6	278	2	88	0,8	1	0,009
TOTAL	180	5.926	55	2.965	27	1.611	15	298	3

FONTE: coleta de dados.