

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ELISIANE GOMES BONFIM

**A temática da violência na formação da enfermagem: racionalidades
hegemônicas e o ensino na graduação**

**Porto Alegre
2015**

ELISIANE GOMES BONFIM

**A temática da violência na formação da enfermagem: racionalidades
hegemônicas e o ensino na graduação**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Júlia
Marques Lopes

**Porto Alegre
2015**

CIP - Catalogação na Publicação

Bonfim, Elisiane Gomes

A temática da violência na formação da enfermagem:
racionalidades hegemônicas e o ensino na graduação /
Elisiane Gomes Bonfim. -- 2015.

141 f.

Orientadora: Marta Júlia Marques Lopes.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Violência doméstica. 2. Violência contra a
mulher. 3. Bacharelado em enfermagem. 4. Educação em
enfermagem. I. Lopes, Marta Júlia Marques, orient.
II. Título.

ELISIANE GOMES BONFIM

A Temática da Violência na Formação da Enfermagem - Racionalidades Hegemônicas e o Ensino na Graduação

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

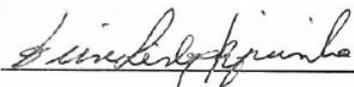
Aprovada em Porto Alegre, 14 de dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA



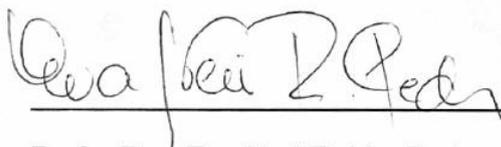
Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho

Membro – PPGENF/UFRGS



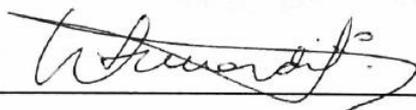
Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal

Membro – PPGENF/UNISINOS



Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

Membro – PPGENF/FURG

Dedico este trabalho a pessoas muito especiais:

Maria do Carmo, Telmo e Elisandro, minhamãe, meu pai e meu irmão – por seus esforços e pela colaboração durante toda a minha formação, sem vocês não seria possível.

Ao ***Gustavo***, marido, companheiro de todas as horas, que soube compreender as minhas ausências, apoio constante.

Meus filhos, ***Davi e Helena***, motivação para buscar sempre o melhor.

AGRADECIMENTOS

Concluir um projeto de doutorado implica uma longa jornada, difícil de percorrer sem o apoio de uma rede de pessoas e de instituições a quem quero registrar meus sinceros agradecimentos.

No plano institucional, quero agradecer ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por ter acolhido e apoiado o meu projeto e pelas excelentes condições de aprendizado que me propiciou para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às coordenações dos Cursos de Enfermagem das Universidades participantes agradeço a disponibilidade para colaborarem nas informações e nos contatos para operacionalizar a pesquisa.

Às docentes que entrevistei, pela paciência e pelo tempo disponibilizado para as entrevistas, partilhando suas experiências docentes na abordagem da temática da violência.

À minha orientadora, Professora Doutora Marta Julia Marques Lopes, a quem devo inúmeros agradecimentos. Em primeiro lugar, pela sua orientação sempre sábia e generosa em relação às dúvidas que surgiram ao longo da pesquisa. Também pela exigência desafiadora com que me orientou, levando-me sempre a procurar ir mais além, no sentido da clareza, do rigor metodológico e, sobretudo, por ser um exemplo de profissional ética, comprometida com a saúde coletiva, com o serviço público e com a aprendizagem dos alunos sob a sua orientação. Em segundo lugar, pela compreensão aos problemas pessoais que tive de enfrentar durante esses anos de doutoramento. Em terceiro lugar, quero expressar-lhe a minha gratidão por todas as oportunidades de aprendizagem e de trabalho que tem me proporcionado, tanto em outros projetos de pesquisa, na vivência junto ao GESC, nas reuniões do grupo, na docência, no gerenciamento de projetos e de prestação de contas, que em muito enriqueceram minha formação.

Aos membros do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), em particular à Professora Tatiana EngelGerhardtte à Professora Maria Alice Dias da Silva Lima, quero agradecer os ensinamentos e a discussão de ideias que em muito me ajudaram a percorrer este caminho. À JoannieFachinelliSoares quero ainda manifestar a minha profunda gratidão pela sua amizade e pelo apoio que me deu ao longo dessa trajetória. Quero agradecer exemplo de persistência e excelência e a

cumplicidade e paciência de quem compreende as agruras de uma tese, bem como a troca de ideias e conhecimentos.

À Sandra Leal e a Marta Cocco, já mais experientes nestas andanças, por constituírem outros exemplos de excelência e pela sua generosidade e pelos conselhos sábios, bem como pelas conversas sempre tão estimulantes.

Às colegas professoras do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí pelo constante incentivo e pelo apoio.

Ao Gustavo, companheiro de sempre, pelo amor e pela alegria com que preenche a minha vida; pela paciência e pela força com que me ampara e não me deixa vacilar; pela compreensão nos momentos de ausência geográfica, física e emocional ao longo dessa caminhada e por compartilhar tão bem os cuidados com nossos filhos, Davi e Helena, o que me proporcionou tranquilidade para enfrentar a jornada.

Aos meus filhos, Davi e Helena, que foram nascendo e crescendo durante este doutorado, quero apresentar um pedido de desculpas por ter sido, em diversos momentos, uma mãe ausente.

À minha mãe, pelo apoio incondicional que, à sua maneira, foi me dando ao longo desta jornada.

A minha família, pai, irmãos, sobrinhos e primos, por compreenderem as minhas ausências do convívio familiar durante esse período.

Muito obrigada!

RESUMO

BONFIM, Elisiane Gomes. **A temática da violência na formação da enfermagem: racionalidades hegemônicas e o ensino na graduação.** 2015. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Neste estudo, aborda-se o ensino da temática da violência na graduação em enfermagem. O objetivo geral da tese consistiu em investigar como a temática da violência é abordada em Cursos de Bacharelado em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior, situadas em Porto Alegre, e analisar as racionalidades subjacentes em documentos e práticas. O estudo qualitativo englobou todos os cursos de bacharelado em enfermagem, situados em Porto Alegre, que concluíram turmas, perfazendo quatro cursos. As ferramentas para a geração de dados incluíram pesquisa documental, por meio das diretrizes curriculares nacionais, dos projetos pedagógicos, de matrizes curriculares, de planos de ensino das disciplinas que abordam a violência e de entrevistas com os docentes que abordam a temática da violência na graduação em enfermagem. Os resultados demonstraram a abordagem da violência no currículo formal real, com concentração nas disciplinas voltadas para a saúde da criança, em situações nas quais a violência é discutida a partir da percepção de necessidade do docente e no currículo oculto, por meio da demanda pela vivência de situações de violência nos cenários de prática. Foi possível identificar um distanciamento entre as normativas fundantes da saúde como direito, constantes nas Diretrizes Curriculares Nacionais e que inspiram os Projetos Pedagógicos dos Cursos, e o real na implementação dos Currículos. A execução dos projetos é permeada pela racionalidade biomédica, pelo padrão empírico de conhecimento de enfermagem e com a concepção de saúde, entendida como ausência de doenças, o que, constata-se, não sustenta a complexidade de abordagens multicausais como aquelas necessárias a teorizar e gerar enfrentamentos à violência. Outra constatação é de que as competências e as habilidades, previstas para a formação, são transcritas das Diretrizes Curriculares para os Projetos Pedagógicos dos Cursos, e não se configuram em operacionalização nos Planos de Ensino. Nas ementas das disciplinas, que abordam a violência, ainda persiste o foco na doença, exceção às disciplinas de direitos humanos e às voltadas à saúde da criança, que têm por base políticas públicas. Neste contexto, novos olhares na abordagem da violência acontecem, por meio das atividades de extensão, programas e projetos, e pela inserção do tema nos grupos de pesquisa, nos quais é possível vivenciar a atuação da equipe multidisciplinar, além dos estágios obrigatórios em cenários de prática em diferentes instituições que não se limitam à saúde e que atuam considerando a saúde enquanto direito.

Palavras chave: Violência doméstica. Violência contra a mulher. Bacharelado em enfermagem. Educação em enfermagem.

ABSTRACT

BONFIM, Elisiane Gomes. **The theme of violence in nursing education: hegemonic rationalities and teaching in the graduation course.** 2015. 140 f. Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

This study approaches the theme of teaching of violence within the nursing graduation studies. The general objective of the thesis consisted of an investigation about how the theme of violence is approached in Nursing Graduation Courses of Higher Teaching Institutions located in Porto Alegre as well as of an analysis of rationalities that are subjacent in documents and practices. The qualitative study comprised all of the graduation courses on nursing located in Porto Alegre that completed and formed classes totaling four courses. The tools for the collecting data included research on documents of the national curriculum guidelines, pedagogic projects, curriculum matrices and teaching plans of the disciplines that cover the issue of violence, as well as interviews with teachers who discuss this theme in the nursing graduation. Findings demonstrated the violence approach in the actual formal curriculum with concentration in the disciplines addressing the child's health and in situations where violence is discussed in the perception of the teacher's need as well as in the hidden curriculum by means of the demand due to the experience of violence situations in the practice settings. It was possible to identify a gap between the normative ruling foundations of health as a right, presented in the National Curriculum Guidelines that inspire the Pedagogic Projects of the Courses and the actual ones applied in the implementation of the Curricula. The execution of the projects is permeated by the biomedical rationality and the empiric standard of nursing knowledge besides the health conception, understood as absence of diseases, what is perceived as unable to sustain the complexity of multiple and varied approaches like those needed to theorize and to generate confrontations to violence. Another finding evidences that the competences and abilities foreseen for the nursing education are transcribed from the Curriculum Guidelines for the Pedagogic Projects of the Courses but are not outlined for their operation in the Teaching Plans. In the synopses of the disciplines that approach violence still persist the focus on disease with exception of the disciplines on human rights and those addressed to the child's health that are founded on public policies. Within this context, new glances on the violence approach occur by means of extension activities, programs and projects and by inserting the theme in research groups where it is possible to experience the performance of the multidisciplinary team besides the mandatory internship practice scenarios in different institutions that are not limited to health but that develop their activities by considering health as a right.

Keywords: Domestic violence. Violence against women. Education, nursing, baccalaureate. Nursing education.

RESUMEN

BONFIM, Elisiane Gomes. **El tema de la violencia en la formación de la enfermería: racionalidades hegemónicas y la enseñanza en la graduación.**2015. 140 f. Tesis (Doutorado em Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Este estudio aborda el tema de la enseñanza de la violencia dentro de los estudios de graduación de enfermería. El objetivo general de la tesis consistió en investigar como la temática de la violencia es abordada en Cursos de Licenciatura en Enfermería de las Instituciones de Enseñanza Superior, ubicadas en Porto Alegre, y analizar las racionalidades subyacentes en documentos y prácticas. El estudio cualitativo abarcó todos los cursos de graduación en enfermería ubicados en Porto Alegre que concluyeron y formaron grupos, totalizando cuatro cursos. Las herramientas para la generación de datos incluyeron investigación en documentos de las directrices curriculares nacionales y de proyectos pedagógicos, matrices curriculares, planes de enseñanza de las disciplinas que abordan la violencia bien como a través de entrevistas con los docentes que abordan la temática de la violencia en la graduación en enfermería. Los resultados demostraron el abordaje de la violencia en el currículo formal real, con concentración en las disciplinas dedicadas a la salud del niño y en situaciones donde la violencia es discutida desde la percepción de necesidad del docente bien como en el currículo oculto, por medio de la demanda por la vivencia de situaciones de violencia en los escenarios de práctica. Fue posible identificar un distanciamiento entre las normativas fundantes de la salud como derecho, previstas en las Directrices Curriculares Nacionales y que inspiran los Proyectos Pedagógicos de los Cursos, y lo real en la implementación de los Currículos. La ejecución de los proyectos es impregnada por la racionalidad biomédica, por el estándar empírico de conocimiento de enfermería con la concepción de salud, entendida como ausencia de enfermedades, lo que, según se constata, no sustenta la complejidad de abordajes de múltiples causas como aquellas necesarias para teorizar y generar enfrentamientos a la violencia. Otra constatación es que las competencias y habilidades previstas para la formación son transcritas de las Directrices Curriculares para los Proyectos Pedagógicos de los Cursos pero no se las encuentra configuradas en la operación de los Planes de Enseñanza. En las sinopsis de las disciplinas, que abordan la violencia, todavía persiste el foco en la enfermedad, a excepción de las disciplinas de derechos humanos y de aquellas volcadas a la salud del niño, que toman las políticas públicas como base. En este contexto, ocurren nuevas miradas en el abordaje de la violencia por medio de las actividades de extensión, programas y proyectos, así como por la inserción del tema en los grupos de pesquisa, en los cuales es posible experimentar la actuación del equipo multidisciplinario, además de las prácticas obligatorias en escenarios de práctica de diferentes instituciones que no se limitan a la salud pero que actúan considerando la salud como derecho.

Palabras clave: Violencia doméstica. Violencia contra la mujer. Bachillerato en enfermería. Educación en enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Média Percentual de carga horária por eixo estruturante nos Cursos de Enfermagem, Porto Alegre, 2014	92
Gráfico 2 - Distribuição de percentual de carga horária por eixo ao longo dos semestres dos Cursos, 2014	95
Quadro 1 - Cursos de Bacharelado em Enfermagem localizados em Porto Alegre, 2014	50
Quadro 2 - Disciplinas que abordam a temática da violência nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, 2014	55
Quadro 3 - Descrição das disciplinas em que a temática da violência está formalmente incluída no plano de ensino	57
Quadro 4 - Disciplinas que potencialmente abordam a violência no currículo em ação associada a Conteúdos Programáticos do Currículo Formal	68
Quadro 5 - Objetivos gerais das disciplinas que tem a violência inserida formalmente em seus conteúdos programáticos, Porto Alegre, 2014	106
Quadro 6 - Relação entre competências/habilidades específicas e objetivos específicos descritos nos planos de ensino das disciplinas analisadas. Porto Alegre, 2014	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem
AVA- Academy of Violence and Abuse
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
CIPESC - Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli
CNE - Conselho Nacional de Educação
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
ESF - Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz
GESC - Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES - Instituições de Ensino Superior
IPA - Centro Universitário Metodista
IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association
NIC - Classificação de intervenções de Enfermagem
NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PMAJ - Programa Mundial de Ação para a Juventude
PNJ - Política Nacional de Juventude
PPC - Projeto Político Pedagógico do Curso
PROEJA -Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos.
PROJOVEM - Programa Nacional da Inclusão de Jovens
PRONAF - Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PROSAD - Programa Saúde do Adolescente
PROUNI - Programa Universidade para Todos
PSE - Programa Saúde da Escola

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SPE - Saúde e Prevenção nas Escolas

SUS - Sistema Único de Saúde

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	A VIOLÊNCIA - RACIONALIDADES HEGEMÔNICAS DA SAÚDE E O ENSINO DA ENFERMAGEM, ELEMENTOS QUE ORIGINARAM ESTA TESE	21
2.1	A violência e a saúde pública - ações profissionais no enfrentamento	21
2.2	Ações/omissões da enfermagem nas situações de violência no Brasil - racionalidades dominantes na saúde (IN) adequadas?	28
2.3	A graduação em enfermagem e as situações de violência - racionalidades formativas.....	36
3	OBJETIVOS	49
3.1	Objetivo geral	49
3.2	Objetivos específicos	49
4	PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA	50
4.1	Tipo de estudo.....	50
4.2	Campo de estudo	50
4.3	Unidades de análise.....	51
4.4	Geração das informações de pesquisa.....	51
4.5	Análise das informações de pesquisa	52
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	54
6	A FORMAÇÃO SUPERIOR DE ENFERMAGEM PARA A ATUAÇÃO NO CUIDADO/ASSISTÊNCIA AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	55
6.1	A temática da violência no currículo formal	57
6.2	A temática da violência no currículo em ação	66
6.3	A temática da violência no currículo oculto	70
6.4	A temática da violência na Pesquisa e Extensão das IES.....	73
7	RACIONALIDADES PRESENTES NO ENSINO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM E A VIOLÊNCIA	78
7.1	Racionalidades presentes no Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC)	80
7.2	Racionalidades presentes na implementação dos Cursos de Graduação em Enfermagem na perspectiva do ensino da temática da violência.....	90
8	COMPETENCIAS E HABILIDADES GERAIS E ESPECÍFICAS DA FORMAÇÃO E AS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS PARA A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA.....	101

8.1 Elementos curriculares e conteúdos que apontam para uma mudança de racionalidade no sentido de reconhecer e adotar novos olhares terapêuticos para o problema da violência	118
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
10 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	127
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICE A - OFÍCIO A SER ENCAMINHADO AS COORDENAÇÕES DE CURSO DAS UNIDADES PARTICIPANTES.....	137
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS	138
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	139

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem, como objeto de investigação, o ensino da temática violência nos cursos de graduação em Enfermagem e associa-se ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), vinculado ao programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no qual estou inserida desde 2006, quando iniciei o Mestrado em Enfermagem¹. Agrega-se ao projeto “**Violência entre namorados adolescentes: um estudo em dez capitais brasileiras**”, coordenado nacionalmente pela equipe da FIOCRUZ, composta por Maria Cecília Souza Minayo; Simone Gonçalves de Assis e KathieNjaine.

O projeto nacional buscou estimar a prevalência de violência nas relações afetivo-sexuais dos adolescentes e conhecer os valores presentes nessas relações, com a intenção de subsidiar propostas de prevenção por meio da educação e da saúde pública. Trata-se de uma proposta pioneira no Brasil, que buscou, como finalidade, gerar conhecimento estratégico e aplicá-lo experimentalmente, visando à democratização das relações de gênero; pretendeu-se, ainda, contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas para os jovens, levando em conta as relações de gênero para a superação da violência conjugal e contribuir para o desenvolvimento de um programa de capacitação que possa envolver profissionais que atendem/educam adolescentes. Como objetivo geral, a pesquisa nacional buscou avaliar o contexto de violência presente nas relações afetivo-sexuais entre adolescentes de dez cidades brasileiras, a partir da investigação da magnitude do problema e das representações sociais da violência, sob a ótica de gênero (MINAYO, 2011).

Em Porto Alegre, a coordenação da pesquisa foi da Prof^a Dra. Marta Julia Marques Lopes e tive a oportunidade de participar da equipe. A partir da coleta dos dados, foi criado um banco nacional e um banco por capital brasileira. Além do questionário que resultou no Banco de Dados, foram realizadas entrevistas individuais, grupos focais e observações de campo. Resultados de outros estudos vinculados ao projeto mostram que a violência entre namorados adolescentes

¹Dissertação defendida em junho de 2008: “A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública”. Orientadora: Prof^aDr^a Marta Julia Marques Lopes.

representa um problema de importante magnitude no cenário epidemiológico brasileiro, entretanto os profissionais de saúde apresentam dificuldades para atuar ou intervir nesse âmbito (SOARES, LOPES E NJAINE, 2013; MINAYO, 2011).

A participação no projeto acima citado, associada à realização de outros estudos acerca da violência, tais como a dissertação de mestrado intitulada “A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública” e a participação em outras pesquisas, vinculadas ao GESC, nas quais se destacaram os relatos das dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e intervir sobre as violências, motivaram a proposta desta tese (BONFIM, 2008, 2010; BUENO, 2008; COCCO e LOPES, 2010a, 2010b, SOARES E LOPES, 2013). Assim, decidiu-se investigar a abordagem da temática da violência nos Cursos de Graduação em Enfermagem, por considerar também o valor estratégico da atuação desse profissional no contato com os usuários de serviços de saúde.

Ressalta-se que essas pesquisas incluíram adolescentes, idosos, crianças, mulheres e, independente da população-alvo, o que se destacou foi a dificuldade dos profissionais de saúde em geral de intervir na prática quando se identificaram situações de violência. Esta foi citada como problema muito complexo, para o qual definiram sua atuação como de “impotência paralisante” e os serviços de saúde foram citados pela falta de qualificação e de organização para o enfrentamento das situações de violência.

Entre as motivações para a realização desta tese, além dos resultados das pesquisas já citadas, agrega-se minha trajetória na graduação em enfermagem, concluída em 2001, durante a qual não há lembranças de ter sido abordada a temática da violência. Outra situação, a meu ver, preocupante foi vivenciada na especialização, na modalidade de residência em enfermagem na saúde da mulher, concluída em 2004, que contabilizou 5.760 horas em que a temática da violência também não fez parte dos conteúdos. Somam-se ausências, enquanto enfermeira da estratégia saúde da família, nas quais a violência surgiu como um problema na comunidade e o sentimento de “impotência paralisante” foi evidenciado na prática profissional. Ressalta-se que essas ausências e a consequente dificuldade para intervir impulsionaram-me a buscar suporte teórico e, em 2006, durante o mestrado, iniciei pesquisas abordando a violência contra mulheres.

Elegeu-se a enfermagem como núcleo a ser analisado, considerando a formação desta autora e as vivências da docência na graduação em

enfermagem, que tem sido foco da minha atuação. Também foi relevante o fato de que a enfermagem participa em todos os níveis de assistência e atenção à saúde e, em particular, na atenção primária, integrando a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo, portanto, papel ativo e estratégico na implementação de políticas públicas de saúde voltadas para essa demanda.

Levando-se em conta a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, que, segundo dados do Ministério da Saúde, em junho de 2015, abrangia 5.428 municípios dos 5.565 existentes no País, estando presente nos 27 estados e totalizando 121.331.697 pessoas adscritas, o que configura uma cobertura de aproximadamente 62,54% da população (BRASIL, 2015), identifica-se a importância da enfermagem nas intervenções sobre o problema da violência, de seus determinantes e de suas consequências. Essa proximidade com a população de usuários do sistema de saúde no País e com seu ambiente de vida consolida a enfermagem com potencial elevado de intervenção no problema.

Entretanto, estudos têm demonstrado que a abordagem da temática da violência, em especial na formação das enfermeiras, é um tema pouco analisado na enfermagem brasileira. Além disso, nos estudos acerca da violência, o que se traduz nos resultados são práticas voltadas para as consequências da violência por meio do tratamento das lesões. (BONFIM, 2008; LEAL, 2010) Constatam-se dificuldades de identificar, visibilizar e atuar sobre a violência enquanto problema do setor saúde e não apenas da segurança pública resultado da criminalidade dominante. Para que essa situação se torne objeto de intervenção, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas em que a violência seja reconhecida como um problema da saúde, em uma dimensão promocional e preventiva de agravos. Essas abordagens ainda são incipientes no Brasil e pouco estudadas na enfermagem mundial, sobretudo na formação da enfermagem para intervir no problema.

Nesta tese, discutem-se elementos para investigar como a temática da violência é abordada nos cursos de bacharelado em enfermagem e analisar as racionalidades subjacentes. Parte-se da compreensão da violência enquanto problema de saúde pública, com grande magnitude e que resulta em graves prejuízos para a saúde da população, com consequências evidentes na qualidade de vida de indivíduos e famílias, além de efeitos danosos ao convívio social. (ELLSBERG et al., 2008; LUDERMIR et al., 2008; DURAND, 2010; SCHRAIBER et

al., 2005; SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2008; WAISELFISZ, 2012, 2015). A epidemiologia absolutamente contundente da violência em nosso meio, por si só, justifica a abordagem do tema na formação de enfermagem. As Diretrizes Curriculares Nacionais reforçam a necessidade dessa abordagem, quando referem que o profissional enfermeiro precisa estar apto a atuar no Sistema de Saúde. Entretanto, se reconhece fragilidades na qualificação da saúde, enquanto setor, para o seu enfrentamento, isso nos conduz a refletir acerca de elementos indicativos dessas dificuldades no contexto da enfermagem.

Estas reflexões nos conduziram a pensar acerca das racionalidades formativas para a enfermagem (ideias e ideais), expressas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais que contemplam pressupostos do SUS. Dentre elas, as competências específicas, como compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência. (BRASIL, 2001a).

Também se reflete acerca das racionalidades do sistema de saúde, particularmente nos serviços, enquanto cenários de prática para a formação da enfermagem e para a atuação profissional. Nesse sentido, argumenta-se que a mudança de uma “lógica do cuidado ao indivíduo” se constitui mais e mais em práticas técnicas, operando razão e método classificatório na construção da enfermagem enquanto disciplina embasada fundamentalmente em uma “certa” racionalidade científica. Para além dessa racionalidade científica, agrega-se a influência da razão médica, descrita por Luz (2012), com o deslocamento epistemológico e clínico da arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças.

A partir desses elementos, se buscou investigar como a temática da violência é abordada nos cursos de graduação em enfermagem, considerando as racionalidades, as concepções e as ideologias, dominantes no setor saúde e os correspondentes elementos curriculares presentes na formação. Para tanto, foi definido o objetivo geral de investigar como a temática da violência é abordada nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, em Instituições de Ensino Superior situadas em Porto Alegre, e analisar as racionalidades subjacentes.

Para a elaboração da tese, o texto foi descrito em capítulos. Assim, a partir da introdução, apresenta-se, no capítulo 2, a construção da problemática em estudo,

fundamentada em elementos teóricos, conceituais e pelo diálogo com a literatura. Nesse capítulo, aborda-se a violência, sua magnitude epidemiológica enquanto problema de saúde no contexto nacional, a atuação da enfermagem nas situações de violência, considerando as racionalidades científico-práticas do sistema de saúde e, por fim, as racionalidades formativas previstas.

No capítulo 3, estão descritos os objetivos geral e específicos como norteadores da investigação, balizados na busca de elementos referencias para a argumentação compreensiva do problema. O capítulo 4 descreve e apresenta a trajetória metodológica utilizada para atender aos objetivos propostos em sua dinâmica prática, ou seja, como foram viabilizadas as estratégias técnicas para aproximação do campo. O Capítulo 5 apresenta as considerações éticas necessárias a pesquisas com seres humanos, pautadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

No capítulo 6, inicia-se a apresentação dos resultados, descrevendo os achados empíricos e analisando a formação superior de enfermagem para atuação/cuidado nas situações de violência. Ressalta-se que, para esta tese, os termos atuação e cuidado foram usados como exercício profissional da enfermagem.

No capítulo 7 analisam-se e discutem-se as racionalidades previstas nas diretrizes formativas da enfermagem e as racionalidades do ensino na implementação das práticas pedagógicas.

O capítulo 8 discute as competências e as habilidades previstas nos documentos oficiais que normatizam a formação em enfermagem e como aquelas se traduzem em práticas pedagógicas no ensino para a atuação nas situações de violência. Esse capítulo também discute os elementos curriculares e os conteúdos que apontam para uma mudança de racionalidade, no sentido de reconhecer e adotar novos olhares terapêuticos para reconhecimento e para o comprometimento com o problema da violência.

Por fim, nas considerações finais, são sintetizados os resultados confrontados com os objetivos do estudo e as proposições formativas da enfermagem na perspectiva da violência.

Na sequência, são apresentadas as referências que sustentaram as argumentações e as reflexões desta tese e os anexos que orientaram a geração das informações de campo.

2A VIOLÊNCIA- RACIONALIDADES HEGEMÔNICAS DA SAÚDE E O ENSINO DA ENFERMAGEM, ELEMENTOS QUE ORIGINARAM ESTA TESE

Como se constituem os elementos que subsidiam a formação da enfermagem enquanto profissão que intervém nos processos de saúde e adoecimento? Esta questão, pensada na perspectiva dos eventos violentos presentes na vida em sociedade, foi disparadora da construção de reflexões que permitam buscar elementos compreensivos, tanto para entender como se constituem as lógicas ou as racionalidades subjacentes, como para discutir sua pertinência nas práticas da enfermagem no amplo campo da saúde. A graduação em enfermagem foi o foco já que se configura na possibilidade de construção de conhecimento autônomo, detentor de lógicas científicas próprias que embasam o exercício profissional na área.

Inicia-se por trazer elementos que definem a violência como evento multifacetado e de importância crescente nas dimensões da saúde e da doença em nossas sociedades. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, as violências são caracterizadas pelo

“uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação”. (OMS, 2002).

Essa definição nos permite, entre outras aproximações, pensá-lo como fenômeno como problemática de saúde pública. Na sequência, vinculamos essa abordagem com a atuação da enfermagem no problema e os fundamentos formativos que repercutem, a nosso ver, nessa atuação.

2.1 A violência e a saúde pública - ações profissionais no enfrentamento

Na década de 1980 e, de modo mais intenso, na década de 1990, a problemática da violência adquiriu maior força nos debates políticos e sociais e no planejamento em saúde pública. Foi nesse período que a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a falar, explicitamente, em violência. Em 1994, a OPAS realizou uma conferência internacional com Ministros de Saúde das Américas, com pesquisadores e com

especialistas no fenômeno. Dentre as conclusões desse encontro, destacou-se a constatação de que a violência, devido ao grande número de vítimas e à magnitude de suas sequelas físicas e psicológicas, adquiriu um caráter endêmico e se tornou uma responsabilidade da Saúde Pública, por caber a esse setor o atendimento de urgência, o tratamento e a reabilitação das suas vítimas (MINAYO, 2006a; AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Considerando o ciclo, ou espiral da violência, em que os episódios de violência são repetitivos e progressivamente graves, caracterizando-se por crescente periculosidade, “estar em situação de violência” representa aumento de sintomas clínicos em geral e de problemas emocionais com sofrimento mental duradouro. Diversos estudos, inclusive com dados brasileiros, mostram que a violência está associada a adoecimentos graves e a problemas que afetam a saúde de modo importante, causando uma maior procura de serviços de saúde. (ELLSBERG et al., 2008; LUDERMIR et al., 2008; DURAND, 2010; SCHRAIBER et al., 2005; SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 2008).

A violência, como evento relacional reconhecidamente complexo e multifacetado, pode ser definida, para fins de classificação, em três categorias: violência dirigida contra si mesmo (autoinfligida); violência interpessoal (classificada em 2 âmbitos: violência intrafamiliar ou doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família e violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos) e violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do Estado). (OMS, 2002).

Nesta tese, optou-se pela investigação da abordagem da violência dirigida contra si mesmo e da violência interpessoal, tanto a violência doméstica quanto a violência na comunidade, por serem as tipologias mais presentes nos serviços de saúde e que podem ter uma maior demanda de intervenções da enfermagem.

Waiselfisz (2012) relata que, atualmente, assistimos a um alargamento do entendimento da violência, de modo a incluir e a nomear como violência acontecimentos que passavam anteriormente por práticas costumeiras de regulamentação das relações sociais, como a violência intrafamiliar contra a mulher ou contra as crianças, a violência simbólica contra grupos, categorias sociais ou etnias, a violência nas escolas, entre outras. Essas formas de violência estão

migrando da esfera do estritamente privado para sua consideração como fatos públicos, merecedores de sanção social.

Esse reconhecimento alargado, implica no entendimento desses eventos para além da saúde e da doença, como violação de direitos que afeta o bem-estar e a vida em sociedade com dignidade. Portanto, alarga-se também a necessidade de serem compreendidos em múltiplas dimensões e, conseqüentemente, enfrentados adequadamente por diferentes setores da sociedade.

Considerando o campo estrito da saúde e para descrever a magnitude da violência no Brasil, buscaram-se dados epidemiológicos acerca dessa problemática, bem como dados de estudos desenvolvidos em Porto Alegre/RS. Inicia-se a descrição com os dados de mortalidade e, a seguir, discute-se a morbidade por violência.

Em relação aos homicídios em geral, o Brasil, em 2014, teve 56.337 mortes registradas. Foi o maior número desde 1980, quando se iniciou a vigilância pelo Ministério da Saúde. Esse valor representa também o maior número absoluto de mortes no mundo por violência, superando inclusive algumas áreas de conflito. Esse número resulta em uma taxa de homicídios de 29 mortes para cada 100.000 habitantes, sendo que a OMS caracteriza como epidemia valores acima de 10 mortes para cada 100.000 habitantes. (WAISELFISZ, 2015).

Entre os homicídios, salienta-se que “os de crianças, adolescentes e jovens em particular, têm se convertido no calcanhar de Aquiles dos direitos humanos no País” tanto por sua pesada incidência em setores considerados vulneráveis, ou de proteção específica, como crianças, adolescentes e jovens, quanto pela grande vulnerabilidade que se verifica entre crianças e adolescentes. Tal vulnerabilidade é evidenciada pelo 4º lugar que o Brasil ocupa no contexto de 99 países com dados nas bases estatísticas da Organização Mundial da Saúde e pelo vertiginoso crescimento desses índices, 346% entre 1980 e 2010. (WAISELFISZ, 2012, p.47).

Também se verifica que, no conjunto da população, a taxa de mortes por armas de fogo, que em 1980 era de 7,3 por 100 mil habitantes, passa para 21,9 em 2012, crescimento de 198,8%. Entre os jovens, porém, o crescimento foi bem maior: 272,6%. Aqui as taxas passaram de 12,8 óbitos por 100 mil jovens para 47,6 em 2012. Em função desse diferencial de crescimento, a brecha da mortalidade por armas de fogo entre os jovens e o conjunto da população vai se ampliando ao longo do tempo. Se, nos primeiros anos da série, a taxa jovem era 75% maior que a da

população total, no final, gira em torno de 120%, isto é, mais do que o dobro e são os homicídios que explicam esse largo diferencial. (WAISELFISZ, 2015).

De acordo com a OMS (2002), a violência praticada por pessoas jovens é uma das formas de violência mais visíveis na sociedade. Refere ainda que há ligações muito próximas entre a violência juvenil e outras formas de violência. Dessa forma, testemunhar a violência em casa, ser vítima de abuso físico ou sexual, por exemplo, podem condicionar crianças ou adolescentes a considerarem a violência como uma forma aceitável de resolver problemas.

Ainda em relação aos homicídios, Waiselfisz (2012) descreve a vulnerabilidade, em especial dos adolescentes, em relação a essa forma de violência letal, ao analisar as taxas de 2000 e de 2010 por idade. Até os 11 anos, a taxa situa-se em torno de 2,5 crianças por 100 mil; a partir dos 12 anos de idade, a taxa aumenta proporcionalmente à idade, atingindo 60,4 adolescentes por 100 mil, aos 18 anos. (WAISELFISZ, 2012). Essa distribuição etária em relação aos homicídios de adolescentes também foi encontrada nos homicídios em Porto Alegre. Sant'Anna, Aertz e Lopes (2005), as autoras, duas enfermeiras e uma médica, descrevem um gradiente no número de mortes à medida que aumenta a idade, com 60,0% dos óbitos ocorrendo acima dos 17 anos. Segundo as autoras, esse dado indica que a maioria expõe jovens a situações de risco, possivelmente em função da menor tutela da família sobre o adolescente.

Sabe-se que a violência atinge, de formas diferentes, os adolescentes masculinos e femininos. Uma das características, já históricas, dessa violência homicida é a elevada vitimização masculina: em torno de 90% dos homicídios de crianças e de adolescentes são do sexo masculino (WAISELFISZ, 2012). Em Porto Alegre, Sant'Anna, Aertz e Lopes (2005) descrevem também a prevalência do sexo masculino, com 91,2% em relação ao feminino, com 8,8%. Os dados de Porto Alegre são corroborados pelo estudo de Brasil (2009), que analisou o impacto relativo de diferentes dimensões, como gênero, raça e idade, sobre o risco de morte por homicídio para os adolescentes no País. A probabilidade de ser vítima de homicídio no Brasil é quase doze vezes superior para o sexo masculino, em comparação com o feminino, e mais do dobro para os negros em comparação com os brancos. O risco de homicídio cresce até a faixa de 19 a 24 anos, e vai declinando posteriormente, com a idade (BRASIL, 2009).

Borges e Cano (2012) demonstraram a heterogeneidade do problema no País. O IHA (Índice de Homicídios de Adolescentes) varia entre os municípios, com maior incidência em Foz do Iguaçu (Paraná), liderando o ranking com 9,7, seguido de Governador Valadares (Minas Gerais), com 8,5, e Cariacica (Espírito Santo), com 7,3. Entre as capitais, Maceió e Recife aparecem em nono e décimo lugares, com índice de 6,0. Observa-se que a violência letal contra adolescentes não se distribui de forma homogênea no território, e há alguns municípios com números extremamente elevados. (BORGES; CANO, 2012).

Sant'Anna (2000) e Santana e Lopes (2002), enfermeiras, também demonstraram essa vulnerabilidade dos adolescentes que vivem em locais com pouca segurança pública em Porto Alegre. Por meio da análise da distribuição espacial dos óbitos, foi evidenciado que a maioria dos adolescentes morreu próximo à própria residência, indicando uma sobreposição entre os locais de óbito e moradia, em bairros que concentram maior número de domicílios em aglomerados subnormais e famílias de baixa renda e escolaridade e que dispunham de pouca segurança pelo frágil aparato policial e, algumas vezes, conivência da polícia com a criminalidade.

Em relação à mortalidade de mulheres, o Brasil registrou, entre 2009 e 2011, 16,9 mil feminicídios, ou seja, mortes de mulheres decorrentes de conflito de gênero. Nesse tipo de homicídio, o autor geralmente é parceiro íntimo ou ex-parceiro da vítima. O número indica uma taxa de 5,82 casos para cada 100 mil mulheres. As mulheres jovens foram as principais vítimas: 31% estavam na faixa etária de 20 a 29 anos; e 23%, de 30 a 39 anos. Enfim, mais da metade dos óbitos (54%) foram de mulheres de 20 a 39 anos. (IPEA, 2013).

Outro fato revelado pelo IPEA é que mulheres negras e pobres são as principais vítimas da violência. No Brasil, 61% dos óbitos foram de mulheres negras, as principais vítimas em todas as regiões, à exceção da Sul. Entretanto convém relativizar que, na região Sul, o número da população branca é maior. A maior parte das vítimas tinha baixa escolaridade: 48% daquelas com 15 ou mais anos de idade tinham até 8 anos de estudo. (IPEA, 2013).

Para além dos dados de mortalidade, que, conforme destacado pelo IPEA (2013), representa a “ponta do iceberg”, temos o “lado submerso do iceberg”, representado por um mundo de violências não-declaradas, especialmente a

violência rotineira contra mulheres no espaço do lar e a morbidade resultante dessas situações de violência.

A morbidade por violência interfere negativamente na saúde. Entretanto, ainda são precárias as informações sobre essa forma de morbidade no Brasil. Em 2009, a notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências foi implantada no Sistema Nacional de Agravos de Notificação-SINAN, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Essa notificação deve ser realizada por profissionais de saúde do SUS mediante o preenchimento de uma Ficha de Notificação específica, diante de suspeita de ocorrência de situação de violência.

Assim, considerando que o capítulo de violências foi incorporado no SINAN recentemente, é de esperar ainda problemas em sua cobertura e universalização. Além disso, as notificações registradas pelo SINAN representam só uma aresta do iceberg das violências que efetivamente acontecem. Somente são notificadas as que demandam atendimento do SUS e que, paralelamente, são reconhecidas e declaradas como violência pelos profissionais de saúde, ou seja, para além desse quantitativo visível, um enorme número de violências cotidianas nunca chega a se configurar em estatísticas oficiais.

Em relação ao reconhecimento e ao registro das violências, pelos profissionais de saúde, esta autora, em sua dissertação de mestrado em enfermagem, relata a precariedade dos registros da violência durante o pré-natal e refere que a violência contra a mulher não é percebida como um problema da saúde pública que necessita ser investigado e tratado como tal. Evidencia uma difícil passagem do problema da violência doméstica de “caso de polícia” para problema da saúde; ou, em outras palavras, se a violência não é reconhecida como tal, não será declarada e nem tampouco notificada.(BONFIM, 2008).

Quanto ao local em que a violência ocorre, constata-se que, em todas as faixas etárias, as violências acontecem de forma preponderante na residência das vítimas. Waiselfisz (2012) relata que, na faixa de 10 a 14 anos, 62,7% das violências acontecem na residência, o que diminui na faixa dos 10 aos 19 anos de idade, para 51,4%. Dos 10 aos 14 anos, começa a aumentar a incidência de violências acontecidas na via pública, 17,1%; até que, dos 15 aos 19 anos de idade, esse valor atinge 31,2%. Em Porto Alegre, Cocco e Lopes (2010), também enfermeiras e

docentes, referem que o domicílio foi o local onde ocorreram 45,9% dos casos de violência contra adolescentes. Segundo as autoras, os dados revelam o domicílio como um local frágil e desprotegido. Bueno e Lopes (2008) também referem o domicílio como o local de ocorrência mais registrado, indicando a precariedade do ambiente físico e a fragilidade das relações familiares com 53% das ocorrências. Esses autores, enfermeiros, ressaltam o papel potencial da enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde na intervenção preventiva nesses eventos.

Considerando essa fragilidade do ambiente doméstico, que se transforma em vulnerabilidade, é importante ressaltar o papel dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, enquanto responsável pelos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da atenção básica, para a identificação dessas violências e para o enfrentamento do problema. Ruckert et al. (2008), enfermeiras, em pesquisa que abordou as concepções das enfermeiras sobre a assistência ao usuário vítima de violência em Porto Alegre, atestam que as situações de violência são identificadas prioritariamente pelos agentes comunitários de saúde, que atuam diretamente com as famílias e têm a peculiaridade de residir no território geográfico. Nesse sentido, Imperatori e Lopes (2009) atestaram que as diferentes tipologias da violência são os agravos de mais difícil abordagem pelos agentes; pois, segundo estes, envolvem situações de risco. Segundo as autoras, enfermeiras, os Agentes Comunitários consideram-se despreparados para esse tipo de enfrentamento e referem a fragilidade das redes de apoio para os encaminhamentos na região e no município, de forma geral. Dessa forma, pode-se argumentar sobre o papel da enfermagem na educação permanente da equipe nesse âmbito. Esses argumentos potencializam a problemática desta tese ao evidenciarem esse espaço a ser preenchido pela enfermagem.

Outro ponto a ser considerado é a visita domiciliar enquanto espaço para a identificação e o enfrentamento da violência. Shimbo, Labronici e Mantovani (2011), em pesquisa com profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família, relataram que, para 86% dos sujeitos, a visita domiciliar foi o mecanismo mais usado para a identificação de violência contra idosos.

A dimensão epidemiológica da violência no País apresentada é eloquente. Nesse sentido, estamos diante de um desafio de grandes proporções que, no entanto, mostra indícios de fragilidades nos seu enfrentamento. Essas fragilidades

conduzem-nos a buscar elementos reflexivos indicativos dessas dificuldades e a apresentar no que segue o contexto da enfermagem.

2.2 Ações/omissões da enfermagem nas situações de violência no Brasil- racionalidades dominantes na saúde (IN) adequadas?

Buscando compreender a atuação de enfermagem frente ao problema da violência como evento de intervenção da prática profissional no Brasil, argumenta-se, no que segue, na linha de estudos das racionalidades médicas, realizada pelo grupo de Madel Luz (2012).

Para a análise das racionalidades, entendida nesta tese conforme a definição filosófica descrita por Ferreira (RACIONALIDADE, 1999) *como a qualidade socialmente construída, numa perspectiva dialética, da atividade humana que é adequada às finalidades visadas*, parte-se dos trabalhos de Luz (2012), particularmente os que discutem a racionalidade científica moderna e a razão médica. Entende-se que, embora se trate de um referencial focado na medicina em particular, pode ser estendido para a análise das práticas de enfermagem.

Para Luz (2012), a racionalidade científica moderna não se caracteriza pelos ideais contemplativos de compreensão do ser e de suas causas, originários da filosofia grega clássica. A autora refere que o conhecimento científico moderno é prático, transformador de realidades, interventor e classificatório, com sentido construtivista, de construção de realidades. Nesse sentido, a razão moderna não explica a realidade, mas modela-a.

A autora, por meio de análise sócio-histórica, demonstra como a construção da racionalidade científica e da medicina científica postulam a razão e o método científico como norma fundamental para obtenção do conhecimento ou de produção da verdade. Para esta, *de Descartes a Bachelard, há uma linhagem continuada de defensores da razão científica como único critério de produção de verdades*. (LUZ, 2012. p. 33)

Nessa linha, o deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna, da arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, supõe uma passagem histórica de vários séculos, com início no Renascimento, no final do século XV. Para essa disciplina, o corpo humano é visto como uma máquina animada, que a Anatomia, enquanto disciplina descreveu e que seu funcionamento

seja pensado como uma obra de engenharia em movimento. Assim, torna-se necessário um sistema de classificação dos males que podem danificar ou destruir a máquina. Esse sistema classificatório das morbidades foi conduzido pelos médicos do Renascimento e da época clássica, e busca seu modelo na observação (sistemática, ordenatória e empírica) e no modo de pensar as doenças. *Esse sistema terá, como efeito, transformar a medicina num discurso disciplinar sobre a doença.* (LUZ, 2012, p.122).

A disciplina das doenças é parte integrante e produtiva da racionalidade moderna. Por meio de categorias: doenças, entidade mórbida, corpo doente, lesão, sintomas, elaborados no período clássico, a medicina instaura-se como um discurso sobre objetividades, que institui a doença e o corpo como positivos, científicos. (LUZ, 2012, p.130).

Nesse sentido, aborda-se esse referencial das racionalidades científicas na perspectiva da construção do conhecimento da enfermagem. Pode-se argumentar que a mudança de uma “lógica do cuidado ao indivíduo” se constitui mais e mais em práticas técnicas, operando razão e método classificatório na construção da enfermagem enquanto disciplina embasada fundamentalmente em uma “certa” racionalidade científica. Argumenta-se também que essa racionalidade típica ultrapassa a clínica médica, pois a enfermagem incorpora conhecimentos de outras disciplinas científicas, como a Psicologia.

Nesse aspecto, argumenta-se que a enfermagem tem referenciais próprios, tais como as Teorias de Enfermagem, nas quais a racionalidade científica e a razão médica seriam ou poderiam ser extrapoladas, destacando-se um avanço da enfermagem no sentido de que essas teorias, de uma maneira geral, se estruturam a partir de quatro conceitos centrais: ser humano, saúde, meio ambiente (físico, social e simbólico) e enfermagem, o que permite aliar o cuidado de enfermagem às vivências e às experiências de saúde humana. Concorde-se que, do ponto de vista reflexivo, as teorias de enfermagem são um avanço no sentido de um cuidado de enfermagem centrado na pessoa, na sua saúde e no meio ambiente que o cerca, a partir de uma linguagem própria da enfermagem, em contraponto à lógica classificatória e tecnicista vigente, mas a efetivação destas na prática, sobretudo nos serviços de Atenção Básica de Saúde do Brasil, é muito limitada, estando a prática de enfermagem muito mais próxima das racionalidades “práticas” médicas descritas por Luz (2012).

Pesquisa acerca da produção de conhecimento sobre as teorias de enfermagem, no período de 1998 até 2007, em sete dos principais periódicos da enfermagem brasileira, evidenciou que 4,6% dos estudos utilizaram as teorias enquanto referencial. (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Entretanto, essa mesma pesquisa descreve que as Teorias de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad, do Cuidado Cultural de Leininger e do Autocuidado de Orem, respondem por 46,3% do total analisado. Segundo os autores, isso se justifica porque, de uma maneira geral, percebe-se que elas apresentam olhares voltados para as vivências e as experiências individuais e coletivas que estão envolvidas nos fenômenos de saúde e de doença, além de estimularem a produção de saberes que apontem alternativas e/ou soluções às dificuldades das práticas de enfermagem e assim, servir como contraponto ao modelo biomédico que ainda impera na área da saúde. (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Uma possibilidade explicativa dessa racionalidade dominante está na aproximação da enfermagem do legado de Florence Nightingale (1989), que se utilizou de ferramentas da estatística, tais como o diagrama de forma polar ou cristas, para analisar os dados, e deteve-se na observação, descrita por ela como ferramenta fundamental da enfermeira no decorrer de seu fazer cotidiano assistencial. Nesse sentido, refere que as enfermeiras necessitam saber o que observar, como observar, reconhecer os sintomas que indicam melhora no estado do doente, os que indicam o contrário, quais são os de importância, os de nenhuma importância, quais as evidências de negligência e que tipo de negligência. (NIGHTINGALE, 1989:119).

Outro aspecto em que nos coloca em uma aproximação com o referencial das racionalidades médicas é o Processo de Enfermagem, descrito desde a época de Florence (século XIX) e que, mesmo com as modificações ao longo do tempo, chega aos nossos dias como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, por meio da Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem. Essa Resolução determina a realização do Processo de Enfermagem, de modo deliberado e sistematizado, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de Enfermagem. Tal processo tem cinco etapas, que serão descritas a seguir, e que fornecem elementos para a discussão das lógicas que orientam a

prática e mesmo o fazer profissional em seu sentido mais amplo.

A primeira etapa, a Coleta de Dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem, é definida como o processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e de técnicas variadas, que têm por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Essa definição permite observar, de forma complexa, sua equivalência à operação da diagnose na biomedicina, descrita por Camargo Júnior (2005), que pode ser dividida em dois tipos, denominados de anamnese e de exame físico. Nessa definição,

a anamnese consiste na investigação da história do paciente, com um roteiro padronizado que passa pela anotação de alguns dados de identificação e sociodemográficos, seguidos da identificação da queixa (ou queixas) presentes do paciente, passando, a seguir, a uma cronologia e uma contextualização destas: a ordem em que os sintomas surgem, sua relação entre si e com outros eventos, adoecimentos anteriores, doenças presentes na família. (CAMARGO JÚNIOR, 2005, p.191).

Já o exame físico é realizado com o uso de exames complementares ou com uso de alguns instrumentos simples, como estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro e outros, realizado com a orientação espacial da anatomia topográfica do corpo humano, dividido em algumas regiões (cabeça e pescoço, tórax, abdome, membros superiores e inferiores) e sistemas (aparelhos respiratório, cardiovascular e digestório, por exemplo). Para cada área espacial no corpo do paciente, há um conjunto de procedimentos a serem executados sequencialmente: inspeção, percussão, palpação e ausculta. O exame físico compreende ainda a verificação de valores numéricos, como a temperatura corporal, a pressão arterial e a frequência do pulso, coletivamente denominados sinais vitais. Numa divisão esquemática, pode-se dizer que a anamnese se ocupa dos sintomas e o exame físico dos sinais, sendo ambos executados pela enfermagem, na primeira fase do processo.

A segunda etapa do processo de enfermagem, denominada Diagnóstico de Enfermagem, é definida como o processo de interpretação e de agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os

conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, da família ou da coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou das intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Nessa fase do processo, têm-se as padronizações de diversos sistemas de classificação, sendo as mais conhecidas as da North American Nursing Diagnosis Association- NANDA, da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem- CIPE e a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva- CIPESC, voltado para a enfermagem de Saúde Coletiva, mas pode-se fazer uma analogia com a Classificação Internacional de Doenças, ou CID-10, no sentido de que todas representam uma linguagem padronizada para facilitar a comunicação entre a equipe de saúde.

Ainda em relação aos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, Taxonomia II, que são os mais utilizados na prática profissional brasileira, em relação ao cuidado com as pessoas em situação de violência, destaca-se o Domínio 11, Segurança e Proteção, Classe 3: Violência, que traz Diagnósticos de Enfermagem Automutilação, Risco de Automutilação, Risco de Suicídio, Risco de Violência direcionada a outros e Risco de Violência direcionada a si mesmo. Para cada Diagnóstico de Enfermagem são descritos a sua definição e fatores de risco. (NANDA, 2013).

Entretanto, pensar o problema da violência extrapola o limite do risco, conceituado desde a sua origem associado à possibilidade de ocorrência de um evento indesejado. O risco, segundo Navarro (2009), deve ser entendido como uma elaboração teórica, que é construída, historicamente, com o objetivo de mediar à relação do Homem com os perigos, visando minimizar os prejuízos e maximizar os benefícios. Assim, não é uma grandeza que está na natureza para ser medida, nem é independente do observador e de seus interesses.

Por outro lado, Ayres (2009) reitera que, nessa perspectiva de risco, há um diálogo mais estreito com as ciências biomédicas, em detrimento das ciências humanas, o que resulta em limites para explicar fenômenos de saúde em que o componente biológico está mais complexamente envolvido com determinantes sociais e/ ou comportamentais, com consequências negativas para o planejamento e para a avaliação de ações de saúde pública, como é o caso da violência.

A terceira etapa do Processo de Enfermagem é o Planejamento de

Enfermagem, no qual ocorre a determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, da família ou da coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa do Diagnóstico de Enfermagem. Para essa fase, também podem ser utilizados sistemas classificatórios, como a Classificação de Intervenções de Enfermagem-NIC.

Neste sentido, ressalta-se que o sistema de classificação de intervenções é ainda pouco utilizado na prática da enfermagem, inclusive nas práticas formativas, estando as intervenções mais focadas em cuidados orgânicos ou psicológicos aos usuários. Em estudo de caso com utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, as autoras relataram a dificuldade para sua execução, descrita por desinteresse de alguns membros da equipe de enfermagem e do próprio paciente em contribuir com a sistemática, por deficiência de conhecimento e por despreparo dos profissionais para lidar com esse método de trabalho, com recursos materiais e humanos insuficientes para dispensar o cuidado. (VARGAS; FRANÇA, 2007).

A quarta etapa é a Implementação na qual são realizadas as ações ou as intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Por último, tem-se a quinta etapa, denominada Avaliação de Enfermagem, que consiste em um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, da família ou da coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou de adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. Para essa avaliação, também se conta com um sistema classificatório, Classificação dos Resultados de Enfermagem- NOC.

Cabe ressaltar que o processo de enfermagem, mesmo normatizado pelo COFEN, não é ensinado, de forma completa, na graduação em enfermagem, conforme demonstra pesquisa com docentes enfermeiros, em que se constatou que não ensinam nem exigem a utilização do Processo de Enfermagem, de forma completa, pelos discentes. A pesquisa descreveu que são utilizadas algumas das etapas do Processo de Enfermagem, sendo dada prioridade à evolução de enfermagem. Não houve consenso entre os docentes quanto à abordagem de ensino do Processo de Enfermagem e em relação à utilização da teoria de enfermagem que o embasa. Enquanto alguns referiram utilizar Wanda Horta, outros

não deram importância ao embasamento teórico para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Além disso, há pouca adesão nos cenários de práticas, o que pode dificultar o aprendizado do discente, com repercussões para o futuro profissional. (ROSA et al., 2015).

Assim, percebe-se uma prática com elementos de razão e método próximos da racionalidade biomédica, na qual se tem uma sequência de procedimentos e classificações que direcionam a prática clínica, desconsiderando o contexto em que vivem as pessoas e os dados mais subjetivos de avaliação. Em estudos anteriores, evidenciou-se tal prática com a problemática da violência doméstica, nos quais os profissionais referem não saber como lidar com essas situações, ou que a violência não consta na agenda da saúde, ou não está no “*script*”, ou ainda que é muito difícil de abordar. (BONFIM, 2008, 2010).

Considera-se que a prática de enfermagem não pode se resumir a rotinas executadas em série ou pautadas em classificações. Concorda-se com Lopes (1998) de que o discurso que se estabelece em torno do processo de enfermagem é resultado de estratégias de afirmação de uma especificidade de saber e de um saber vivido pela enfermagem. Trata-se de um esforço de construção de legitimidade em torno da própria prática, e não em torno da ciência e da medicina. No entanto, o esforço é limitado pela dominação da prática médica no grande campo da saúde que influencia na “imitação de práticas legitimadas”. Em outras palavras, a mesma racionalidade não pode sustentar novas práticas, diz a autora. (LOPES, 1998).

Nesse sentido, Lopes (1998) refere um ensino teórico predominantemente marcado pela medicina, com destaque para a doença. Para a autora, essa influência do saber médico dificulta a estruturação de um conhecimento que marque um saber singular e específico da enfermagem e refere que a busca do saber da enfermagem foi realizada longe do vivido e do trabalho cotidiano. Nesse sentido, a consciência da dimensão relacional, que o cotidiano realça, torna indispensável e visibiliza os campos de ruptura com a ótica médica dominante, vislumbra os espaços a serem ocupados pelas práticas de enfermagem. O cuidado de enfermagem é (ou poderia ser) então resultado de um saber acumulado de disciplinas que desvendam as relações humanas e o contato com o outro e também de experiências construídas nas práticas, aprendidas e transmitidas em serviços que ajudam a viver melhor os limites físicos e psíquicos causados pela enfermidade. (LOPES, 1998).

Pode-se argumentar que essas ideias tensionam racionalidades que resultam

em crises de identidade acerca do conhecimento da enfermagem e que, ainda hoje, se refletem na formação acadêmica. Se, por um lado, têm-se referenciais como os das teorias de enfermagem com valorização da arte, como nas teorias que referem o cuidado como processo interpessoal, holístico, transcultural, relacional, direito humano; por outro lado, tem-se a razão científica influenciando o processo de enfermagem como instrumento metodológico. O foco do processo de enfermagem centrado na sistematização, e não nos princípios da enfermagem enquanto arte e ciência; é reducionista.

Nesse sentido, executar a sistematização da assistência de enfermagem, limitada apenas a uma metodologia, a classificações e a linguagem padronizadas, fundamentada em pressupostos biomédicos ou em uma racionalidade técnica pura e simples, não dá conta para apreender e atuar frente a complexidade das situações da violência. Esta não é doença e nem se resume a códigos, mas um problema complexo, multicausal e que demanda um cuidado de enfermagem integral, multiprofissional e interssetorial.

A partir do reconhecimento das dificuldades dos profissionais de saúde em enfrentar a violência, nos Estados Unidos foi criado um grupo e, em 2011, foram publicadas recomendações acerca das competências necessárias aos profissionais de saúde para o enfrentamento da violência. Esse documento considera as competências no âmbito individual, no âmbito das instituições de formação e no âmbito do sistema de saúde. (AMBUEL et al., 2011).

Entre as competências individuais necessárias ao enfrentamento da violência, foi recomendado demonstrar conhecimento geral acerca da violência; demonstrar habilidades clínicas adequadas à profissão, incluindo a capacidade de identificar, avaliar, intervir e prevenir a violência; comunicar-se eficazmente com o paciente/cliente e a família; comunicar-se eficazmente com a equipe de saúde; intervir para promover a segurança e para reduzir vulnerabilidades; reconhecer o indivíduo e a variação cultural nos relacionamentos e distinguir padrões saudáveis de padrões abusivos; identificar e avaliar relacionamentos de saúde; conhecer questões jurídicas no tratamento e relatar o que, na violência familiar, aplica-se à jurisdição de prática da profissão; conhecer os requisitos éticos da própria profissão sobre a violência; envolver-se em colaboração multidisciplinar e de divulgação em resposta à violência; praticar autocuidado efetivo; obter formação e habilidades necessárias para avançar no campo; aplicar o conceito de prática de sistemas

baseados.(AMBUEL et al., 2011).

A problemática descrita, até então, ganha, no próximo item, contornos das lógicas formativas no Brasil, que trazem outros elementos para análise. Busca-se então conhecer as diretrizes formativas da área da saúde e da enfermagem para atuação nas situações de violência.

2.3 A graduação em enfermagem e as situações de violência - racionalidades formativas

A Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio do parecer CNE/CES 1.133/2001, reforçou, nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde, a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos com ênfase na promoção, na prevenção, na recuperação e na reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para a formação dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade (BRASIL, 2001a).

A saúde como um direito humano emergiu após a Segunda Guerra Mundial. Decreto de 1945 das Nações Unidas estabeleceu a promoção e o incentivo ao respeito dos direitos humanos como uma das principais propostas das Nações Unidas e, no ano seguinte, em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou sua própria constituição, a qual contém a primeira menção da saúde, no plano internacional, enquanto um direito humano. (NYGREN-KRUG, 2004).

Dessa forma, o conceito de saúde como direito, conforme descrito pela OMS e ratificado no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação. Dentre os princípios citados pelo Parecer CNE/CNE 1.133/2001, destaca-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, para a alocação de recursos e para a orientação programática; integração em nível executivo das ações de saúde, de meio ambiente e de saneamento básico; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2001a).

A partir desta articulação, foi definido o objetivo das Diretrizes Curriculares para os Cursos da Graduação na Área da Saúde:

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a **integralidade** da atenção e a **qualidade e humanização do atendimento** prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2001a).

Entretanto, embora a OMS tenha adotado a Declaração de Alma-Ata (1978), relativa aos cuidados básicos de saúde, estabelecendo a saúde como um direito humano, algo que também ocorre com a Declaração Mundial de Saúde de 1998, a imaturidade e a controvérsia em torno do escopo, do conteúdo e da aplicação do direito à saúde evidenciam a necessidade de avaliações da efetividade de ações nessa área. Com o advento do novo milênio, tanto os direitos humanos internacionais quanto os movimentos de saúde pública têm demonstrado uma tendência no aumento da consciência e da aplicação mais sistemática dos direitos humanos, estabelecendo uma gama de desafios para a saúde pública. (NYGREN-KRUG, 2004).

Em 2000, o Comitê de Direitos Sócio-Econômicos e Culturais estabeleceu a dimensão e o conteúdo normativo dos direitos à saúde. Importa salientar que o Comitê interpretou o direito à saúde como um direito inclusivo, considerando não somente os cuidados de saúde, o acesso, os recursos, a aceitação de práticas culturais, a qualidade dos serviços de saúde, mas também destacou os determinantes sociais de saúde, correlacionando-os ao acesso à água de boa qualidade e potável, ao saneamento adequado, à educação e à informação em saúde. (NYGREN-KRUG, 2004).

O direito à saúde enseja que governos se mobilizem e, por meio da assistência e da cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, se tenha o máximo de recursos disponíveis com vistas a alcançar progressivamente uma completa realização dos direitos à saúde. Isso significa cumprir etapas estabelecidas, concretas e direcionadas e demonstrar, por intermédio dos relatórios internacionais de monitoramento dos direitos humanos, de que forma os governos estão agindo em relação à efetividade, à promoção e à realização do direito à saúde. (NYGREN-KRUG, 2004). O Brasil reconheceu a saúde como direito na Constituição

de 1988 e consolidou, no aspecto legal, esse direito por meio da Lei 8.080/1990.

Essa concepção de saúde, enquanto direito, é fundante também das Competências Gerais a serem adquiridas pelos estudantes da área da saúde durante a graduação, definidas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001, como Atenção à Saúde, Tomada de Decisão, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento e Educação Permanente. Apresenta-se esse embasamento ao analisar-seem que consistem essas competências.(BRASIL, 2001a).

A partir da Competência da **Atenção em Saúde**, destaca-se a responsabilidade do profissional de saúde com a integralidade da assistência, com a qualidade dos serviços prestados à população e, sobretudo, com a resolutividade. (BRASIL, 2001a). Nesse sentido, pensar a problemática da violência para além do cuidado com o aspecto biológico permite entender que essa Competência implicareconhecê-la como problema epidemiologicamente relevante em nossa sociedade. Assim, exercitar essa competência implica necessidade de uma abordagem que considere as várias instâncias dos serviços de saúde e, principalmente, responsabilização do profissional no sentido de compreender que aquela não se encerra no tratamento das lesões físicas resultantes da violência.

A **Tomada de Decisões** remete à necessidade de discutir a problemática da violência durante a formação, tanto no sentido de visibilizá-la enquanto problema de e da saúde, quanto discutir seus fatores sociais, os modelos explicativos e outros aspectos que possam oferecer subsídios aos profissionais para a tomada de decisões e para o enfrentamento social e técnico do problema.

Em relação à Competência de **Comunicação**,ressalta-se que “os *profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral*”. (BRASIL, 2001a, p. 2). Nesse sentido, ao se pensar o problema da violência, remete-se para a importância da acessibilidade aos profissionais, da escuta ativa, dos espaços de diálogo aberto, bem como à importância do domínio das tecnologias de informação, sobretudo quando se refere à notificação da violência, que frequentemente os profissionais relatam não saber o que ou como notificar. (BONFIM, 2008,2010).

Em relação à **Liderança**, ressalta-se que assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade, envolve compromisso,

responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. (BRASIL, 2001a). Dessa forma, o profissional de saúde incorpora ferramentas que o habilitam a lidar com o problema da violência, no sentido de que isso demanda trabalho em equipe multiprofissional, escuta ativa, responsabilização e comprometimento com as condutas de enfrentamento que não se esgotam em condutas técnicas.

Também os profissionais necessitam de competências de **Administração e de gerenciamento**, no sentido de estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e a administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. Nesta competência, reitera-se, principalmente, a iniciativa que remete para a autonomia do profissional. Particularmente, em relação ao enfrentamento da violência, são frequentes, em pesquisas, relatos de que esta não consta na agenda ou o fato de não existirem ações programáticas específicas. (BONFIM, 2008, 2010). Conseqüentemente, a falta de ações protocolares dificulta seu enfrentamento, indo de encontro à Competência de administração e ao gerenciamento.

A competência de **Educação Permanente** é definida como a capacidade dos profissionais de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Dessa forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e com o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais. (BRASIL, 2001a). Essa competência implica abertura para as transformações constantes do saber e da prática, tanto em sua dimensão técnica como relacional.

A partir da análise do Parecer 1.133 da CNE/CES/2001, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, se constata que a formação do profissional de saúde inclui elementos de formação para a cidadania, assim como a formação específica do enfermeiro. Por meio da articulação com o conceito de saúde como direito, elementos de autonomia representados pelo aprender a aprender, a ser e a fazer são os objetivos das diretrizes curriculares. Sobretudo quando se busca a

capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades(BRASIL, 2001b, p.4), parte-se do entendimento de que as Competências e as habilidades descritas acima preparam o profissional para o enfrentamento do problema da violência. Questiona-se, no entanto, como essa temática se insere nos currículos de formação desses profissionais, particularmente da enfermagem, pois estão amplamente descritas em estudos as dificuldades que os profissionais de saúde têm para lidar com a violência e com sua prevenção (BONFIM, 2008, 2010, LEAL e LOPES, 2011). Parte-se então para a análise das diretrizes formativas específicas da enfermagem no Ensino Superior da saúde relacionadas à violência.

Essa reorientação, no sentido de aquisição de competências voltadas para a atuação junto ao sistema público de saúde, proposta para o ensino, toma como, referência, uma leitura mais abrangente das necessidades de saúde da população, em sua articulação com o contexto socioeconômico e político do País, de maneira a estimular a formação de profissionais capacitados para atuarem em diferentes momentos e em processos da vida humana. Essas mudanças a que se fez referência de modo sintético, na produção científica, na prática e no ensino de enfermagem, relativos ao enfrentamento da violência, encontram explicação na historicidade do setor saúde e da própria prática profissional.

Assim, torna-se essencial a preparação da enfermagem para lidar com tais problemas, extrapolando competências para além do atendimento clínico, alcançando o usuário em seu meio, nas escolas, em seus grupos, compreendendo-o como um ser integral, com características e necessidades próprias. Nesse movimento, identifica-se uma aproximação mais efetiva entre as ciências sociais e o saber-fazer em saúde, particularmente na esfera da saúde coletiva. Essa aproximação favorece uma abordagem social da saúde, da doença e da cura, passando a enfermagem a dar maior ênfase aos processos sociais e à sua relação com demandas aos serviços de saúde e de enfermagem, abrindo-se uma nova perspectiva para o seu trabalho junto aos diferentes grupos sócio-etários. A enfermagem tem, a partir desse momento, enquanto um campo de aplicação técnico-científica e de produção científica, à sua frente, o desafio de, interdisciplinarmente, avançar na construção de conhecimentos e de práticas voltadas à promoção da saúde, agregando-as à arte de cuidar, de forma integral, do ser humano.

Além disso, ratifica-se a ideia de que a enfermagem, considerando os referenciais com os quais trabalha, a especificidade das ações e dos sujeitos de sua prática, é orientada pelo princípio do compromisso social, o que implica o seu envolvimento com propósitos que garantam o bem-estar do ser humano, individual e coletivamente. Nesse aspecto, desenvolver ações que ajudem a sociedade a alcançar um bom nível de saúde é condição necessária para que o enfermeiro cumpra o seu papel social e político. (FERREIRA et al., 2000).

Feitas essas considerações, fica claro, nos documentos oficiais e propositivos, desde a década de 1990, a responsabilidade do graduado em enfermagem na promoção e na proteção da saúde. O papel de educador do profissional, a valorização do contexto em que vivem os usuários e as ações de educação preventivas são ressaltadas nas políticas públicas. (BRASIL, 1996). Desenvolver práticas educativas, identificar grupos de riscos e detectar precocemente os agravos de saúde configuram-se em fatores primordiais na atenção à saúde. (FERREIRA et al., 2000).

No plano normativo, considerando o exposto, destaca-se a responsabilidade dos órgãos de formação profissional (Instituições de Ensino Superior) no que tange a proporcionar aos futuros profissionais, experiências de ensino-aprendizagem que os coloquem frente a essas questões. Ainda mais, destacam-se as experiências que aliam o ensino ao trabalho direto com a comunidade e constituem-se em polos de extensão, fazendo valer o caráter de compromisso social da enfermagem enquanto profissão. Nesse sentido, autoras, como Soares, Lopes e Njaine(2013), as duas primeiras enfermeiras, dizem que as ações de enfermagem não podem estar desvinculadas das ações globais nem podem desconsiderar os aspectos políticos, sociais e econômicos que envolvem a questão saúde, pois reconhecer o direito do usuário à saúde e envidar esforços para sua promoção, sua proteção e sua recuperação é uma questão de respeito à cidadania.

Corroborando, as diretrizes gerais propostas pelos documentos governamentais quando referem, entre outras, que os agentes públicos ou privados envolvidos com políticas públicas devem desenvolver a intersetorialidade das políticas estruturais, programas e ações; ampliar as alternativas de inserção social do usuário, promovendo programas que priorizem o seu desenvolvimento integral e sua participação ativa nos espaços decisórios (BRASIL, 2001a, 2001b).

Nesse sentido, considera-se que o eixo orientador dos programas de ensino

que tratam da saúde se pauta na cidadania e na integralidade. Assim, tanto a noção de cidadania quanto a de saúde como direito, em tese, precisariam ser discutidas e refletidas com os acadêmicos de enfermagem que cursam tais programas, como direitos legítimos do cidadão, abordado na sua especificidade e respeitado como sujeito de direitos. Pode-se questionar se é o que se evidencia na implementação dos currículos.

Por exemplo, ao trabalhar o conceito de educação em saúde, tendo como pano de fundo a cidadania, leva-se em conta o complexo de direitos e deveres que atribuem aos habitantes de um país o “status” sócio-político de cidadão. A cidadania constitui-se em uma instituição que tem como conteúdo básicos direitos civis, políticos e sociais. Essas três dimensões são essenciais; pois, sem elas, a cidadania torna-se incompleta. (FERREIRA et al., 2000). Essas noções preliminares poderiam despertar nos acadêmicos de enfermagem a questão da saúde, não como necessidade biológica e técnica apenas, mas como um direito do cidadão.

Contudo, ressalta-se que não basta apenas reconhecê-la como direito, mas também de colaborar para efetivá-la como tal. Assim, as atividades teóricas e práticas têm o intuito de cumprir essa tarefa, fornecendo ao acadêmico o instrumental teórico e técnico-científico necessário, para que entre em contato direto com o usuário e estabeleça com ele uma relação sócio-educativa. Ressalta-se, nesse sentido, a importância da integração às ações coletivas de saúde, o que implica alinhar o ensino e o cuidado de enfermagem com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Nesse cenário, convém ressaltar a importância da abordagem dos programas oficiais e também de outras práticas ou experiências bem sucedidas em um contexto histórico-social e político. Nesta direção, a abordagem crítica do ensino do cuidado de enfermagem precisa instrumentalizar o futuro enfermeiro para o entendimento de que uma das funções do Estado é justamente a social, que, representada pelo conjunto de leis (Constituição, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto da Juventude e Lei Maria da Penha, Estatuto do Idoso, entre outras), instituições, políticas e programas criados pelo Poder Público e pela sociedade organizada, voltam os seus propósitos para a distribuição de bens e serviços destinados a promover e a garantir os direitos sociais dos cidadãos.

Com o conceito de cidadania como eixo orientador na formação do

enfermeiro, enfatizar-se-ia que o direito que o cidadão tem à saúde implica garantia pelo Estado de que ele tenha acesso universal e igual às condições consideradas básicas para o seu bem-estar pessoal e social, incluindo-se aí as ações dos serviços destinados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Carvalho (2003) afirma que o direito à saúde implica também receber adequada assistência de enfermagem. Assim, quando se formam enfermeiros desenvolvendo ações de enfermagem integradas no contexto das ações globais de saúde, que são parte da política social do Estado, mostrar-se-ia a necessária inserção político-social da enfermagem. Ainda mais, objetivar-se-ia formar o enfermeiro em um contexto de promoção da saúde, essencial para atuar, por exemplo, sobre a violência em sua complexidade, o que implica a necessária imbricação das ações educativas como suporte para este fim.

Considera-se que,desse modo, é possível desenvolver ações mais focadas na promoção da saúde, em especial na atenção primária, ao contrário das práticas de hoje, que, no que se refere à violência, centram-se no atendimento às vítimas de agravos; no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, centram-se no tratamento e na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, de forma geral, limitam-se à queixa ou ao sintoma, instantaneamente medicalizados em consonância com a racionalidade hegemônica, e que em nada contribui para o empoderamento dos usuários como sujeitos em seu processo de ser saudável e adoecer. Nesse sentido, incluem-se aqueles casos “desconsiderados” e “deserdados” pelos serviços de saúde locais, por não se enquadrarem na oferta de ações, sendo referenciados para serviços especializados.

Considerando as limitações apontadas, o caminho a ser buscado é o de superar as ações propostas atualmente, focadas na redução dos riscos e no despreparo atribuído a essa população e pouco dirigidas ao fortalecimento dos fatores protetores. Para uma ruptura com essas abordagens, fica revelada, então, a necessidade de se incorporarem es referenciais para além da explicação biomédica do adoecimento que não dá conta da complexidade dos fatores envolvidos nos eventos violentos.

Os aspectos normativos (diretrizes, perfis) parecem atualizar essas necessidades de ampliar horizontes. Em 2001, foi publicada a Resolução 3, do Conselho Nacional de Educação, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Em seu Art. 3º, a Resolução descreve o perfil

doegresso ou do profissional enfermeiro:

“Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. (BRASIL, 2001b, p.4).

A partir do perfil esperado, identifica-se que os pressupostos de responsabilidade social, de compromisso com a cidadania e de promoção da saúde estão presentes nas diretrizes da formação. Associado a esses pressupostos, o conhecimento da realidade epidemiológica e dos processos de saúde e de doença e a capacidade de intervir nos problemas, com base no rigor científico e intelectual, pautado nos princípios éticos, também estão presentes nas diretrizes de formação do enfermeiro. Entretanto, para esta tese, afirma-se que as práticas de enfermagem parecem ser pautadas em elementos outros, advindos de uma lógica mais próxima da observação empírica e da lógica de sistemas classificatórios, essas mais próximas da racionalidade clínica (sinais e sintomas), biomédica.

As contradições que buscamos evidenciar nesta tese encontram reforço no Art. 5º, da Resolução 3 CNE/2001, que define que a formação do enfermeiro busca, por objetivo, dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas. Entre as competências e as habilidades específicas estão listadas as seguintes: atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e em suas fases evolutivas; incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e suas expressões; compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os

níveis de complexidade do sistema; atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança; promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e de comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem; atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico; identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes; intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento; reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde. Em seu parágrafo Único o artigo refere que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização do atendimento (BRASIL, 2001b).

A partir das competências e das habilidades descritas como necessárias ao enfermeiro e considerando a magnitude da violência nas relações humanas, na sociedade atual, é possível identificar o potencial desse profissional de saúde para atuar nesse problema.

Entretanto, afirma-se, com base em estudos sobre violência com profissionais de enfermagem, que os profissionais não se sentem preparados para atuar nesse âmbito. Assim, Leal (2010), em estudo que abordou as representações sociais da violência contra a mulher, refere que as evocações dos profissionais culpabilizam a mulher por ser dependente e submissa. Identificou que as enfermeiras destacam na mulher a desvalorização e a submissão, associadas ao medo. As representações foram constituídas por elementos que qualificam a mulher com autoestima baixa, submissão e dependência, e o agressor, representado como “homem doente”, e,

principalmente, pelo “estranhamento” em atender esses agravos na demanda dos serviços de saúde da Atenção Básica em Saúde, que se configuram em “um não lugar” para esses casos.

Observa-se que a naturalização da violência contra a mulher é uma atitude que aparece como expressão das dificuldades individuais e coletivas. A atitude representada, no estudo de Leal (2010), expressa que os profissionais, ao chamarem de “queixas difusas” das mulheres, que “não falam claramente” da situação de violência, não conseguem enxergar claramente o sofrimento. Também o difícil estabelecimento do vínculo “dependente” da vontade da mulher e a fragmentação das práticas implementadas no limites dos recursos terapêuticos clássicos representam não só o descompromisso com o problema, mas também uma estratégia “para lidar com ele”. O trabalho em equipe, principalmente, pode ser suporte para o profissional, mas observa-se que prevalece o encaminhamento para “outros” serviços, também como alternativa de “não envolvimento”. Por fim, pode-se afirmar que as representações sociais da violência contra a mulher atestam a fragilidade dos “modelos” formativos e assistenciais e os limites da clínica para fazer frente a esses eventos, desvendando o que se chamou de “insuficiência diagnóstica”. (LEAL, 2010).

Esses resultados de estudos representacionais coincidem com os encontrados por esta autora (BONFIM, 2010), nos quais a violência não foi reconhecida como um problema da saúde pública, e sim de especialistas ou do campo da saúde mental, “medicamentável” no sentido de ser motivo de tratamento farmacológico.

Em outro estudo com enfermeiras portuguesas, os resultados apontam que as representações sociais da violência contra a mulher estão restritas ao universo consensual pelo qual são produzidas, constituído, sobretudo, pela conversação informal e pela vida cotidiana. Apontam, também, que a violência não é entendida como um problema da saúde. (LEAL; LOPES; GASPAREL, 2011). Tal resultado também foi encontrado no estudo de Bonfim (2008), que evidenciou, na fala de enfermeiras, mitos do universo consensual e a precariedade da formação para atuar frente à violência.

Considera-se que as práticas do cuidado, ou práticas de enfermagem, são práticas sociais, portanto influenciadas pela dinâmica das relações sociais, que são construídas socialmente, e não fatos da natureza. Assim, o cuidado e o cuidar em saúde são resultados da utilização de instrumentos e de condutas que se inscrevem

num processo específico de relações sociais que visam responder às necessidades humanas compreendidas como multidimensionais. Essa resposta pode, de forma restrita, materializar-se em ações simples de sobrevivência, como no tratamento das lesões resultantes da violência; ou, de forma mais complexa, em um conjunto de atividades e procedimentos que servem para manter, preservar e recuperar a saúde, entendendo-se a abordagem multidimensional, integrando aspectos de educação, saúde e cidadania. (LOPES, 1995).

Entretanto, observa-se a ausência da dimensão política no processo educativo da enfermagem, de forma geral, o que contribui para o desenvolvimento de um ensino conservador, esvaziado de uma perspectiva transformadora cuja finalidade é a instrumentalização dos sujeitos para interpretar o mundo em que vivem e em que adoecem. Associam-se a esse cenário as condições em que se desenvolvem esses processos, caracterizando o que se denomina abordagem instrumental, ora representada pela formação básica deficitária do aluno, ora pela dificuldade dos professores em articular os conteúdos das várias disciplinas, de explicar a visão ampliada da Saúde, de analisar os referenciais teóricos constituintes das proposições de intervenção assistencial ou ainda o contexto que envolveu as Diretrizes Curriculares Nacionais. (ALMEIDA; SOARES, 2011). A assistência ou o cuidado, nessa concepção, embasa-se em uma metodologia classificatória, que fragmenta a globalidade do indivíduo e restringe as condutas ao tratamento de determinado aspecto do ser humano, tais como tratar lesões físicas, danos psíquicos, mas de forma geral descontextualizada de suas relações sociais.

Retomando-se então a ideia segundo a qual a ação de cuidar é interdependente e se constrói no cotidiano das atividades de enfermagem, na sua dimensão objetiva, na subjetividade de quem cuida e do ser cuidado, por meio da mediação das interações de espaço e de tempo, Lopes (1995) analisa sua construção nas dimensões individual e coletiva. Nessa concepção, a enfermagem constrói o cuidado e o cuidar nas interações que estabelece entre os diversos grupos e indivíduos, profissionais ou usuários do sistema de saúde, que se confrontam no cotidiano. O cuidado, nesta concepção, não pode ser compreendido fora do vivido, que mistura a previsibilidade (dos dados epidemiológicos da violência, por exemplo) e a imprevisibilidade, que resulta dos limites de ação frente aos processos de saúde e de doença e ao seu sujeito-objeto, a pessoa em situação de violência, neste caso.

Assim, estabelece-se um confronto de racionalidades entre a formação e as necessidades das práticas de cuidado em saúde. Nesse confronto, a formação está embasada na racionalidade científica, tal qual é descrita por Luz (2012), mas as práticas de cuidado necessitam de um cuidado que compreenda os coletivos de ação e que sejam orientadas não somente pelos indivíduos, mas que também considerem seus contextos de vida e as posições que ocupam os atores no interior de seu sistema (família, escola, comunidade, entre outros). (LOPES, 1995, p. 156).

Nesse sentido, questiona-se: como está ocorrendo a formação dos enfermeiros no que se refere à temática da violência? Como é abordada (ou invisibilizada) nos Cursos de Graduação, considerando tratar-se de problema com comprovada prevalência? Que estratégias são utilizadas para abordar a temática da violência? Em que momentos do Curso de Graduação a temática é abordada? Que racionalidades (lógicas normativas ou outras) estão envolvidas na formação para a atenção às pessoas em situação de violência?

Nessa perspectiva, buscou-se investigar como a violência é abordada nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem e analisar as racionalidades subjacentes na tentativa de compreender os saberes implicados e suas bases epistemológicas. A partir do exposto, foram traçados os seguintes objetivos para esta tese.

3OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar como a temática da violência é abordada nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, em Instituições de Ensino Superior, situadas em Porto Alegre, e analisar as racionalidades subjacentes.

3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar a formação superior de enfermagem para a atuação nos eventos de violência, por meio da estrutura curricular e da atuação de formadores;
- b) Explorar as racionalidades presentes nas normativas do Ensino Superior, nas grades curriculares e temáticas nos planos de ensino que influenciam nas abordagens da violência;
- c) Analisar como as competências e as habilidades gerais e específicas previstas para essa formação se constituem em propostas pedagógicas nos planos de ensino;
- d) Explorar elementos curriculares e conteúdos que apontam mudanças de racionalidades e diversidade de enfoques formativos teóricos e técnico-práticos no sentido de reconhecer e adotar novos olhares terapêuticos para o problema da violência.

4 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Optou-se pela apreensão do objeto – a temática da violência nos cursos de graduação em enfermagem - mediante a utilização de uma abordagem qualitativa, que “considera o contexto do fenômeno social que se estuda, [...] que se procura desvendar em seus aspectos essenciais e acidentais”. (TRIVINOS, 1987, p.25).

A adequação do método foi justificada pelo objeto que contempla a finalidade do problema em estudo, ou seja, busca descrever, compreender e explicar a questão de investigação, aprofundando-se no mundo dos significados, das crenças e dos valores dos sujeitos. Nesse sentido, a opção foi ir além das estatísticas, da racionalidade hegemônica também na pesquisa em saúde. (MINAYO, 2007).

4.2 Campo de estudo

Elegeu-se, como campo de estudo, o município de Porto Alegre. O município conta com Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas. São 08 Instituições com Cursos de Graduação em Enfermagem, num total de 796 vagas ofertadas por ano, conforme quadro a seguir.

Quadro 1 - Cursos de Bacharelado em Enfermagem localizados em Porto Alegre, 2014

Instituição de Ensino Superior	Vagas autorizadas	Data de Início
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA	40	02/03/2009
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS	52	01/03/1950
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS	100	08/08/2011
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS	60	02/03/1998
CENTRO UNIVERSITÁRIO RITTER DOS REIS - UNIRITTER	200	01/08/2012
FACULDADE DE DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO SUL - FADERGS	200	27/02/2012
CENTRO UNIVERSITÁRIO METODISTA - IPA	64	22/02/2005
FACULDADE FACTUM - FACTUM	80	06/03/2013
08 Cursos	796 vagas	

Fonte: E-MEC. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados (2014).

Entre as 08 IES cadastradas no E-MEC, a Faculdade Factum, a Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul, o Centro Universitário Ritter dos Reis e a

Universidade do Vale do Rio dos Sinos não formaram turmas até o momento desta pesquisa. Os cursos estão em implementação, situando-se entre o terceiro e o quinto semestre.

4.3 Unidades de análise

Fizeram parte do estudo todos os Cursos de Graduação de Enfermagem, grau bacharelado, das Instituições de Ensino Superior situadas em Porto Alegre que concluíram turmas: foram elas a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), a Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e o Centro Universitário Metodista (IPA).

4.4 Geração das informações de pesquisa

A geração das informações deu-se por meio de análise documental e de entrevistas.

Foi realizada a pesquisa documental dos Projetos Político Pedagógicos dos Cursos (PPCs), das proposições curriculares (ementas, propósitos, referências) e dos Planos de Ensino das Disciplinas que abordam a temática da violência nas Instituições de Ensino Superior participantes. Para a obtenção dos PPCs foram utilizados os sites oficiais das Instituições ou solicitado, via ofício, para aquelas que não disponibilizam o documento “*online*”.

Para a obtenção de informações sobre as disciplinas curriculares que abordam a temática da violência, foi enviado ofício por correio digital (Apêndice A) para as Coordenações de Curso, solicitando os Planos de Ensino e dados de identificação dos professores responsáveis por ministrar a temática. Nessa etapa, houve dificuldades no retorno dessas informações. As coordenações de curso não dispunham dessa informação e houve necessidade de encaminhar e-mail aos departamentos e aos professores para obtê-las. Houve retorno dos departamentos e de alguns professores, entretanto foi encaminhado “e-mail” da pesquisadora para todos os professores que ministram aula na graduação em enfermagem, informados pelas Coordenações, como forma de reforçar o convite para participarem da pesquisa.

Em uma segunda etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conforme roteiro no Apêndice B, com os docentes envolvidos com o ensino da temática da violência, indicados pela Coordenação dos Cursos ou identificados nos Planos de Ensino. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice C. Nessa fase, foram identificados 19 docentes aptos a participar das entrevistas. No agendamento, constatou-se que havia professores que abordam a temática da violência em mais de uma disciplina e professores que atuam em mais de uma Instituição participante. Assim, considerando a realização de uma única entrevista por docente, totalizaram-se 15 professores aptos a participar, dos quais foram entrevistados 13 docentes e dois declinaram, um por indisponibilidade de horários e outro por licença de saúde. Durante as entrevistas, também foi solicitado aos professores que indicassem colegas que abordam violência, para identificar possíveis falhas na primeira fase. Não houve indicações de nomes para além dos informados pelas Coordenações e identificados nos planos de Ensino.

Para a realização das entrevistas, foi feito contato por “e-mail” e/ou telefone com os docentes e agendados data, local e horário de acordo com as disponibilidades. As entrevistas tiveram duração aproximada de 40 minutos, foram realizadas na instituição de trabalho dos docentes, respeitando a privacidade e o anonimato das informações. Foram gravadas em formato mp3 e posteriormente transcritas na íntegra.

4.5 Análise das informações de pesquisa

Para a análise das informações e dados documentais utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo e Análise de Discurso. A análise de conteúdo parte da estrutura do texto para interpretá-lo; já a análise do discurso buscou a compreensão do processo produtivo do discurso, que constituiu o texto em análise. (MINAYO, 2007).

Foi utilizada a Análise de Discurso para os documentos (PPCs, Planos de Curso e Ementas), buscando-se explorar as racionalidades presentes na formação de enfermagem nos Cursos de Bacharelado, situados em Porto Alegre-RS. Visou refletir sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos e compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. (MINAYO, 2007). A intenção foi problematizar as

evidências, explicitar seu caráter ideológico, e o encobrimento de formas de dominação política naquelas. (ORLANDI, 1996).

A análise utilizou a proposta de operacionalização de Orlandi (1996). Nesse sentido, PPCs, matrizes curriculares e planos de curso foram padronizados no formato de documentos e importados para o “software” Nvivo 9.0. A seguir, foram codificados de acordo com termos constituintes do texto. Por termos constituintes dos textos, foram entendidas as partes que constituem o PPC, sejam elas bases conceituais e filosóficas do curso, concepção de enfermagem, concepção de currículo, eixos norteadores do processo pedagógico, objetivos do curso, entre outros. Cada termo constituinte foi codificado como um nó no “software”. A seguir, cada nó no “software” foi analisado, buscando-se comparar as semelhanças e as divergências, em cada um dos cursos, com as diretrizes propostas e considerando a produção social dos textos como constitutivo de seus sentidos.

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a Análise de Conteúdo. (BARDIN, 2011). Especificamente foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática, constituída de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (MINAYO, 2007). Também foi utilizado o Software Nvivo 9 como ferramenta de auxílio para a análise temática das entrevistas.

Após a transcrição, foram organizados os materiais a serem analisados e a retomada das questões norteadoras e dos objetivos da pesquisa. Nessa etapa, as entrevistas foram padronizadas no formato pdf e importadas para o software nvivo 9. Foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas. Na segunda etapa, foi realizada a exploração do material, para a definição das categorias temáticas, realizada a codificação em nós no programa e a definição das categorias temáticas. Após foram tratados e interpretados os resultados à luz dos fundamentos teóricos.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi executado de acordo com as determinações da Resolução 466/2012. Foi protocolado e aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Centro Universitário Metodista, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, conforme protocolo junto à Plataforma Brasil, número CAAE 32263214.6.0000.5347, registrado no Sistema de Pesquisa da UFRGS e encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e das demais IES.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi encaminhado Ofício às Coordenações de Curso de Enfermagem das Unidades de Análise participantes, apresentando a pesquisa e solicitando acesso aos documentos para a geração dos dados. A pesquisa somente foi executada após autorização de cada IES. Para as autorizações, foram seguidos os trâmites de cada Instituição, que incluíram autorização da Coordenação de Curso, autorização da Pró-Reitoria de Graduação, aprovação por Comissão de Pesquisa e por Comitês de Ética próprios.

A seguir, foram identificados os participantes da pesquisa, os docentes que abordam a temática da violência. Estes foram convidados a participar da pesquisa, respeitando-se o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e suas etapas descritas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, conforme Apêndice B. Não há riscos biológicos diretos envolvidos com a participação na pesquisa, entretanto pode haver constrangimento ao responder à entrevista. Entre os benefícios previstos na pesquisa, está colaborar com a formação da enfermagem no que diz respeito à abordagem da violência, o que pode repercutir em melhores práticas de cuidado à população.

6A FORMAÇÃO SUPERIOR DE ENFERMAGEM PARA A ATUAÇÃO NO CUIDADO/ASSISTÊNCIA AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Fizeram parte deste estudo os quatro Cursos de Enfermagem que completaram o ciclo, ou seja, já concluíram turmas, localizados no município de Porto Alegre. Esses cursos pertencem à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e ao Centro Universitário Metodista. Duas instituições pertencem ao quadro das Instituições Federais de Ensino Superior e duas são IES privadas filantrópicas, uma Universidade e um Centro Universitário, ambas cristãs, uma católica e a outra protestante. Quanto ao número de ingresso por ano, as quatro IES somadas ofertam 392 vagas.

Quanto ao início do funcionamento dos cursos, datam de 1950 (UFRGS), 1998 (PUC), 2005 (IPA) e 2009 (UFCSPA) respectivamente. São cursos de enfermagem consolidados e com um número representativo de produção técnico-científica no cenário nacional da enfermagem. A consolidação dos cursos se verifica também pela qualificação da formação docente. Dos 13 docentes entrevistados, 09 são doutores, 02 estão com doutorado em andamento e todos são mestres.

Para a análise dos conteúdos curriculares, inicia-se com a descrição das disciplinas informadas pelas coordenações de curso e pelos docentes, durante as entrevistas, como as disciplinas em que a violência é abordada. O Quadro 2 ilustra as disciplinas.

Quadro 2- Disciplinas que abordam a temática da violência nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, 2014

IES	Disciplinas
UFRGS	Enfermagem no Cuidado à Mulher; Enfermagem no Cuidado à Criança; Cuidado em Enfermagem na Saúde Coletiva II
IPA	Vigilância em Saúde; Saúde, Gênero e Direitos Humanos; Saúde do Homem e da Mulher; Saúde da Criança, Adolescente e Família; Saúde Mental; Saúde do Adulto; Saúde do Idoso; Saúde Coletiva
PUCRS	Processo de Trabalho; Enfermagem na Saúde Reprodutiva e Perinatal; Enfermagem na Saúde da Criança Lactente; Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente; Enfermagem Clínica na Saúde do Adulto e do Idoso; Urgência e Emergência
UFCSPA	Atenção de Enfermagem à Criança e ao Adolescente; Enfermagem na Urgência, Emergência e Intensivismo; Saúde Mental

Fonte: elaborado pela autora, a partir de informações das coordenações de cursos e docentes.* Os professores ministram mais de uma disciplina.

A partir dessa ampla relação, em um primeiro olhar, pode-se inferir que esta é uma temática amplamente discutida na graduação em enfermagem. No entanto,

retomando a construção da problemática desta tese, observa-se que pesquisas apontam as dificuldades dos profissionais de saúde de enfrentar a violência como problema do setor saúde e que esta representa grande desafio para a prática profissional. Assim, essa aparente contradição nos conduziu a investigar para compreender como a temática da violência é abordada em cada currículo e em cada disciplina. Para tanto, foram analisados os projetos pedagógicos dos cursos, os planos de ensino das disciplinas que abordam a violência e as entrevistas com os professores responsáveis por abordar a temática.

Para esta análise, foi considerada a noção de currículo, definida por Moreira (2014, p.9), para a qual “*o currículo envolve apresentação de conhecimentos e inclui um conjunto de experiências de aprendizagem que visam favorecer a assimilação e a reconstrução desses conhecimentos*”. Nessa perspectiva, é possível identificar os planos e as propostas, descritos como currículo formal, o que, de fato, acontece nas instituições e nas salas de aula, compondo o currículo em ação, e as regras e normas não explicitadas que governam as relações e que se estabelecem nas práticas, constituindo o currículo oculto. (MOREIRA, 2014).

A partir da análise, surgiram três situações em que se aborda a violência nos cursos analisados: na primeira, a violência está formalmente incluída no plano de ensino da disciplina, como conteúdo programático, com carga horária dedicada no cronograma, ou seja, faz parte do currículo formal. Essa situação está presente em sete das disciplinas listadas. Na segunda situação, a violência não consta formalmente no plano de ensino, mas o professor trabalha a temática dentro de outro conteúdo relacionado, ou seja, a violência surge no currículo em ação, associada a outro conteúdo do currículo formal ou é demandada nas práticas curriculares dos alunos. Na terceira situação, os alunos se deparam com as situações de violência na prática disciplinar, observam e são co-participantes das ações, realizadas ou não pela equipe de saúde e pelos docentes, ou seja, os alunos se deparam com regras e normas não explicitadas que regem as ações de enfermagem frente ao problema; a temática surge no currículo oculto.

Além dessas abordagens da temática da violência no ensino, considerando-se o tripé reconhecido nas IES, ensino, pesquisa e extensão, a temática violência foi inserida também em Programas de Extensão e Pesquisa. Para esta tese, a pesquisa e a extensão foram consideradas experiências de aprendizagem. A seguir, descreve-se a abordagem da violência em cada situação.

6.1 A temática da violência no currículo formal

Nesta seção, analisam-se as sete disciplinas em que a violência está formalmente inserida nos planos de ensino, ou seja, nas quais a temática faz parte do currículo formal da disciplina. Pode-se constatar que quatro das sete disciplinas nessa condição se referem à saúde da criança e do adolescente e estão presentes, nesse formato, em todas as IES do estudo. Além dessas, cita-se a disciplina de Saúde e Direitos Humanos, que aborda o conteúdo programático de Gênero e Violência, e a de Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, que aborda a violência contra a mulher, além da disciplina Saúde Mental, que foca especificamente o comportamento suicida.

Quadro 3 - Descrição das disciplinas em que a temática da violência está formalmente incluída no plano de ensino

Disciplina	IES	Semestre ofertado	Carga Horária total da disciplina (Teórica (T) Prática (P))	Conteúdo temático descrito no plano de ensino.
Saúde da Criança, Adolescente e família	IPA	5	216 (144 T e 72P)	Prevenção da Violência Infanto-Juvenil e a Promoção da Cultura da Paz
Saúde, gênero e Direitos Humanos	IPA	5	36 (36 T)	Gênero e Violência
Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente	PUCRS	6	140 (TP)	Situações de vulnerabilidade e de violência na infância e adolescência: epidemiologia, prevenção primária, secundária e terciária e promoção da cultura de paz
Atenção de Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente	UFCSPA	4	120 (40 T + 80 P)	Vulnerabilidades da criança, adolescente e família, a prevenção da violência infanto-juvenil e a promoção da cultura da paz;
Enfermagem no Cuidado a Criança	UFRGS	7	225 (15 T e 210 P)	Cuidado ao recém nascido, criança e adolescente e sua família em situação de violência e negligência.
Enfermagem no Cuidado a mulher	UFRGS	6	225 (75 T +150 P)	Violência contra as mulheres. Apresenta e discute situações de violência contra as mulheres e os encaminhamentos a serem realizados pelo enfermeiro.
Saúde Mental II	UFCSPA	6	90 (40 T + 50 P)	Comportamento Suicida

FONTE: Autora, 2015.

As disciplinas são ofertadas entre o quarto e o sétimo períodos do curso e caracterizam-se por apresentar carga horária elevada, com mais de 120 horas, exceção para a disciplina de Saúde e Direitos Humanos, que tem 36 horas. São disciplinas que contemplam carga horária teórica e prática, conforme mostra

oQuadro 3.

Constata-se, no quadro em questão, a concentração da inserção da temática nas disciplinas voltadas para as áreas de Saúde da Criança e do Adolescente. Além dessas, Saúde da Mulher e Saúde e Gênero e Direitos Humanos focam o conteúdo violência de gênero.

A concentração da inserção formal da temática da violência nas disciplinas voltadas à Saúde da Criança e do Adolescente pode ser atribuída à longevidade do Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê a responsabilidade do profissional de Saúde no enfrentamento das situações de violência, desde 1990. Já o Estatuto do Idoso data de 2003, a Lei Maria da Penha, de 2006, e o Estatuto da Juventude, de 2013; e constituem-se em influências curriculares mais recentes.

Em estudo de revisão acerca da atenção de enfermagem à criança vítima de violência, que incluiu 37 publicações de 1993-2003, 08 nacionais e 29 internacionais, as autoras descrevem um panorama que reforça essa compreensão. Foram pesquisadas as Bases BDNF, LILACS e MEDLINE. O primeiro aspecto que se destaca na revisão é a pequena produção nacional, 08 publicações, e a concentração de produção nos Estados Unidos, com 24 publicações. Um segundo aspecto a ser observado é que as publicações internacionais destacaram as crianças, as mulheres e os idosos de forma associada como vítimas da violência, enquanto os estudos nacionais enfatizaram a criança como vítima na perspectiva de atenção extensiva à família. Também se constata a diferença em relação aos dados de magnitude do problema; enquanto textos norte-americanos apresentaram estatísticas oficiais referentes à violência intrafamiliar, os dados nacionais, quando apresentados, referiram-se a estudos de prevalência restritos a determinada localidade ou região. (CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005).

Em relação ao diagnóstico da violência, enquanto os estudos americanos se centravam na utilização de indicadores, de roteiros e de escalas para reconhecer e classificar os sinais de violência; nos textos nacionais, a ênfase maior é na sensibilização dos profissionais para a problemática. Quanto à capacitação do enfermeiro para assistir crianças vítimas de violências, as autoras referem que foi o tema menos abordado nos textos nacionais analisados, entretanto alguns autores apontaram a relevância da inclusão da temática nos currículos. (CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005). Ou seja, foram estudos da década de 1990, logo a seguir ao Estatuto da Criança e do Adolescente, que evidenciam os primeiros passos da

enfermagem no Brasil nos estudos dessa temática, nos quais se apontou a importância dessa inserção nos currículos.

Em relação ao conteúdo programático descrito nos planos de ensino e/ou no cronograma das disciplinas voltadas à Saúde da Criança e do Adolescente, incluem-se a prevenção da violência infanto-juvenil, vulnerabilidade da criança, adolescente e família e epidemiologia e a promoção da cultura de paz.

Esses conteúdos estão presentes na Política Nacional de Atenção Integral à Criança, publicada recentemente, em agosto de 2015. Esta Política se estrutura em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde da criança no território nacional. Entre os eixos estruturantes, cita-se o quinto, que aborda a atenção integral à criança em situação de violência, a prevenção de acidentes e a promoção da cultura de paz. Esse eixo objetiva articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências e acidentes e para a promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e aos processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na rede de atenção à saúde e na rede de proteção social no território. (BRASIL, 2015). Constata-se a proximidade do preconizado pela Política com os conteúdos inseridos nos planos de ensino da graduação em enfermagem.

Em relação à violência infanto-juvenil, revisão de 2014, na qual foram incluídos 31 artigos, entre 2001 e 2011, buscou analisar a literatura científica latino-americana acerca da violência contra infanto-juvenis, sob o foco da enfermagem, e identificar o ambiente em que a violência contra essa população se origina e o ambiente em que é revelada pelas crianças e pelos adolescentes, assim como as ações desenvolvidas pela enfermagem diante dessa problemática. Os autores concluem que o ambiente escolar é prioritário na identificação da violência e o ambiente familiar na origem da violência contra essa população. Os autores destacam a necessidade de capacitação e de atualização dos profissionais da equipe de saúde e da área de educação de forma a contribuir para o enfrentamento do problema. (SOUSA et al., 2014).

Segundo os autores, ainda que o cuidado à vítima da violência deva ser multidisciplinar, a enfermagem ocupa um lugar proeminente neste processo, visto que a atenção prestada especificamente pela enfermagem é de foco direto e de

caráter integral. A qualificação do enfermeiro e sua capacitação para o enfrentamento de maus-tratos e violência contra crianças e adolescentes, embora tenha sido um tema menos abordado nos artigos analisados, possui relevância fundamental nesta abordagem. (SOUSA, et al., 2014).

Pesquisa específica, acerca da abordagem da enfermagem nos casos de violência infanto-juvenil na atenção básica, revela que, apesar da concentração da inserção da temática nos currículos formais das disciplinas voltadas à Saúde da Criança e do Adolescente, em geral a violência não é reconhecida como um problema a ser resolvido pela enfermagem. Em entrevistas com enfermeiros que atuam há mais de um ano na atenção básica, foram recorrentes os relatos associando o problema à competência de outros profissionais. De acordo com os autores, os depoimentos vão de encontro à discussão promovida pela literatura, que reconhece que, frente ao problema, cabem ações de enfermagem no âmbito da atenção básica. (ARAGÃO et al., 2013)

Souza e Santos (2013), em outro estudo acerca da atuação dos enfermeiros no enfrentamento aos maus-tratos infantis, no qual foram entrevistados enfermeiros com menos de cinco anos de formados na sua maioria, destacam a importância de incluir no processo de ensino-aprendizagem da enfermagem a abordagem dessa temática e o incentivo à participação da universidade na educação permanente dos profissionais nos diferentes campos de estágio. Tal recomendação demonstra as lacunas evidentes na compreensão do direcionamento das situações identificadas, a falta de diálogo entre a USF e os órgãos de proteção ao menor, a intersetorialidade, que se refere apenas ao encaminhamento das vítimas, não havendo a preocupação com o acompanhamento dos casos, quiçá referência aos planos de cuidados a esses indivíduos, à família e aos agressores. Além disso, as autoras salientam o fato de a notificação não ter aparecido nas narrativas, o que mostra uma possível falha no fluxo de informações dentro da rede intersetorial e uma desvalorização desse instrumento. (SOUZA;SANTOS, 2013).

As políticas de assistência à infância e à juventude vêm sendo modificadas, principalmente nos últimos 20 anos, e se esforçam em refletir o valor que a sociedade atribui à criança e ao adolescente, o que repercute na maneira como são cuidados. O modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde, por meio das Políticas de Atenção à Saúde, dentre as quais a Política de Atenção Básica e a Política de Atenção Integral à Saúde das Crianças, tem privilegiado a reorientação

da organização dos serviços de atenção básica, com enfoque na promoção e na prevenção. (BRASIL, 2015). Nesse sentido, às instituições formadoras sugere-se readequar seus currículos para que os profissionais de saúde estejam preparados para atuar nessa nova realidade. A enfermagem, parte da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, tem papel fundamental nesse novo modelo proposto. A prevenção dos agravos e a promoção da saúde estão fortemente descritos nas diretrizes curriculares para a formação de enfermeiros, conforme se constata. Entre os agravos que se destacaram nesses últimos vinte anos, a violência tem grande magnitude e forte impacto nas condições de saúde das crianças e dos adolescentes.

Nessa perspectiva, o período 2001-2010 foi proclamado como “Década Internacional para uma cultura de paz e não-violência para as crianças do mundo”. A cultura de paz é definida como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social (ONU,1999). Em 1999, a ONU lançou o Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz, que trouxe, entre seus objetivos, estimular os Estados Membros a adotar medidas para promover uma cultura de paz no plano nacional, bem como nos planos regional e internacional. Entre as medidas, incluem-se as ligadas à Educação, aos direitos humanos, à igualdade entre mulheres e homens, à participação democrática, à compreensão, à tolerância e à solidariedade. (ONU, 1999). Os cursos participantes deste estudo abordam essa temática por meio de oficinas e aulas expositivo-dialogadas.

Nos conteúdos abordados e analisados nesta tese, identifica-se a articulação da formação em enfermagem com as atualizações das políticas públicas e com os direitos humanos. Verifica-se a prevenção da violência infanto-juvenil, abordada por meio do ECA (BRASIL, 1990), e a Promoção da Cultura de Paz, definida pela ONU(1999). Entretanto, ressaltam-se também as pesquisas em enfermagem demonstrando que, embora seja no ambiente familiar que ocorre a maioria das violências infanto-juvenis, é na escola que estas são mais frequentemente identificadas. Ademais, pesquisas na atenção básica, citadas no que segue, demonstram as fragilidades e o despreparo dos profissionais enfermeiros no enfrentamento da violência contra a criança.

Entre os artigos nacionais selecionados por Sousa et al. (2014), 7 (22,58%) referem o enfermeiro como não qualificado, ou precisando de preparação específica na academia para atuação frente à violência. Schwancket al. (2005), em estudo realizado com formandos em enfermagem, constatou que metade dos entrevistados não se sentiu preparado para atuar em situações de violência contra crianças e adolescentes, pois para os acadêmicos os conteúdos são insuficientes. Aragão et al. (2013) e Souza e Santos (2013) também evidenciam as lacunas na formação para o enfrentamento da violência infanto-juvenil. Nesse sentido, constata-se que é necessário um comprometimento das instituições formadoras, pois a capacitação do profissional de enfermagem para a atuação nesses eventos se inicia na academia, a partir de conteúdos adequados e suficientes, além de articulação entre a teoria e a prática, considerando aspectos e enfoques contemporâneos do fenômeno.

Neste estudo, as entrevistas desenvolvidas permitiram o confronto com a literatura e elucidar lógicas subjacentes da forma como os conteúdos são abordados. As disciplinas, que incluem a temática da violência formalmente em seus planos de ensino, têm aulas teóricas, uma ou duas no semestre, dizem os professores, em que são abordados os tipos de violência, a visibilização da violência e o manejo, além da cultura de paz. São disciplinas com abordagem teórico-prática, em que a violência tem carga horária dedicada, mas o tema surge também nas discussões ao longo da vivência prática dos alunos. Os trechos a seguir ilustram a forma de abordagem da temática.

Na disciplina da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, a gente tem uma aula teórica, específica para esse assunto. Então se faz oficinas, eles tentam compreender o que significa cultura de paz, tentam entender as formas de violência na criança e no adolescente, que vai desde o abuso e da própria violência.[...] Existe uma aula específica para isso: a gente fala dos tipos de abuso, tipos de violência, como faz o manejo.[...] Esse abuso pode vezes vem velado esse assunto, o quanto é difícil para a família trabalhar. E também a questão cultural [...] Tem um dia para se trabalhar isso, embora, nas aulas de um modo geral, sempre se traz alguma situação de negligência com relação à criança. (Entrevista 2).

É ministrada em duas aulas, eu trabalho todas as violências em uma e o abuso sexual em outra. [...] eu foco na minha área de atuação, já que os alunos grande parte vai passar comigo, aí a gente trabalha especificamente a violência contra criança na família. (Entrevista 7).

Em relação às dinâmicas ou práticas pedagógicas para a abordagem da temática, citadas pelos docentes nas entrevistas, nas disciplinas que apresentam sua inserção formal, foram referidas oficinas, estudos de caso, aulas expositivo-

dialogadas, leitura e discussão de artigos científicos, leitura de legislações específicas, apresentação e discussão de filmes.

No meu primeiro dia de estágio eu trabalho com a Lei Maria da Penha, porque os alunos desconhecem a Lei Maria da Penha, quer dizer, sabem que existe mas não sabem qual é o teor da Lei Maria da Penha. A gente lê juntos, a gente discute o que mudou, quais as inovações, quais as condições de implementar, operacionalizar aqueles itens ali, os direitos das mulheres e tal a gente faz uma discussão eu trago um texto e a gente trabalha o texto e a Lei Maria da Penha. (Entrevista 1)

Uma das coisas que eu utilizei de recurso [...] nós fizemos uma oficina bem breve, onde eu distribuí uma folha de ofício onde tinha um quadrado e uns tracinhos do lado à direita. Nesse quadrado eu pedi que eles desenhassem uma situação, aonde vivenciaram ou participaram de algo que tivesse a ver com as questões de paz, de ajuda. E à direita [escrevessem] o seu nome, colocando um adjetivo começando com a primeira letra do nome. Na segunda [linha], onde seria o nome do pai (como se fosse uma carteira de identidade de um pacificador, de uma pessoa que trabalha pela paz). Na segunda linha, ao invés de colocar o nome do pai, uma pessoa que fosse referência para esse tipo de movimento. Onde iria o nome da mãe, o nome de uma mulher, de uma figura feminina, que tivesse então como referência para, não falo em caridade, mas que trouxesse esse lado bom. Na outra linha, que eles colocassem uma situação que eles vivenciaram, que foi muito importante, onde o desenho do lado traz, como seria a foto dessa carteira de identidade. (Entrevista 2).

...normalmente a gente trabalha com oficinas, com métodos dialogados, métodos de uma busca de um significado, ou de estudos de caso, que a gente possa trocar com o discente e escutar eles nas impressões que eles tiveram. (Entrevista 3)

Então assim, a gente trabalha um módulo teórico, eu apresento a aula que é expositiva dialogada, aí eu passo aquele filme, "Preciosa". (Entrevista 7).

Quanto à reação dos alunos frente à temática, os docentes referiram que causa, num primeiro momento, impacto nos acadêmicos e estes expressam sentimentos de pena, revolta, raiva, surpresa, medo. O Ministério da Saúde, nas orientações para prática em serviço já descreve essa reação perante a violência intrafamiliar. Esta afeta a todos que, de alguma forma, se envolvem com ela, e os profissionais da saúde não são exceção. (BRASIL, 2001c). Os excertos a seguir ilustram as reações iniciais dos alunos frente à temática da violência.

Causa um impacto [...] são situações muito impactantes para os alunos. Por mais que você converse e diga que isso acontece, você ver na sua frente[...] então tem vários sentimentos, tem pena, tem a revolta[...] tem várias coisas misturadas. (Entrevista 1)

Acho que é um pouco impactante ver. Porque são situações que sempre eles acham que não vai acontecer ou que pode não acontecer [...] Sim, acho que eles se sentem muito impactados com a questão da violência. Até teve uma unidade em que a gente estava fazendo estágio [...] que está em pé de guerra [...] tiveram vários assassinatos. Essa questão do medo, dessa

violência, dessa forma, que parece que eles tinham muito é só essa violência que assusta, tiroteio, briga de gangue, mas que o resto ainda não estava sendo enxergado [violência doméstica]. Então estava meio escondidinho ali. Acho que eles também começaram a ver isso, e essa violência ser tão assustadora para eles quanto essa externa de assalto, de tiro, mais urbana. (Entrevista 5).

Tem uns que ficam apavorados, sabe? Apavorados, assim, "mas como é que pode [a professora está mostrando uma foto], olha a criança toda queimada de cigarro, o quê que é isso? O quê que leva uma pessoa a fazer isso?". É que assim ó, como é o primeiro momento... o primeiro contato deles com essa realidade, tu tem que trabalhar aqueles sentimentos, assim, explosivos de querer matar, olho por olho dente por dente, sabe? (Entrevista 7).

Outra reação dos alunos, referida pelos docentes, é de revelar situações do dia a dia, situações pessoais ou familiares de violência que antes pareciam invisíveis. A visibilidade, nesse sentido, desnaturaliza esses eventos, sendo um passo importante para sua compreensão e seu enfrentamento.

Eles trazem muito coisas do dia-a-dia, trazem muitas situações que estão vendo, por exemplo, no supermercado. Que estão vendo com a vizinha, que estão vendo em casa, com o próprio irmão. Eu tive relatos, porque acaba vindo à tona. Ainda que não só nas oficinas, mas também na aula teórica. "Professora, tem uma situação na minha casa: a minha irmã é assim. ...já aconteceu há um ano e meio atrás, de um aluno até colocar coisas pessoais, da sua preferência sexual também, da sua opção, na verdade. E quanta coisa ele já sofreu, sofre ainda com os pais, de abandono, por não concordarem.(Entrevista 2)

E assim ó, comigo já aconteceu, por exemplo, eu estou dando aula teórica e a revelação, o desvelamento da coisa se dá, "professora, eu quero falar uma coisa. Ah, quando eu tinha 6 anos, meu tio...". Aí eu disse, "ah, então vamos fazer o seguinte, vamos conversar no intervalo e tal", aí eu paro a aula do que não estava previsto, e aí, né, canalizo, porque para a pessoa se expor assim... Outros eu já... eu já, assim, já recebi bilhetinhos, "preciso falar contigo no final da aula, quero te contar uma coisa". (Entrevista 7).

Após esta reação inicial, é necessário direcionar esses sentimentos para o enfrentamento do problema. Nesse sentido, os docentes referem que alguns alunos por meio de reflexões acerca da situação, conseguem elaborar intervenções, outros já procuram imediatamente o que fazer, além de outros que não conseguem participar da atividade.

Assim, o contato com situações de sofrimento e risco, a insegurança e os questionamentos que despertam, bem como a impotência em obter soluções imediatas, exigem um tempo de autocuidado para proteção e alívio de tensões.

Nossa experiência pessoal nos permite argumentar que, por esse motivo, é preciso criar oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação

que proporcionem um respaldo à equipe para expor e trabalhar seus sentimentos e suas reações. (BRASIL, 2001c). Acredita-se que esta seja a atitude a adotar na abordagem da temática da violência. Da mesma forma que o profissional, os acadêmicos também são impactados pela violência e necessitam de oportunidades para refletirem sobre a situação, com o auxílio do professor e da equipe de saúde. É importante que ele possa vivenciar todo o processo como co-responsável pela assistência, mobilizando recursos institucionais e comunitários para seu enfrentamento. Os excertos a seguir ilustram situações em que os acadêmicos têm a oportunidade de refletir sobre as situações de violência vivenciadas e têm um espaço para o autocuidado.

Ou o aluno, ele percebe, ele analisa, mas ele se paralisa, ele não consegue arregaçar as mangas para fazer a intervenção, e tem o outro que canaliza essa perplexidade para a intervenção. É a reação inicial. Então assim ó, a minha maior preocupação, é, "vem cá, vamos enxergar isso como um problema de saúde", né, através dessa criança que está toda machucada a gente pode fazer uma série de ações. (Entrevista 7)

É claro, alguns alunos apresentam maior dificuldade do que os outros, porque isso dá muito impacto, né? Entrar em contato a primeira vez com uma criança, é a primeira vez que eles entram em contato no hospital com a criança, né. Então, assim, ver uma criança que foi, por exemplo, queimada, abusada sexualmente, isso impacta muito. Então a gente faz um, assim, um programinha de retaguarda com eles de, assim, tipo uma vez por semana a gente faz uma lida de sentimentos, né, aí eu peço para a psicóloga da equipe participar, e tal. E tem alunos que ficam mexidos com esse tipo de vivência. (Entrevista 7)

Alguns alunos têm despertado positivamente, no sentido de a gente ver até os TCCs indo ao encontro de trabalhar temas da busca de mais subsídios. Outros ainda reagem buscando uma formação mais hospitalar. Mas eu diria que vejo como 50% positivo, gostaria que fosse mais. Gostaria que fosse 90, 80. Mas acho que talvez quando se fale nessa abordagem, alguns talvez para se proteger a si próprios, não se engajem na atividade.(Entrevista 3)

As reações dos estudantes diante dos conteúdos da violência contra a criança foram descritas por Schwancket al.(2005), em estudo com acadêmicos de enfermagem. Nesse estudo, mesmo os acadêmicos referindo e reconhecendo a obrigatoriedade da notificação de casos de violência ao Conselho Tutelar, essa conduta não foi adotada por nenhum dos participantes da pesquisa. Para os autores, os acadêmicos não se sentiram atuantes nem compromissados, pois lhes foi sugerido recorrer à direção da escola ou à docente responsável pela prática de Enfermagem a fim de dar mais legitimidade às denúncias. Essa recomendação, provavelmente com objetivo de proteger o acadêmico de um maior envolvimento

psicológico com a situação, resultou em privar-lhes de uma oportunidade ímpar de envolvimento com os recursos da comunidade, na busca de soluções para os problemas identificados. (SCHWANCK et al., 2005).

Observa-se, até então, em nosso meio, que a formalização da introdução da violência como conteúdo curricular está pautada em políticas e em argumentos epidemiológicos. No entanto, pode-se questionar o fato de não ser regra em todos os currículos e se a própria docência superior está qualificada para tal. Entende-se que a violência não se resume a uma dimensão conteudista apenas, mas é transversal às diferentes disciplinas, em se tratando do saber acadêmico. Trata-se de dispor de elementos de sustentação psicossocial envolvendo diferentes setores da sociedade e compromisso com os resultados. As complexas situações que envolvem desafiam as ciências da saúde em sua dimensão técnico-científica. Na sequência, buscam-se outras influências que desencadeiam a necessidade dessa abordagem na relação de ensino que nos permitem aprofundar sua compreensão.

6.2 A temática da violência no currículo em ação

Uma segunda situação de abordagem da violência foi identificada durante a análise das entrevistas e dos planos de ensino. Nesta situação, a violência não aparece explícita no plano de ensino, mas o professor aborda dentro de outro conteúdo relacionado. Um exemplo dessa situação está descrito no excerto a seguir, em que, na entrevista, foi referida dentro do conteúdo "Ações Programáticas em Saúde".

Então, dentro dessas ações programáticas a gente trabalha a questão da ação programática da mulher, da saúde da mulher, e nessas ações a **gente tem a possibilidade de trabalhar um pouquinho à questão da violência (grifo nosso)**, dos encaminhamentos, dos fluxos da Atenção Básica para os serviços de referência da questão da violência contra a mulher e contra a criança também, nos fluxos. (Entrevista 13).

Na disciplina que tem prática, a gente vai para o campo, então nos campos a gente tem a questão que a gente consegue visualizar essas situações na prática, ou então, **depende do professor, de abordar isso ou não (grifo nosso)**, e a gente também tem uma revisão das ações programáticas, então, nas ações programáticas, a gente revisa um pouquinho essa questão dos fluxos mesmo, mas não tem uma aula que se trabalha a questão da violência. (Entrevista 13).

São aulas, mas também não só aulas. É no dia a dia. Sendo um tema transversal, se tu trabalhares, por exemplo, a questão da prática profissional

do enfermeiro nessa disciplina do primeiro nível, nós trabalhamos o tema [violência], mas também junto com isso nós temos áreas específicas que tratam, digamos, sobre gênero. (Entrevista 6).

Nestas entrevistas, fica claro que "depende" do professor abordar ou não a temática da violência. Não há uma obrigatoriedade como conteúdo, pois este não faz parte do programa descrito no plano de ensino. É a percepção do professor que vai identificar como necessária essa abordagem. Em outra fala, pode-se constatar a autonomia do docente nessa abordagem, mesmo quando esta não está no conteúdo formal da disciplina. Nas falas, pode-se constatar claramente a existência do currículo em ação, no qual o professor adequa o conteúdo, de acordo com seu entendimento e sua qualificação. Dessa forma, existem possibilidades para além do "prescrito", o que flexibiliza, em certo sentido, as dinâmicas da sala de aula e pode tornar estudantes e professores protagonistas de novos conteúdos.

É uma disciplina, como todo currículo, uma coisa é o que tá escrito no papel, outra coisa é o que se faz [...] aquele que tu faz entre quatro paredes na tua sala de aula. (Entrevista 1).

Salienta-se que as entrevistas, neste estudo, foram realizadas com os professores que abordam a temática em sala de aula e os planos de ensino analisados foram os das disciplinas referidas pela coordenação do curso ou pelos professores, como aquelas que abordam a violência. Mesmos assim, na análise de alguns conteúdos programáticos, nos planos de ensino, surgiram dúvidas se a violência estava ou não contemplada. Nas entrevistas, algumas situações foram esclarecidas, entretanto, como todas as disciplinas foram indicadas, fica a dúvida quanto à inserção da temática no currículo formal, na perspectiva institucional.

O Quadro 4 ilustra as disciplinas e os conteúdos programáticos em que a violência é "potencialmente" inserida.

Da mesma forma que o conteúdo programático "Ações Programáticas em Saúde" possibilita a inserção da temática da violência no currículo em ação, outros conteúdos foram identificados. Por exemplo, em "Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher", os objetivos da política incluem promover a atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Em "Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem", ressalta-se a vulnerabilidade desta população à violência e a repercussão sobre as condições de saúde masculina. No conteúdo "Saúde Sexual e Reprodutiva", potencialmente se discute

violência sexual. Nas "Questões de Gênero", é possível se trabalhar com a violência de gênero; e na "Prevenção de Traumas Físicos Infantis", também pode estar inserida a violência.

Quadro 4- Disciplinas que potencialmente abordam a violência no currículo em ação associada a Conteúdos Programáticos do Currículo Formal

IES	Disciplinas	Conteúdo Relacionado no Plano de ensino
UFRGS	Cuidado em Enfermagem na Saúde Coletiva II	Ações Programáticas em Saúde
IPA	Vigilância em Saúde	Vulnerabilidade e Suscetibilidade
	Saúde do Homem e da Mulher	Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher e do Homem
PUCRS	Processo de Trabalho	Questões culturais, de gênero, poder, educação, trabalho, bioética e ética profissional relacionada ao saber/fazer Enfermagem
	Enfermagem na Saúde Reprodutiva e Perinatal	Saúde Sexual e Reprodutiva
	Enfermagem na Saúde da Criança Lactente	Segurança da Criança lactente- prevenção de traumas físicos infantis
	Enfermagem em Urgência e Emergência	Trauma

Fonte: Autora, 2015.

Assim, foi possível identificar, nas falas de vários entrevistados, a percepção da temática da violência como transversal ao longo do curso, o que justificaria sua ausência no currículo formal, em determinadas disciplinas, mas sua inclusão no currículo em ação como decorrência proposta pelas situações apresentadas, ainda que os docentes a incluam em um "linguajar patológico" por vezes. As falas a seguir ilustram essa percepção da transversalidade da temática.

Eu diria que a violência é um assunto transversal, passa pelas disciplinas. É o foco: a gente tenta, sempre que vai abordar os temas nessas áreas, procurar focar nessas questões, porque nós precisamos estar vigilantes a isso. Esse assunto passa de forma transversal nas patologias que surgem. (Entrevista 2)

Porque é um pouco o que eu te disse, às vezes não está lá escrito violência, no tema da disciplina [...]. Porque ela está em todos os lugares, é transversal, e vai estar em diversas situações: com a criança, com o adolescente, com a gestante, com o adulto, com o homem, com a mulher, com o idoso. (Entrevista 5)

Bom, o que eu consigo enxergar[...] é que tem alguns temas que são transversais aqui na universidade. E a violência acaba sendo uma temática que não tem uma disciplina específica de violência, enfim, pra tal faixa etária, mas é um tema transversal em inúmeras disciplinas, então a gente acaba trabalhando a questão da violência lá na área de Materno, que é uma área que eu não estou inserido, mas eu sei que as gurias trabalham isso junto com as temáticas da disciplina de Saúde da Mulher, mas em Saúde da Criança a gente acaba trabalhando ela de uma maneira bastante global, porque a gente acaba trabalhando desde a questão do desenvolvimento e crescimento da criança, e até enfatizando os tipos de violência. Na disciplina de Urgência e Emergência, também a gente acaba trabalhando a violência, mas mais num contexto mais epidemiológico, na questão do trauma, na própria questão de como esse paciente chega na emergência,

de como é a abordagem profissional, enfim. Então essa temática acaba sendo bastante transversal. (Entrevista 12)

Entretanto, nas entrevistas, também foi possível identificar que a ausência de inserção formal pode resultar na ausência dessa abordagem. Essa percepção parece sensibilizar alguns docentes, que referem que a violência necessita de maior visibilidade nos currículos da enfermagem.

No currículo atual está inserido com algumas pinceladas, mas eu acredito e já também conversei com a professora [...] que isso precisa ser mais demonstrado no plano, trabalhado no cronograma. A temática da violência tem que constar formalmente para que dê visibilidade e compromisso, tanto do docente quanto do discente, de que possa se criar essa abordagem e criar uma questão da prática profissional do enfermeiro. (Entrevista 3)

Mas assim, eu volto a dizer, a violência, tema violência merece ser melhor visibilizado. Isso eu reconheço. (Entrevista 6)

Diante dessa "ausência" no conteúdo programático curricular e de sensibilidade ao tema por parte de muitos docentes, referida pelos entrevistados, questionou-se o **porquê** de abordar a violência na graduação em enfermagem. Os professores responderam que a violência emerge, cada vez mais, nas práticas vivenciadas pelos alunos, tanto em ambiente hospitalar quanto em escolas, em instituições ou em unidades básicas de saúde. Assim, os docentes relatam que não têm como deixar de problematizar ou discutir, pois são questões visibilizadas pelos próprios alunos ou solicitadas pela equipe no campo de prática.

Porque ela perpassa a nossa vida. Ela perpassa a vida de qualquer indivíduo. Seja esse indivíduo na família, que muitas práticas de violência, elas também são banalizadas na própria família. Eram. Acho que hoje elas são mais[...] estão mais claras, e que elas não eram muito bem tratadas. Então assim, na família, no local de trabalho, em entorno da rua onde a gente mora. Então, eu acho que nós não podemos ficar à margem dessa reflexão e deste, digamos assim, deste encaminhamento pra preparar melhor os enfermeiros pra tratarem desse tema seja onde for. (Entrevista 6)

Então, eles [os alunos] também nos trazem relatos [...] Eles acabam trazendo isso, o que faz com que a gente perceba que realmente é um assunto que, cada vez mais, tem que ser abordado, porque nós estamos formando profissionais que, amanhã ou depois, estarão ali no mercado. A parte, então, das escolas, como eu trouxe, em todas as escolas que eu fui esse semestre, nós passamos em três instituições, eu passei com um grupo em três instituições em Porto Alegre, todos pediam a parte ou de drogas ou de sexualidade, mas junto para abordar, de alguma forma, a parte da violência, [...], então eles pedem muito pra, também, trabalhar isso. É uma realidade. É um assunto que tem que ser abordado. (Entrevista 10)

Acho que é uma temática bem importante, porque diariamente a gente se depara com esse tipo de situação, tanto com criança, com idosos,

mulheres...acho que são os grupos mais vulneráveis. Eu acho que a gente ter as condutas adequadas também vai ser benéfico tanto para a pessoa que sofreu a violência quanto para o profissional que está conduzindo a situação. Acho que a própria situação que o dia a dia nos traz. A gente fechar os olhos pra isso não, né? A gente tem que encarar e encaminhar da melhor maneira possível. (Entrevista 11)

As falas dos docentes atestam que é um problema frequente nas práticas disciplinares dos alunos, em consonância com as pesquisas que evidenciam a violência mais frequente em nossa sociedade. Entretanto, percebem-se lacunas nos currículos de enfermagem uma vez que sua informalidade pode resultar no não reconhecimento como um problema que demanda qualificação e ações da enfermagem como campo de saber e como prática profissional. Essa "informalidade" do conteúdo, mesmo com a autonomia do professor de incluí-lo em outro tema relacionado, encontra limitações em relação ao tempo dedicado para a discussão de conceitos, de formas de identificação, de diagnóstico e de enfrentamento da violência. Nesse sentido, a demanda disparada pela percepção de situações de violência, por parte dos estudantes na prática disciplinar, associada à limitação de tempo imposta pela prática nos serviços de saúde para a reflexão, além da ausência de conhecimento acadêmico sobre a violência, podem resultar em experiências de aprendizagem negativas. Essas podem refletir-se na não inserção dos alunos no enfrentamento das situações de violência, limitando-se, por vezes, a aprendizagem por meio da observação das condutas ou da ausência de condutas de outros profissionais de saúde. Essa situação tem sido referida em pesquisas que demonstram que essa formação está aquém do desejado. (BONFIM, 2008; LEAL, 2010; RUCKERT et al, 2011). A aprendizagem, nessas condições, ocorre por meio do currículo oculto, conforme se analisa a seguir.

6.3 A temática da violência no currículo oculto

Um aspecto que ficou bastante evidente nas análises documental e das entrevistas foi a ausência da violência enquanto conteúdo programático formalmente incluído no plano de ensino da maioria das disciplinas que dizem abordá-la. O que vários docentes referiram foi que a violência emerge na prática da disciplina e, a partir da situação identificada, surge a necessidade de problematizar com os estudantes. Os excertos a seguir ilustram essa situação.

Dessa experiência que eu tenho, de quatro anos, e esse tempo em que eu trabalhei nas outras duas instituições, era um assunto que se trabalhava de **forma sutil**, porque não se entrava muito em termos de teoria mesmo, no sentido de autor tal, de conceitos, de definições. Isso não existia assim. A gente trabalhava questões de violência, até por se ter muitas vezes casos em que tem crianças que vêm vitimadas, por exemplo, de abuso sexual, violência sexual, em UTI.[...]. Mas não existia no plano, nessas instituições em que eu trabalhei não existia no plano de ensino. (Entrevista 2)

Nessas que eu estou dando não, não está inserida na ementa, mas sempre acaba trazendo, é um contexto que a gente vai na Unidade Básica, se tu vai atender mulheres, tu não tens como não falar na violência, mesmo que não esteja abordando.(Entrevista 9)

É porque eu acho que é um tema que não tem como a gente fugir. Não tem como esconder, porque se a gente não abordasse de alguma forma na sala de aula, nos campos de prática a gente vai ver as diversas formas de violência. (Entrevista 5)

Observa-se que são os cenários de prática que induzem "tratar do assunto" questão, muitas vezes, abordados de "forma sutil", sem que o embasamento acadêmico científico dê sustentação. Nesse caso, são as unidades básicas de saúde, os serviços hospitalares e outras instituições nas quais a enfermagem exerce sua prática que influenciam nas experiências de aprendizagem, independentemente da indução curricular. Nesse sentido, considera-se que o aluno aprende por meio de relações com a equipe de saúde do local ou com a equipe prestadora de assistência.

Mais uma vez, constata-se que os profissionais de saúde não se sentem preparados para identificar e para enfrentar a violência. (BONFIM, 2008; ARAGÃO et al., 2013, SOUZA; SANTOS, 2013). Pode-se questionar quem ensina quem ou se, essas trocas se dão na conjunção de precariedades: de um lado, o ensino profissional universitário omissivo e pouco qualificado; de outro, os profissionais no campo de práticas, isolados e tendo que improvisar na assistência.

Os próprios docentes participantes desta tese também identificam essas dificuldades dos profissionais em atuar no problema.

Vejo que tem um despreparo bastante grande de todos os profissionais, não só do profissional enfermeiro, mas de qualquer profissional da área de emergência da atenção das questões de violência e os encaminhamentos, né? Inclusive, a gente sofre muito com a questão de notificação.(Entrevista 12)

Resta saber se os próprios docentes reconhecem os seus limites, que se refletem na formação universitária pouco qualificada para esse enfrentamento. Associado a essa dificuldade, outro aspecto descrito pelos docentes é a falta de tempo para reflexões durante os estágios na área hospitalar, por exemplo. Faz-se alusão ao trabalho técnico como prioridade absoluta nesse

ambiente, o que dificulta a disposição à escuta, a atenção às queixas difusas, aos "não ditos" dos pacientes. A fala a seguir ilustra a situação referida.

Estágio no Hospital é 100 metros com barreira, ou seja, não dá tempo nem de tu sentar e conversar. (Entrevista 1).

Neste contexto, pode-se pensar que a temática da violência e o seu enfrentamento como agravo à saúde é motivo de aprendizado nessas situações; por meio do currículo oculto. Nelas o estudante se depara com uma situação de violência, observa a conduta ou a ausência de conduta do profissional frente ao problema e, frequentemente, não tem tempo de refletir com o docente sobre o ocorrido. Nesse sentido, questiona-se como essas experiências se configuram em aprendizagem positiva, no sentido de reconhecer a violência como um problema de saúde pública que demanda ações de enfermagem; ou negativa, no sentido de reproduzir condutas em que os profissionais visivelmente são inábeis e se sentem incapazes de atuar nessas situações.

Dessa forma, ressalta-se a importância, referida pelos docentes, de experiências de aprendizagem nas quais os estudantes vivenciam práticas disciplinares em casas de apoio a mulheres em situação de violência, a crianças em situação de violência, nas quais é possível acompanhar os encaminhamentos, as intervenções, elaborar planos de cuidado, entre outras formas de assistência.

Um dos campos de estágio é um hospital que tem um centro de referência para atendimento às vítimas de violência contra criança e adolescente, então eles também acabam fazendo a visita, passando algum tempo do estágio nesse serviço, então acaba tendo uma continuidade. (Entrevista 12).

É o estágio muito mais tranquilo então dá pra gente problematizar as situações à medida que elas vão aparecendo e aí fazer uma coisa muito mais singular. (Entrevista 1)

Então, assim, para ti entender um pouquinho, os alunos que passam comigo [no serviço de referência], eles têm um pouco mais de vivência no campo da violência, assim, na abordagem prática, tá? Atendendo, porque eu atendo as crianças que estão sofrendo violência familiar, na enfermaria. Então a gente procura agendar as reuniões com os pais e a família ampliada, que o objetivo da equipe é sempre tentar trabalhar através da criança esse núcleo que está disfuncional. (Entrevista 7)

Nesses locais, mesmo que a violência não esteja contemplada no currículo formal, a experiência de aprendizagem para os alunos, por meio do currículo oculto, se configura em ações da equipe multidisciplinar, que incluem a enfermagem no

enfrentamento do problema. Segundo a fala dos docentes, as oportunidades de vivenciar situações de cuidado permitem identificar situações de violência, realizar o acompanhamento de forma individualizada, realizar encaminhamentos para a equipe multidisciplinar, acompanhar a elaboração do plano de segurança das pacientes e intervir por meio de ações que contemplam o conceito ampliado de saúde. Essa compreensão ampliada permite ao estudante perceber a complexidade das situações em diferentes dimensões, materiais e imateriais presentes nesses eventos, que geram sofrimento para além dos aspectos físicos.

Eu acho que eles saem de lá com outra cabeça, agora sim, se tu achas que eles saem de lá com a ideia bem concreta do que fazer, eu acho que não é pouco [...] pouco tempo, mas o que a gente problematiza muito lá é assim [...] se a gente vai olhar são problemas sociais e, problemas sociais são muito difíceis de intervir, mas eu dou sempre o exemplo da própria organização da casa [...] os próprios profissionais que atuam lá, que é uma equipe multidisciplinar, tem nutricionista socióloga, assistente social, enfim, tem terapeuta ocupacional, tem uma enfermeira, eu dou sempre o exemplo de lá, equipe multidisciplinar que trabalha realmente integrada. Quantas coisas elas podem encaminhar [...] elas não vão resolver os problemas... resolução do problema da violência [...] ao fim ao cabo a resolução do problema da violência ela vai acabar acontecendo na própria mão da mulher [...] mas o que a casa faz é atender as necessidades outras que de certa maneira estão implicados nessas situações de violência. (Entrevista 1)

O entendimento de que serviços mais complexos, com vocação multidisciplinar, são mais competentes para o ensino da saúde em situações de violência parece aflorar em algumas falas. Destaca-se também a necessidade de ampliar as concepções de saúde e doença para atuar na perspectiva do cuidado integral. No entanto, são percepções que não encontram materialidade nem formulação institucional sedimentada por práticas de ensino consagradas em currículos e nos respectivos conteúdos disciplinares.

Nessa linha de pensamento, analisaram-se outras experiências de aprendizado em que se vivenciam situações de violência que vão além da sala de aula e das práticas disciplinares de estágio, experiências que incluem ações na extensão e na pesquisa.

6.4 A temática da violência na Pesquisa e Extensão das IES

Nas entrevistas, foi possível identificar programas e projetos de extensão das IES que abordam violência e que incluem alunos da graduação em enfermagem.

Eles já têm essa formação no Viva Voz, que é um programa institucional, que também busca abordagem à violência, das pessoas em situação, por telefone. O Viva Voz é uma extensão da Universidade, um projeto da professora H.B, pode olhar no site. O Viva Voz tem, para os usuários de drogas e substâncias psicoativas, eles podem ligar em qualquer tempo para os familiares. É um projeto grande, conta com 80 bolsistas. (Entrevista 3).

Extensão, como mulheres em cena, como outros episódios. Aquele outro seminário que nós fizemos foi também aberto como uma ação de extensão. Nós chamamos a delegacia da mulher, o pessoal da rede lilás, o coronel cheio de medalhas, falando da questão da morte anunciada, das mortes das mulheres, e a gente faz essas atividades. (Entrevista 4).

A gente fez isso pela extensão, esse ano, em uma atividade com filmes para elucidar o tema e a partir disso discutir, começar a perceber a necessidade de trabalhar o quanto esse contexto faz parte da vivência de muitas mulheres, mulheres que são próximas a nós, mulheres que passam pelo serviço de saúde, que estão conosco. (Entrevista 13).

Essas ações de extensão, segundo os professores, são importantes para sensibilizar os alunos e também se configuram como locais de experiência de aprendizagem e de reflexões acerca da violência. Foram citados programas institucionais e projetos de professores que envolveram atividades de assistência direta a crianças em situação de violência e a suas famílias, projetos de abordagem preventiva dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, projeto que discutiu violência contra a mulher com docentes e discentes da IES e comunidade, por meio da exposição de filmes, entre outros.

Nos relatos dos professores, ficou clara a importância das vivências dos estudantes, com intervenções voltadas às pessoas em situação de violência e/ou com atividades práticas na extensão. Nesse sentido, a extensão, por vezes, configura-se em espaço de abordagem multidisciplinar, com equipe de saúde habilitada para lidar com o problema da violência, considerando a saúde para além da dimensão biológica como direito humano e de cidadania. Assim, a participação dos acadêmicos nos programas de extensão possibilita o aprendizado, por meio de trabalho multidisciplinar, em serviços de referência na atenção a populações em situação de violência, sejam crianças ou adultos. Na fala dos docentes, também é ressaltada a importância dessa equipe multidisciplinar no sentido de reconhecimento e demanda a ser acionada da rede de cuidados.

As atividades de extensão são um mecanismo de intervenção com fundamentos pedagógicos utilizado por docentes, que, na maioria das vezes, por iniciativas individuais, considerando o "engessamento", as limitações de alguns dos currículos, são formas de oportunizar aprendizagem ativa aos estudantes. As

características das intervenções tipicamente de extensão, menos acadêmicas, pode-se afirmar, aproximam mais os estudantes e os docentes da população vitimizada. A metodologia de oficinas e grupos, por exemplo, envolve dinâmicas pedagógicas mais adequadas ao acolhimento e à escuta na singularização das situações. Essa singularização permite pensar tecnologias de intervenção profissionais que não se limitam à clássica consulta medicalizada e, no caso da violência, frequentemente, medicamentada, na condição de problema de saúde mental.

A temática da violência aparece também, conforme os docentes, nas atividades de pesquisa. Foram citados por coordenadores e docentes, grupos de pesquisa que abordam a violência, compostos tanto por docentes com vínculo aos cursos de enfermagem, quanto por docentes de outros cursos relacionados. As falas a seguir ilustram ações de pesquisa com a temática da violência.

Nós temos dentro da área do serviço social e da psicologia tem assim pessoas, pesquisadores com os quais a gente também mantém uma relação bem próxima que trabalham especificamente sobre violência. (Entrevista 6).

A gente tem um grupo [...] de pesquisa que é de Saúde Mental. E nesse grupo eles abordam todas as questões, eles fazem programações, fazem seminários, fazem sarau cultural também sobre o tema, então é bem interessante. (Entrevista 8).

Considera-se que os grupos de pesquisa sejam potencializadores da abordagem da temática na graduação, por meio da inserção de alunos nos projetos de pesquisa e na iniciação científica, o que sensibiliza para o problema e para a identificação das situações de violência nas práticas disciplinares.

Eu acho que o nosso papel como docente, pesquisador, é trazer a questão da violência como proposta de pesquisa, então a gente está ampliando essas pesquisas e podendo inserir os alunos na iniciação científica, para eles já se estimularem e comecem a visualizar essa problemática na pesquisa e na atividade de extensão (Entrevista 13).

Já orientei, recebi alunos que tinham interesse nessa área para fazer não só Trabalhos de Conclusão de Curso, mas também seguir para o Mestrado, ainda que em outras instituições - a última de onde eu vim não tem ainda pós do âmbito do Mestrado e do Doutorado. É um assunto pelo qual os alunos se interessam, não tanto, mas existe uma procura ainda que pequena para trabalhar esses assuntos, em termos de pesquisa mesmo. (Entrevista 2)

E aí na Pesquisa a gente tem os trabalhos de conclusão, e tem também as áreas de especialização que daí entra.. Aparece, sim. Agora tem uma aluna que está fazendo o TCC dela lá na Casa Viva Maria. E essa sensibilização, planta uma sementinha já. (Entrevista 8)

Além de sensibilização dos alunos, foi possível constatar também a sensibilização dos próprios docentes, que são demandados para orientação dos trabalhos de conclusão de curso e, a partir da experiência, aproximam-se dessa problemática e percebem a necessidade de abordar o conteúdo da violência com os demais acadêmicos. A pesquisa orientada para o conhecimento epidemiológico ou para desvendar vivências de situações de violência, na sua dimensão qualitativa, traz elementos para a compreensão do fenômeno, sua magnitude local e perspectivas de enfrentamento. Aliada à extensão, a pesquisa pode orientar projetos de intervenção com engajamento de estudantes em todas as fases. Configura-se em aprendizado a investigação em sua proposta metodológica, as análises que auxiliam na compreensão do campo, permitindo a adaptação de tecnologias assistivas multidisciplinares e intersetoriais.

Assim, falo até agora na questão que eu estou vivenciando mais com essa aluna de TCC sobre violência contra as mulheres [aproximação com a temática], enfim, que tipo, precisa desses profissionais e os alunos que a gente forma tem que estar preocupados para lidar com qualquer tipo de violência, no hospital, na Unidade Básica, identificar, pensando lá na prevenção também. Então antes que aconteçam os casos que a gente vê ali mais sérios, eu acho que a gente tem que trabalhar para os alunos saberem identificar e saberem cuidar, saberem depois o que fazer, para onde encaminhar, como orientar, como é que vai[...] aquela pessoa vai ter uma vida normal após sofrer violência, ou seja, as crianças. (Entrevista 9).

Sintetizando, constata-se que existe a inserção do conteúdo sobre violências no currículo formal de sete disciplinas, com concentração naquelas voltadas à saúde da criança. Existem outras disciplinas em que, por iniciativa do professor, a temática é abordada em conteúdos relacionados e existe uma demanda reprimida de inclusão de conteúdos de violência identificada a partir das vivências dos alunos, durante as práticas disciplinares, nas quais se visibilizam essas situações. Evidencia-se, nessa última situação, que não há um referencial teórico próprio que forneça subsídios aos alunos para a tomada de decisão acerca das ações da enfermagem para o enfrentamento do problema. Pensa-se que sua inserção formal no plano de ensino, além de garantir uma carga horária dedicada à discussão subsidiada por referencial teórico, propiciaria um planejamento pedagógico e auxiliaria na sensibilização para a visibilização das situações de violência na prática disciplinar.

No sentido de compreender as racionalidades da omissão, a ausência ou a presença desses conteúdos nos currículos e nas práticas docentes, analisam-se, no próximo capítulo, elementos evidenciados nos documentos e nas entrevistas.

TRACIONALIDADES PRESENTES NO ENSINO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM E A VIOLÊNCIA

A Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, refere, entre as finalidades da educação superior, o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira; estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais; prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade. (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, ao analisarmos o cenário epidemiológico nacional, no qual as causas externas de morbimortalidade representaram, em 2012, a terceira causa de mortalidade no País, no qual o índice de homicídios foi de 29 para cada 100.000 habitantes, quando a OMS estabelece que acima de 10 mortes para cada 100.000 habitantes se configura nível de epidemia, se evidencia a importância de abordar a temática da violência nos cursos de graduação da saúde e da enfermagem em particular. A enfermagem representa um contingente de trabalhadores da saúde que está presente na linha de frente dos serviços em todo o País. Essa importância de preparo do profissional se potencializa ao pensarmos em relação aos dados de morbidade e nas consequências sociais da violência.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação define que a educação superior será ministrada em Instituições de Ensino Superior, públicas ou privadas, com variados graus de abrangência ou especialização. Essa definição consta no Decreto 5.773 (BRASIL, 2006), que, em sua regulação, estabelece a educação superior como livre à iniciativa privada, desde que observadas as normas gerais da educação nacional e mediante autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público. Nesse decreto, as Instituições de Ensino Superior serão cadastradas como Faculdades, Centros Universitários ou Universidades, com diferentes graus de autonomia na oferta de cursos. A instituição será credenciada originalmente como faculdade e o credenciamento como universidade ou centro universitário, com as consequentes prerrogativas de autonomia, depende do funcionamento regular com padrão satisfatório de qualidade de instituição já credenciada. (BRASIL, 1996, 2006).

Nesta pesquisa, três dentre os quatro cursos analisados são pertencentes a

Universidades. Um curso, dentre eles, pertence a um Centro Universitário. Nesse sentido, a LDB define que as universidades se caracterizam pela indissociabilidade das atividades de ensino, de pesquisa e de extensão. São instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano, que se caracterizam por produção intelectual institucionalizada mediante o estudo sistemático dos temas e dos problemas mais relevantes, tanto do ponto de vista científico e cultural, quanto regional e nacional; com um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado; e um terço do corpo docente em regime de tempo integral. (BRASIL, 1996).

Ainda, segundo a LDB, as universidades no exercício de sua autonomia, têm asseguradas, entre outras, as atribuições de criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta Lei, obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino; de fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes. Ainda dispõe que para garantir a autonomia didático-científica das universidades, caberá aos seus colegiados de ensino e pesquisa decidir, dentro dos recursos orçamentários disponíveis, sobre a criação, expansão, modificação e extinção de cursos; ampliação e diminuição de vagas; elaboração da programação dos cursos; programação das pesquisas e das atividades de extensão; contratação e dispensa de professores. (BRASIL, 2006).

Os centros universitários são instituições de Ensino Superior pluricurriculares, abrangendo uma ou mais áreas do conhecimento, que se caracterizam pela excelência do ensino oferecido, comprovada pela qualificação do seu corpo docente e pelas condições de trabalho acadêmico oferecidas à comunidade escolar. Os centros universitários, assim como as universidades, também têm autonomia para criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior. (BRASIL, 2006). Assim, constata-se que todas as Instituições participantes deste estudo detêm autonomia relativa para a elaboração de seus Projetos Político-Pedagógicos Institucionais e Projetos Pedagógicos dos Cursos.

Em relação à avaliação institucional junto ao MEC, as duas universidades públicas das quais tratamos nesta tese apresentaram, em 2012, Índice Geral de Cursos 5, nota máxima na avaliação. Nesse grupo, a universidade privada obteve nota 4, e o centro universitário obteve nota 3. Em relação à avaliação do Curso de

Enfermagem, todas as quatro IES obtiveram nota 4. Constata-se então que as Instituições proponentes dos Cursos analisados, nesta tese, são instituições bem avaliadas junto ao sistema de ensino nacional.

7.1 Racionalidades presentes no Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC)

As Instituições analisadas nesta tese possuem relativa autonomia pedagógica para elaborar e modificar os projetos pedagógicos de seus cursos. Essa relativa autonomia sugere flexibilidade para a construção de proposições pautadas em elementos do próprio contexto institucional, suas bases filosóficas e sua missão social, como é comum se evidenciar na investigação documental. Parte-se então para a análise das racionalidades (lógicas estruturantes) presentes nos PPCs, por meio das quais se acredita encontrar subsídios para identificar as potencialidades e as limitações para a abordagem da temática da violência no ensino da enfermagem. Entende-se que a compreensão da concepção de enfermagem, apresentada no Projeto Pedagógico do Curso, favorece a compreensão das racionalidades que regem a construção de cada Projeto Pedagógico e a sua execução para a formação do Enfermeiro. Assim, para dois dentre os cursos, a enfermagem é entendida como:

A Enfermagem, entendida como a arte e a ciência do cuidado, insere-se no contexto das profissões da saúde e, como tal, tem se destacado no cenário das práticas em saúde por meio do seu fazer cotidiano, direcionado para o atendimento das necessidades do ser humano, com ênfase em ações que promovam saúde e previnam doenças, que contribuam no tratamento e na recuperação da saúde, no processo de reabilitação e, ainda, que capacitem as pessoas para a realização do autocuidado. (IPA,2014)

Entende-se a mesma [enfermagem] como ciência e arte de assistir ao ser humano nas suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, buscando recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. (UFCSPA, 2009).

As duas primeiras concepções de enfermagem condizem com a definição proposta pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979), teórica brasileira que conceitua a enfermagem fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow:

Enfermagem é ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando

para isso com a colaboração de outros grupos profissionais. (Horta, 1979).

As definições/concepções de enfermagem apresentadas nos outros dois PPCs incluem os cuidados de enfermagem nos âmbitos biológicos, humanista, sociais, tecnológicos e culturais, estando mais próximas das competências definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação para o trabalho e a ação em saúde.

Na enfermagem, o trabalho de promover e manter a vida saudável do ser humano, por meio dos cuidados próprios dessa profissão, é visto como uma responsabilidade individual e social. Busca-se, nesse processo, entender que, na perspectiva do cuidado à pessoa, cabem considerações sobre os fatores biológicos e aqueles relacionados ao estilo de vida, comportamentos, crenças, práticas de saúde e a relação destes com o ambiente social. (UFRGS, 2012)

Resgatar concepções humanísticas inerentes ao cuidado, visando integrar a ação da(o) enfermeira(o) nas dimensões humanista, social, biológica e tecnológica. A proposta prioriza a ética e a pesquisa como pressupostos indispensáveis para a formação de profissionais críticos e reflexivos, que vislumbrem o ser humano em sua totalidade e que sejam/estejam comprometidos com o aprimoramento da práxis profissional e a transformação social. (PUCRS, 2010)

Essas definições consideram a enfermagem enquanto arte, enquanto ciência e enquanto profissão, tendo o cuidado como eixo central norteador em cada dimensão. Esse cuidado é executado em sua prática profissional por meio das relações com a pessoa cuidada e com outros profissionais. Busca vislumbrar o ser humano em sua totalidade e almeja capacitá-lo para o autocuidado, tanto no âmbito da promoção da saúde, quanto da prevenção e cura de doenças como no âmbito da reabilitação.

A partir dessas diferentes perspectivas e considerando a relativa autonomia das IES para elaboração de seus componentes curriculares, reflete-se acerca das concepções de enfermagem e como estas refletem na formação do enfermeiro² e na abordagem da temática da violência. Questiona-se, portanto, o que é a enfermagem enquanto arte, enquanto ciência e enquanto profissão? Que conhecimentos são necessários para formar um enfermeiro apto ao enfrentamento do problema da violência?

Buscando-se aporte referencial para as discussões dos achados documentais, cita-se que, em 1978, Carper organizou e sistematizou quatro padrões de conhecimento da enfermagem a partir da análise da estrutura conceitual e

² A profissão é definida no masculino, mas sua prática é predominantemente feminina.

sintática do conhecimento existente na própria enfermagem. O Padrão Empírico, a ciência da enfermagem; o Padrão Estético, a arte da enfermagem; o Padrão Pessoal e o Padrão Ético, o componente moral. Esse artigo tem sua importância e atualidade pelo grande número de vezes que foi e continua sendo citado na literatura internacional. No momento da elaboração deste texto, estavam descritas 1.976 citações. Em 1995, White propôs atualização do trabalho de Carper e introduziu um quinto padrão, o sociopolítico. (CARPER, 1978; WHITE, 1995).

Dentre os padrões descritos por Carper (1978), o padrão empírico ou a ciência da enfermagem é fático, descritivo, discursivamente formulado e publicamente verificável. Seu objetivo é desenvolver um conhecimento abstrato e explicações teóricas. A busca do reconhecimento da enfermagem como ciência produziu uma mudança de perspectiva: a ênfase na competência técnica, no dever e na virtude deu lugar à preocupação em determinar o que é efetivo na prática de enfermagem. (CARPER, 1978).

Esse padrão de conhecimento é coerente com a visão tradicional de ciência predominante na maioria das áreas de conhecimento que conquistaram o “status” de ciência. Segundo Madureira (2004), tem sido o padrão dominante na sociedade e também na disciplina de Enfermagem. Nesse sentido, a compreensão do padrão empírico orientaria as ações de enfermagem frente a uma situação de violência e, por meio das evidências científicas, poderia auxiliar na identificação do perfil epidemiológico de cada tipo de violência, na identificação de fatores de risco, na elaboração do diagnóstico de enfermagem e de ações de enfrentamento já estabelecidas como eficazes na literatura.

O Padrão Estético, ou a arte da enfermagem, é descrito como um padrão pouco discutido na literatura em enfermagem. Para os autores, essa relutância em reconhecer o componente estético como um padrão fundamental do saber em enfermagem tem origem no vigoroso esforço feito no passado para exorcizar a imagem da enfermagem do tipo aprendiz no sistema educacional. Dentro do sistema aprendiz, a arte da enfermagem estava intimamente associada com um estilo de aprendizagem imitativa de aquisição de conhecimentos por acúmulo de experiências. Outra provável fonte de relutância é que a definição do termo arte tem sido restrita, excessivamente e de forma inadequada, no sentido de não incorporar a intuição, a interpretação, a compreensão e o valor como componentes centrais do padrão estético. (CARPER, 1978; WHITE, 1995).

Entretanto, para a abordagem de problemas complexos e multicausais como a violência, as habilidades de percepção, a interpretação e a compreensão são necessárias na formação dos acadêmicos para intervir no problema. As falas dos docentes ressaltam as primeiras reações dos acadêmicos de enfermagem frente a uma situação de violência. A partir delas, são trabalhadas as habilidades do padrão estético.

É que assim ó, como é o primeiro momento, o primeiro contato deles com essa realidade, tu tem que trabalhar aqueles sentimentos, assim, explosivos de querer matar, olho por olho dente por dente, sabe? É a reação inicial. Então assim ó, a minha maior preocupação, é, "vem cá, vamos enxergar isso como um problema de saúde". Através dessa criança que está toda machucada a gente pode fazer uma série de ações. Então, por exemplo, eu tenho um problema muito grande que assim ó, a minha população é muito de alcoolistas e de usuários de drogas, a minha amostra dessa gente é muito grande. Então, assim ó, eu começo a puxar questionamentos "escuta, tu acha que uma pessoa que está sob uso de crack, ela tem condições de fazer um juízo crítico? Um juízo de valor? Pensa bem. (Entrevista 7).

São situações muito impactantes para os alunos. Por mais que você converse e diga que isso acontece, você ver na sua frente... então tem vários sentimentos, tem pena, tem a revolta, porque não mata esse marido? Esse primeiro dia é um dia de bastante impacto[...] Então eu só faço isso e depois eu sento com eles. Querem perguntar alguma coisa? Quais as percepções de vocês? O que estão sentindo? Vocês acham que têm alguma coisa que a gente pode fazer aqui? A primeira coisa que pode aparecer é assim, não tem nada pra fazer. O que é que podemos fazer aqui? Isso é uma coisa que a gente vai problematizando e quando chega no fim eles desmancham isso, eles vão reconhecendo a importância do estágio. (Entrevista 1).

Eles sempre se sensibilizam muito. Eles vêm, eles abraçam, que é o que a gente quer. E para trabalhar com criança tem que ser assim, tem que ser afetivo, tem que ter afeto. Eles trazem muito coisas do dia a dia, trazem muitas situações que estão vendo, por exemplo, no supermercado. Que estão vendo com a vizinha, que estão vendo em casa, com o próprio irmão. Eu tive relatos, porque acaba vindo à tona[...] Eles se tornam bastante participativos. Conseguem fazer esse link com a realidade, com as suas próprias vivências. Por isso que toca muito. (Entrevista 2).

O padrão de conhecimento pessoal é o mais problemático, o mais difícil de dominar e ensinar. Ao mesmo tempo, é, talvez, o padrão mais essencial para a compreensão do significado de saúde em termos de bem-estar individual. O cuidado de enfermagem é considerado um processo interpessoal que envolve interações, relacionamentos e trocas entre o enfermeiro e o usuário. A frase "Uso terapêutico do eu", que se tornou cada vez mais importante na literatura, implica que a maneira em que a enfermeira vê a si mesma e ao cliente é de primordial importância em qualquer relação terapêutica. (CARPER, 1978).

Aí eu faço uma entrevista, porque eu já tive casos, assim, por exemplo, eu tive uma menina que tinha problemas pessoais, ela tinha vivenciado situações de abuso, aí ela queria entrar no projeto, mas assim, como é que eu vou te dizer, uma tentativa de elaborar o seu conflito pessoal, e isso é complicado. Então a gente tenta fazer uma peneira em relação a isso, trabalhando um pouquinho quem é que está mais apto para enfrentar e quem é que não está. (Entrevista 7).

Assim, é unânime nas avaliações os alunos dizendo que tem que manter esse estágio, que é excelente, que eles ampliaram a cabeça deles, e também em relação aos preconceitos com as mulheres que são vítimas de violência, que as mulheres gostam de apanhar, que não sai dessa relação porque não quer, essas coisas vão sendo todas desmistificadas porque lá eles estão de cara com as situações. (Entrevista 1).

Esta percepção da enfermagem acerca do conhecimento pessoal poderia auxiliar no enfrentamento das situações de violência, nas quais é necessário reconhecer a autonomia da mulher nessa situação, por exemplo, e planejar intervenções para além dos seus preconceitos pessoais, mas auxiliando a pessoa a partir das suas concepções, dos seus valores e dos significados singulares que atribuem às suas vivências. Ressalta-se que a literatura descreve a revitimização das mulheres em situações de violência por profissionais de saúde que, por preconceitos, deixam de intervir na situação e exercem o poder institucional no sentido de potencializar a dominação.

O Padrão Ético, identificado como o componente moral da enfermagem, está focado em questões de obrigação ou o que "deveria" ser feito. Conhecimento de moralidade vai além de simplesmente conhecer as normas ou os códigos éticos da disciplina. Ela inclui toda ação voluntária autodeliberada e o julgamento de certo e errado, incluindo juízos de valor moral em relação aos motivos, às intenções e aos traços de caráter. Nesse sentido, os objetivos e as ações de enfermagem são deliberados, planejados e implementados para atingir as metas definidas. Ambos, os objetivos e as ações, envolvem escolhas feitas, em parte, com base em juízos normativos, tanto individuais quanto coletivos. Na ocasião, os princípios e as normas pelas quais tais escolhas são feitas podem estar em conflito. O padrão ético de saber em enfermagem requer uma compreensão de diferentes posições filosóficas em relação ao que é bom, ao que deve ser desejado, ao que é certo, de diferentes estruturas éticas elaboradas para lidar com as complexidades de julgamentos morais; e de várias orientações para a noção de obrigação. Escolhas morais a serem feitas devem, em seguida, ser consideradas em termos de ações específicas a adotar em situações concretas. (CARPER, 1978). Esses dilemas do exercício da

docência podem ser evidenciados nas falas analisadas:

Eu acho, se a gente tivesse que apontar, assim, o maior problema nosso ainda é os profissionais que não querem ver. Eu fui apresentar agora um trabalho no Salão de Extensão e o professor da Medicina estava do meu lado, aí eu brinquei com ele, eu digo assim, "tu sabe que o Hospital[...] é um hospital ímpar?", Ele disse, "por quê?", E ele era chefe da emergência, eu disse, "tu sabe que não entram crianças mal tratadas na emergência?", e ele olhou para mim, "como assim?", eu disse, "não, eu vou te mostrar ali, a minha aluna vai apresentar os encaminhamentos"[...] Então a gente fez uns percentuais e não tivemos nenhum encaminhamento da emergência, só das unidades de internação, dos ambulatórios. Então assim, eles esperaram que a criança subisse para o andar para mandar nos comunicar o que poderia já ter sido feito lá na emergência entendeu? (Entrevista 7).

Porque assim, ó, até as notificações, as fichas de notificações, eles estão junto acompanhando a gente, porque é o enfermeiro que preenche aqui no hospital.

Nesse sentido, no contexto brasileiro, as normas que orientam as ações de enfermagem diante de uma situação de violência são evidenciadas no Estatuto da Criança e do Adolescente, no Estatuto do Idoso, no Estatuto da Juventude, na Lei Maria da Penha e na Portaria Ministerial 1.271/2014. Essa última estabelece a notificação compulsória da violência. Também são fundamentos os diversos manuais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde, ou seja, são diversas as normas a serem apresentadas e discutidas com os acadêmicos e oportunizada sua implementação diante de situações concretas de violência que propiciem uma situação de aprendizagem significativa.

O quinto padrão definido por White (1995) aborda a lacuna acerca do ambiente das pessoas e sua interação. O Padrão Sociopolítico pode ser conceituado incluindo entendimentos em dois níveis: no primeiro, o contexto sociopolítico das pessoas, incluindo a relação enfermeiro e paciente; e, no segundo nível, o contexto sociopolítico da enfermagem como profissão prática, incluindo a compreensão tanto da sociedade acerca da enfermagem quanto a compreensão da enfermagem sobre a sociedade e a sua política. Na linha de pensamento dessa autora, considera-se que o conhecimento e a utilização intencional desse padrão poderiam facilitar a abordagem da temática da violência, no sentido de que se teria uma clareza do papel da enfermagem frente a uma situação de violência.

Um exemplo de como o conhecimento e a utilização do padrão-sociopolítico poderiam resultar em ações de promoção da cultura de paz junto à comunidade e

reduzir índices de violência é a formação norteada pela noção de cidadania e de responsabilidade social do enfermeiro.

Para a noção de cidadania, ratifica-se a ideia de Boaventura dos Santos (2000), já utilizado em outros estudos da enfermagem, tais como o de Backes, Backes e Erdmann (2009) e Figueiredo et al. (2009), que refere a cidadania como

um conteúdo de pertença igualitária, representada pelos direitos e deveres dos cidadãos em uma comunidade política, formada por histórias sociais singulares, que possibilitam ao indivíduo tornar-se sujeito e autor da sua própria história, pela participação ativa e responsável com o desenvolvimento social.(BACKES; BACKES; ERDMANN, 2009, p.431).

Nesse sentido, a formação norteada pela cidadania significa exercer as práticas de ensino utilizando *exercício da indignação, da escuta atenta, do diálogo aberto e do olhar sensível para detectar as reais necessidades da população*. (BACKES; BACKES; ERDMANN, 2009, p.433).

A formação busca dessa forma a conscientização para a cidadania, por meio de um processo crítico e dinâmico, que busca o entendimento e a utilização da práxis para alcançar a autonomia do indivíduo e da coletividade, permitindo o ensino com responsabilidade social. (FIGUEIREDO et al., 2009). Nesse sentido formar enfermeiros com responsabilidade social implica em promover a cidadania por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, sustentando a teoria pela prática e a prática pela teoria. (BACKES; BACKES; ERDMANN, 2009, p.433).

Tal linha de formação condiz com o padrão socio-político de conhecimentos para a enfermagem, proposto por White (1995). No Brasil, a difusão dos trabalhos de Carper (1978) e White (1995) é limitada, o que não tira sua propriedade na compreensão da profissão. Cestari (2003) discute as repercussões desses padrões no ensino de enfermagem. Em 2004, Madureira publicou revisão acerca dos conhecimentos de enfermagem, utilizando os padrões propostos por Carper. Em 2006, Dal Pai, Schrank e Pedro publicaram reflexão acerca do padrão sociopolítico. Em 2009, Persegonaet al. publicaram artigo reflexivo sobre os quatro padrões propostos por Carper e do quinto padrão, o sociopolítico, proposto por White (1995).

Nesse sentido, os autores acima citados e a autora desta tese, buscam analisar os objetivos dos cursos de enfermagem para compreender que racionalidades estão consubstanciadas na formação dos enfermeiros nas

instituições estudadas. Inicia-se pelos objetivos gerais por curso, os quais estão transcritos a seguir.

Formar enfermeiros generalistas, com compromisso político e social, tendo como princípios norteadores a defesa da vida e a integralidade da atenção à saúde (IPA, 2014).

Formar enfermeiras (os) generalistas com competências e habilidades para o exercício profissional na área da saúde, em consonância com o paradigma do cuidado humano, o método do processo de enfermagem, a Lei do Exercício Profissional, o Sistema Único de Saúde e com as Diretrizes Nacionais para o curso de Graduação em Enfermagem. (PUCRS, 2010).

Desenvolver uma formação técnico-científica, ético-política, sócio-educativa contextualizadas que confira qualidade ao exercício profissional, reconhecendo a saúde como direito garantindo a integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema, de acordo com as políticas de saúde e educação).Enfermeiro egresso da UFCSPA deverá ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. (UFCSPA, 2009).

Formar um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado para o processo de cuidado ao indivíduo, família e comunidade em situações de saúde e de doença em todas as etapas evolutivas do desenvolvimento humano. Assim, busca desenvolver competências de intervenção com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, promovendo a saúde integral do ser humano nas situações de saúde e de doença. A atitude profissional deve estar focada no perfil epidemiológico nacional, com ênfase no regional, e sempre na busca de evidências internacionais, com rigor científico e intelectual pautado em princípios éticos. (UFRGS, 2012)

Constata-se a formação de enfermeiros generalistas como consensual entre os objetivos dos cursos analisados. Apenas em um Projeto Pedagógico o termo generalista não aparece no objetivo geral, mas consta como destaque no perfil dos egressos desse curso.

Entre os princípios norteadores, aqui entendidos como lógicas fundamentais ou opiniões dominantes para a formação nos Cursos, pode-se evidenciar a defesa da vida, a saúde como direito de todos, a integralidade, o rigor científico e intelectual e os princípios éticos. (IPA, 2014; PUCRS 2010; UFCSPA, 2009; UFRGS,2012).

As diretrizes a serem observadas, entendidas como as indicações a seguir para se alcançar a formação almejada, são o paradigma do cuidado humano; processo de cuidado ao indivíduo, família e comunidade em situações de saúde e de doença em todas as etapas evolutivas do desenvolvimento humano; a promoção da saúde; o processo de enfermagem; a busca de qualidade no exercício profissional; as políticas de saúde e educação, além das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem.(IPA, 2014; PUCRS 2010; UFCSPA, 2009;

UFRGS,2012).

Quanto às competências destacadas nos objetivos gerais estão o compromisso político e social, a formação técnico-científica, ético-política e socio-educativa, o senso de responsabilidade social e o compromisso com a cidadania, atitude profissional focada no perfil epidemiológico e na busca de evidências internacionais, com rigor científico e intelectual pautado em princípios éticos. (IPA, 2014; PUCRS 2010; UFCSPA, 2009; UFRGS,2012).

Nesse sentido, é possível identificar nos projetos pedagógicos concepções de enfermagem pautadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, bastante próximas das políticas públicas de saúde, o que pode ser compreendido pelo resgate histórico da construção do currículo de enfermagem e das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Enfermagem. Fazendo um paralelo, como marcador de influência, encontrou-se referência ao problema da violência como conteúdo curricular emergente:

Fundamentalmente isso aí [violência] entrou na agenda, como problema de saúde na década de 90, então as pessoas, elas não têm muita noção do quanto isso existe. A última estimativa que a gente tinha em relação à criança era assim, é que para cada dez casos que ocorrem, só um é denunciado. Pensando que uma enfermeira é uma pessoa que passa o maior tempo cuidando da criança, se o enfermeiro não enxergar, quem é que vai enxergar? (Entrevista 7).

Ainda o nosso currículo é muito voltado para a questão biomédica, para a doença[...] Ela nos mostrou marcas no corpo, e a gente fez notificação para a vigilância da questão da agressão. E eles ficaram muito impressionados, porque ela falou de uma forma muito natural, que isso faz parte da vida dela...Eles ficaram impressionados, porque eles disseram que no currículo eles não tiveram absolutamente nada desse enfoque de violência. Nem teórica e nem na prática. Eles dizem, ah, prof^a, a gente vê, tempo de exames: a gente pede exames, a gente avalia exames, a gente prescreve medicações, do protocolo que precisa, os sulfatos, as pomadas vaginais, os anticoncepcionais.(Entrevista 4).

Paralelamente aos estudos de Carper (1978), o que impulsionou a enfermagem brasileira em sua construção curricular atual foi o movimento da Reforma Sanitária, que, na década de 1970, propiciou ampliação dos debates acerca do processo saúde-doença. Germano (2003) refere que esse Movimento, entre tantas ideias defendidas, ressaltava a importância da formação de recursos humanos como meta prioritária e imprescindível para se pensar e fazer saúde em uma outra perspectiva. Trata-se de imprimir uma nova compreensão ao processo saúde/doença, buscando entendê-lo em sua estreita relação com as condições de vida e de trabalho da população. O novo contexto propicia o crescimento de uma

produção teórica, na área da saúde, com a participação marcante de alguns cientistas sociais, que contribuíram para uma visão ampliada do conceito de saúde e das consequências deste no ensino e na direção da prática profissional. (GERMANO, 2003).

Associado a esse contexto histórico, na segunda metade da década de 1980, a enfermagem brasileira enfrenta um embate, de acordo com Germano (2003), entre um grupo tido como conservador e o chamado grupo progressista. Este último ganha a direção da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 1987, e passa a integrar as lutas existentes em prol de uma maior democratização da saúde e da educação. A ABEn é reconhecida como a mais importante instância de sustentação na condução estratégica da formação e da qualificação da força de trabalho em enfermagem para a consolidação do SUS. Na década de 1980, a ABEn, por meio de sua Comissão de Educação, abraça a causa do ensino e concentra esforços no sentido de mobilizar docentes, discentes, profissionais dos serviços, grandes e pequenas escolas, para consolidar a construção coletiva de um projeto educacional em curso. A proposta foi protocolada em 1991 e aprovada conforme o Parecer 314/94 do CFE, homologado pela Portaria nº 1.721, no Ministério da Educação e do Desporto, em 15 de dezembro do mesmo ano. (GERMANO, 2003).

Em 1996, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 9.394/96, gerou polêmicas no interior da enfermagem pelo receio da desconstrução do projeto político pedagógico coletivo. Entretanto, após uma análise mais detalhada da Lei, constatou-se não existir uma incompatibilidade entre o que preconizavam os princípios defendidos pela enfermagem brasileira, sob a coordenação da Associação Brasileira de Enfermagem e as Diretrizes Curriculares. Ao contrário, o que se encontra são afinidades na relação educação/trabalho, por elas preconizadas, defendidas por aqueles que acreditam na política do SUS e, por isso mesmo, lutam pela efetivação de seus princípios. Por outro lado, a institucionalização dessa parceria educação/trabalho, em uma referência aos serviços de saúde, termina por contribuir para a sustentação dessas mesmas diretrizes. Outro aspecto similar diz respeito ao ensino por competências, que privilegia o pensar criticamente a realidade da saúde, com vistas a transformá-la. Ressalta, ainda, a importância de uma proposta metodológica de ensino que trabalhe na perspectiva do paradigma ação-reflexão-ação. (GERMANO, 2003).

Esse breve regate histórico permite compreender as ideologias fundantes ou

a racionalidade presente nos Projetos Pedagógicos e sua proximidade às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos princípios estabelecidos pelo SUS, que foram construídos ao longo da Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo, Germano (2003) ressalta que a constatação desse avanço, reconhecido pela grande maioria dos atores envolvidos no processo educativo, não significa afirmar que ele transcorrerá e se desenvolverá sem dificuldades. É preciso lembrar que a estrutura universitária é tradicional e o ensino na área da saúde sempre se pautou por uma vertente muito conservadora.

Considerando esses elementos e os aspectos críticos apontados pelos autores, parte-se então para a análise da execução dos projetos pedagógicos pautados nesta tese.

7.2 Racionalidades presentes na implementação dos Cursos de Graduação em Enfermagem na perspectiva do ensino da temática da violência

Em relação à formação superior de enfermagem para a atuação nas situações de violência e, diante da concentração da temática nas disciplinas voltadas para a saúde da criança e do adolescente nos cursos estudados, iniciou-se a análise a partir das matrizes curriculares para buscar compreender que racionalidades, enquanto lógicas condutoras da definição dessas estruturas, são encontradas e podem influenciar esta abordagem.

Entende-se que a seleção do currículo perpassa por questões políticas, que são mediadas pelas racionalidades dos atores envolvidos no processo. Compreende-se que a matriz curricular de cada curso representa racionalidades dominantes que, por sua vez, representam formações e suas especificidades teórico-práticas, além de estarem estruturadas em instituições que marcam posições técnico-científicas e políticas. Nesse sentido, buscou-se, em um primeiro momento, entender quais eixos do conhecimento demandam maior carga horária nos Currículos. Para tanto, foram organizadas as disciplinas de cada curso e estas foram, posteriormente, classificadas em eixos. Foram utilizados, como referência, os eixos estruturantes sugeridos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Agregaram-se dois eixos aos propostos no Projeto Pedagógico, de forma a evidenciar as questões epidemiológicas e a flexibilidade do Currículo.

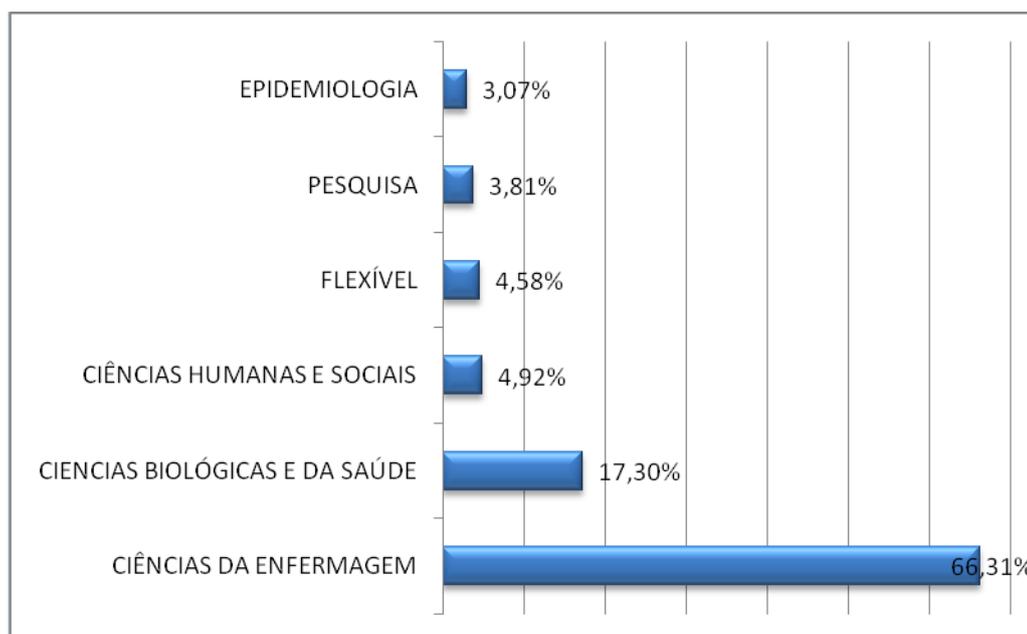
Os Eixos Estruturantes adotados são: **1º) Ciências Biológicas e da**

Saúde, no qual se incluem os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e da função dos tecidos, dos órgãos, dos sistemas e dos aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem; **2º) Ciências Humanas e Sociais**, que incluem os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde e doença; **3º) Ciência da Enfermagem**, tópico de estudo em que se incluem: Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo; Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem; Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem; **4º) Pesquisa**, no qual estão as disciplinas que abordam a metodologia dos estudos científicos e que buscam o desenvolvimento da competência e de habilidades para que os alunos possam utilizar referências bibliográficas qualificadas e refletir sobre a elaboração do TTC, necessário a sua diplomação; **5º) Epidemiologia**, eixo em que foram inclusas as disciplinas que abordam o perfil epidemiológico da população, bem como as que tratam de sistemas de informações em saúde. Este eixo foi inserido por entendermos a magnitude do problema da violência. **6º) Flexível**, no qual estão as Atividades Complementares e Disciplinas Optativas.

A partir do Gráfico 1, constata-se que a maior parte da carga horária se destina às Ciências da Enfermagem, com média percentual 66,31% da carga horária dos Cursos. Este eixo contempla disciplinas específicas acerca da ciência e da arte da enfermagem. Na matriz curricular dos cursos, prevalece a divisão por ciclo vital, cuja lógica são disciplinas voltadas para atenção à gestante, ao neonato, à criança, ao adolescente, ao adulto, ao idoso. Para além da divisão por critérios etários,

encontram-se as disciplinas enfermagem na saúde mental, na saúde coletiva ou na comunitária, disciplinas voltadas ao gerenciamento e à gestão, além do estágio supervisionado.

Gráfico 1 - Média Percentual de carga horária por eixo estruturante nos Cursos de Enfermagem, Porto Alegre, 2014



Fonte: elaborado pela autora, a partir das matrizes curriculares dos Cursos.

Em segundo lugar, destaca-se o Eixo de Ciências Biológicas e da Saúde, com média de 17,29%. Neste eixo, foram inclusas as disciplinas voltadas para a área da anatomia, da histologia, da patologia, da bioquímica, da biofísica, da fisiologia, da genética, da farmacologia, da microbiologia, da imunologia e da parasitologia.

De acordo com Luz (2012, p. 128),

as disciplinas naturais oferecem à medicina moderna os elementos teórico-conceituais e os métodos de observação que, junto com as disciplinas da anatomia, constituirão o núcleo predominante do saber médico como disciplina das doenças,

que reforçam a concepção organicista e mecanicista do ser humano.

Nessa linha de raciocínio, observa-se no Gráfico 1, a influência da chamada "racionalidade científica naturalista" na enfermagem por meio da carga horária disponibilizada para esse eixo do conhecimento, em comparação, por exemplo, ao Eixo das Ciências Humanas e Sociais, que contemplam 4,92% da carga horária. No eixo de ciências humanas e sociais, foram inclusas as disciplinas filosofia,

antropologia, sociologia, psicologia, educação para a saúde, saúde, gênero e direitos humanos, humanismo e cultura religiosa, "marketing" e desenvolvimento pessoal.

No eixo de epidemiologia, foram inclusas as disciplinas ligadas à bioestatística, à epidemiologia, à vigilância em saúde e à informação em saúde, perfazendo 3,07% da carga horária dos cursos. Este eixo foi incluso devido à magnitude do problema da violência em todas as faixas etárias do ciclo vital, sobretudo para adolescentes, mulheres e idosos. O Eixo Flexível tem média percentual de 4,58%. Neste eixo, foram inclusas as disciplinas optativas ofertadas no Currículo e as Atividades Complementares, definidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Tal ênfase no eixo das Ciências Biológicas e da Saúde remete para uma aproximação com um tipo de racionalidade científica, descrita por Luz (2012), e também demonstra a ênfase dada pela enfermagem ao padrão de conhecimento empírico, como descrito por Carper (1978).

Segundo Carper (1978), a partir dos anos 1960, tem havido um crescente emprego do termo ciência em enfermagem e uma ênfase num sentido de urgência para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento empírico específico para enfermagem. Parece haver um acordo geral de que existe a necessidade do conhecimento sobre o mundo empírico, o conhecimento que é sistematicamente organizado em geral, que utiliza leis e teorias para o propósito de descrever, explicar e prever fenômenos de especial preocupação para a disciplina de enfermagem. (CARPER, 1978). Embora essa descrição seja de 1978, nos últimos 35 anos se perpetuou essa ênfase no empírico e na aproximação da enfermagem com a racionalidade científica, com objetivo de consolidar uma ciência da enfermagem. (CESTARI, 2003; MADUREIRA, 2004; PERSEGONA et al., 2009). As falas a seguir evidenciam essa aproximação, por meio da ênfase nas doenças e nos sistemas classificatórios.

Então acho que este talvez seja o principal entrave, porque realmente enquanto a gente focar o nosso trabalho no diagnóstico e tratamento de doenças vai nos faltar tempo para outras coisas. (Entrevista 1).

A gente entra num sistema em que a formação ainda é baseada nas doenças, haja vista as disciplinas que a gente ministra, fisiopatologia, todas as patologias. E a vida saudável? (Entrevista 4)

Nesse sentido, constata-se a aproximação da enfermagem com a "racionalidade científica" e da "razão médica", descritas por Luz (2012) no sentido de

buscar seu modelo de observação (empírica, sistemática e classificatória) e modo de pensar (classificatório e sistematizado). Ao se utilizar dessa razão médica, no sentido em que Luz (2012) denomina de "discurso disciplinar sobre a doença", têm-se, como modelo, as ciências naturais e remete-se a uma forma de ensino reducionista, que não dá conta, por exemplo, da abordagem da violência como problema de saúde.

Também nas falas dos docentes foi possível identificar essa hegemonia da racionalidade científica naturalista ou biologicista permeando a formação em enfermagem, instituindo um olhar reducionista ao pensar o ser humano, um olhar organicista e focado na doença.

Porque tu és formado numa concepção muito mais limitada, reducionista de saúde da mulher, como se saúde da mulher fossem apenas as questões referentes ao útero e a mama e é bem difícil[...] Eu abri porque eu saí da enfermagem, para ampliar fiz mestrado em educação, doutorado em educação, com referenciais da sociologia. (Entrevista 1).

Mas o tema violência em si é muito pouco visibilizado nas disciplinas. A gente tem vários professores que estão fazendo formação também nas Ciências Humanas, acho que isso vai nos ajudar. (Entrevista 6).

Mas não dá. Daí a gente busca de outras formas. Fazer parcerias com outras unidades da universidade, para tentar formar um grupo ano que vem nessa comunidade. Pessoal do Direito, pessoal da Psicologia, da Nutrição. A gente vai fazer isso. (Entrevista 4)

Nesse sentido, abordar a temática da violência, enquanto um fenômeno complexo e multicausal, que atinge todas as pessoas e requer a compreensão de um conceito ampliado de saúde, torna-se difícil nesta racionalidade dominante da formação em enfermagem. Assim as docentes referiram a importância da formação em outras áreas, que permitiriam a ampliação do olhar sobre a saúde e a importância dos conhecimentos ligados às Ciências Humanas e Sociais para a formação, embora a carga horária disponibilizada para a graduação, neste eixo, seja bastante limitada nos cursos estudados.

Para além da própria formação docente, também nos campos de prática; predomina a racionalidade científica naturalista (biológica), patologicista e, portanto, medicalizante, no sentido de focar a doença, as classificações, os diagnósticos e as intervenções padronizadas.

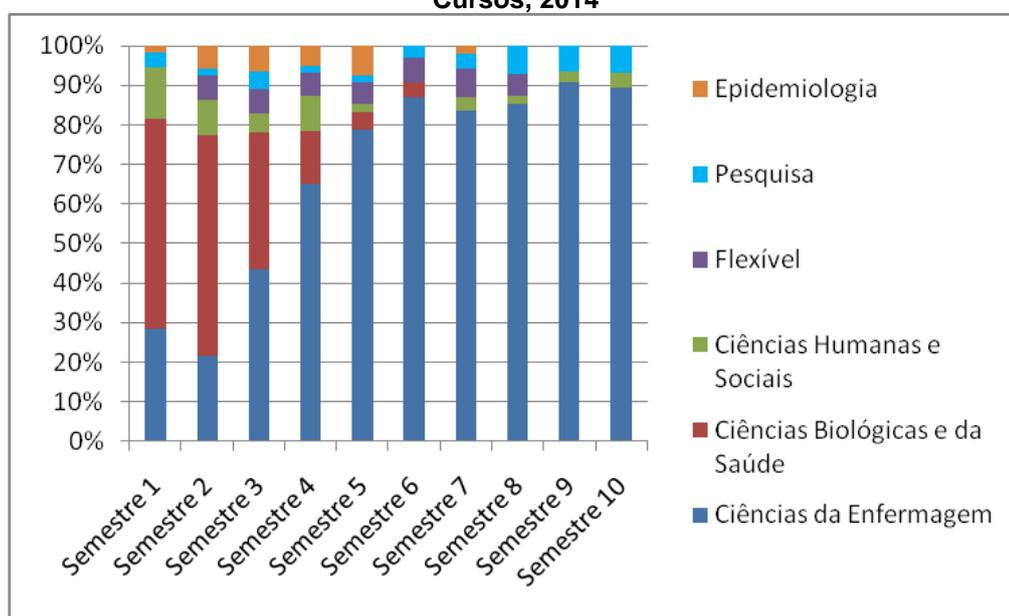
Porque os serviços de saúde que os alunos frequentam o foco deles é a doença, os problemas, as doenças, os sintomas, o diagnóstico, o tratamento. (Entrevista 1).

Ratificando essa ideia e a fala do docente, Dal Pai, Schrank e Pedro (2006) referem que o modelo biomédico de atenção à saúde é fator prevalente nas organizações dos serviços de saúde, na assistência prestada e no próprio senso comum. Isso acontece porque o curativismo permanece sendo o foco principal, senão único, na promoção da saúde.

Outro aspecto que remete para a proximidade com a racionalidade biomédica no curso de Enfermagem é a organização da estrutura curricular, seu ordenamento. Da mesma forma que a medicina, a enfermagem, para a formação de seus profissionais utiliza-se da influência da ciência moderna, o que pode ser observado na utilização da lógica formal na organização dos currículos segundo o modelo que separa as disciplinas do básico e do profissionalizante. (ALMEIDA, 2009).

O Gráfico 2 ilustra a distribuição da carga horária por eixos ao longo dos Cursos de Enfermagem.

Gráfico 2 - Distribuição de percentual de carga horária por eixo ao longo dos semestres dos Cursos, 2014



Fonte: elaborado pela autora, a partir da matriz curricular dos Cursos. O Curso da UFCSPA se desenvolve em 8 semestres e na PUCRS em 9 semestres.

Essa lógica de distribuição ou ordenamento das disciplinas foi verificada nos cursos estudados, nos quais as disciplinas do Eixo Ciências Biológicas e Saúde se concentram nos primeiros semestres do curso. Nessa perspectiva, um acadêmico, ao ingressar na enfermagem, recebe, logo nos primeiros semestres do curso, a ênfase das disciplinas biológicas ou biomédicas ou, ainda, as chamadas básicas,

formando uma lógica de pensar em saúde na perspectiva biomédica. O termo "básicas" significa "que embasam" e dão suporte, portanto, são fundamentos para as demais, devendo ser priorizadas no início dos cursos.

Ao longo do curso, o Eixo Ciências da Enfermagem aumenta sua carga horária. Nesse sentido, há consenso entre os pesquisadores da enfermagem de que o padrão de conhecimento empírico, transformado em evidências científicas, tem recebido maior atenção no último século, em função da busca empreendida do reconhecimento da enfermagem como ciência. Essa ênfase no "padrão de conhecimento empírico" ratifica a aproximação com a racionalidade biomédica e não dá conta de pensar saúde enquanto direito e menos ainda de pensar a violência enquanto problema de e da saúde.

Cestari (2003) salienta que cada um dos padrões de conhecimento descritos por Carper (1978), o ético, o estético, o pessoal e o empírico, faz-se necessário para atingir o domínio da disciplina, mas nenhum deles, isoladamente, pode ser considerado suficiente. Para Cestari (2003), o conhecimento de enfermagem, para se constituir, conjuga componentes estéticos, éticos, empíricos e pessoais e, na prática profissional, é utilizado como um todo. No entanto, dependendo da situação, um aspecto, ou padrão, desse conhecimento é mais facilmente percebido. Nenhuma forma de conhecimento é uma entidade independente, que surge separada do sujeito que conhece e fora de um contexto sociocultural. Nesse sentido, embasar o conhecimento da enfermagem na racionalidade puramente biomédica e biologicista, mais precisamente patologicista, restringe a percepção de realidade do enfermeiro e não permite intervir em problemas multicausais e complexos, como a violência.

Por mais que a gente queira defender que violência, falar de violência na formação em saúde é importante, poucos alunos vêem isso, quer dizer está implícito que está desvalorizado. Entendeu? Está implícito no currículo. Não sei quantas mil horas (carga horária da disciplina toda e) uma aula sobre gênero e uma aula sobre violência. (Entrevista 1).

Nesse sentido, Persegona et al. (2009) referem à necessidade de romper no sentido de extrapolar o modelo biomédico e reconhecer a exigência da inclusão da representação da integralidade no cuidado. Segundo as autoras, a concepção da realidade, alicerçada apenas nos padrões da racionalidade médica, não dá conta das múltiplas questões que envolvem o ser humano doente. (PERSEGONA, et al., 2009).

Nessa linha de argumentação, a fala de uma docente mostra coerência com esse tipo de análise da autora citada.

Sigo te falando a mesma coisa, que é a manutenção do tradicional conceito de saúde como orientador, vamos dizer, de tudo que se faz na formação. Então por mais que a gente siga diretrizes curriculares nacionais, que saúde é qualidade de vida, é bem estar, seguimos compreendendo saúde como ausência de doenças. E seguimos formando profissionais da doença e não da saúde. (Entrevista 1).

A fala da docente reforça esse desencontro entre o que está planejado nos projetos Pedagógicos dos Cursos e o que efetivamente acontece nas práticas formativas. Nesse contexto de contradições entre o que preconizam os documentos formais dos cursos e o que acontece nas práticas de ensino, "não" se insere a abordagem da violência. O que se evidencia por meio dos dados desta tese, por documentos e por entrevistas com os docentes, é que a violência é um conteúdo que se concentra (ainda assim de forma insuficiente e precária) nas disciplinas voltadas para a criança e ao adolescente dos cursos estudados e surgiu em dois cursos nas disciplinas voltadas à saúde da mulher e à saúde mental.

Na área da saúde, essas contradições, embora visíveis, não são devidamente consideradas; a própria fragmentação do saber, presente tanto no ensino como na prática profissional, termina por ocultar a realidade e fragmentar o próprio ser humano. Por isso, diz Germano (2003) que é preciso ser vigilante, pois a excelência técnica não deve ser divorciada da relevância social das ações de saúde e do próprio ensino. Com isso, se quer enfatizar a força de um projeto político pedagógico que, como processo, se enriquece a cada nova discussão e cria estratégias de intervenção na realidade, na direção da mudança. Nesta perspectiva, evidencia-se a fragmentação na organização da matriz curricular do Eixo Ciências da Enfermagem, em que as disciplinas são organizadas por etapas do ciclo vital e centradas na racionalidade biomédica.

Os planos de ensino são, de certa forma, a implementação flexibilizada da proposta curricular. Assim a análise dos Planos de Ensino das sete disciplinas que têm a violência incluída nos conteúdos programáticos buscou conhecer, particularmente, as ementas das disciplinas e forneceu outros elementos na compreensão do problema estudado.

A partir da análise das ementas, foi possível identificar a influência das políticas de saúde nas disciplinas voltadas para a saúde da criança. Em todas as ementas das disciplinas estavam inclusas as políticas públicas.

Aborda as políticas nacionais de atenção à saúde para o cuidado em saúde da criança, adolescente e família nos diversos contextos de atenção. (IPA, 2014)

Enfatiza a inserção crítica e reflexiva do profissional enfermeiro contextualizada nas políticas de saúde, no nível de atenção primária para a criança e o adolescente (desenvolvendo ações nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária (PUCRS, 2014).

Visa a inclusão do enfermeiro na construção de alternativas para situações de vulnerabilidade individual, social/familiar e programática/institucional. (UFCSPA, 2014).

Contextualiza os aspectos éticos, morais, políticos e culturais relativos ao cuidado da criança nas diferentes etapas do crescimento e desenvolvimento. (UFRGS, 2014)

Ratifica-se a similitude com as Políticas Públicas e a com formação dos enfermeiros na atenção à Saúde da Criança. Nesse sentido, cita-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, publicada recentemente. Essa política apresenta sete eixos para ações. O primeiro, de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, não consta nas ementas, entretanto o currículo de enfermagem aborda as questões referentes ao recém-nascido em disciplina própria de saúde do recém-nascido ou em saúde da mulher. O segundo, de aleitamento materno e de alimentação complementar saudável, também está contemplado nas disciplinas voltadas para a saúde da mulher. (BRASIL, 2015).

Entretanto, foi possível identificar os três demais eixos nas ementas dos Cursos: promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e para a investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. (BRASIL, 2015).

Essa proximidade entre a enfermagem voltada para a Saúde de Criança e as políticas públicas pode estar relacionada à trajetória de construção das políticas para as crianças no Brasil, que, desde o início do século XX, é marcada por ações programáticas específicas. Assim, pode-se pensar que as disciplinas de saúde da criança têm influência dos princípios das diretrizes de saúde do SUS,

portanto estariam menos suscetíveis à influência da racionalidade biomédica ou naturalista dominante na área e na formação profissional.

Outro ponto de destaque das disciplinas de atenção voltadas para a saúde da criança é a inserção da família como unidade de cuidado.

Busca desenvolver competências e habilidades às ações inerentes ao crescimento e desenvolvimento, reconhecendo a família como unidade de cuidado. (PUCRS, 2014).

Aborda aspectos epidemiológicos e assistenciais em saúde da criança e do adolescente, considerando o contexto familiar. (UFCSPA, 2014).

Visualiza a imagem intersubjetiva, a leitura dos textos configurados pelas manifestações da criança e da família. (UFRGS, 2014).

Nessas disciplinas, para o planejamento e a execução das ações de enfermagem, faz-se necessário considerar aspectos para além da criança doente, no sentido organicista proposto pela razão médica descrita por Luz (2012), mas também considerar aspectos familiares, culturais, éticos, de humanização e de direitos da criança. Nesse sentido, justifica-se a concentração da abordagem da violência nas disciplinas de saúde da criança, com a superação do modelo biomédico, imposto pelo cuidado ampliado, integral, a essa população e pela incorporação dos princípios defendidos pelas políticas públicas, centradas na saúde enquanto direito. Não se está argumentando que as disciplinas de saúde da criança não sejam influenciadas pela razão médica, mas sim tão somente por ela. Destaca-se então, que a proteção à criança, presente nas políticas públicas e normas legais, associada à consolidação de ações de saúde voltadas para as crianças, permite que os profissionais que atuam nessa área estejam mais próximos dos debates acerca dos direitos das crianças e da atenção integral.

Em relação à ementa da disciplina Enfermagem no Cuidado à mulher, fica evidente a compreensão reducionista da saúde da mulher ao ciclo gravídico puerperal. A ementa é explícita ao limitar o cuidado à mulher no período pré-conceptivo, conceptivo e pós-conceptivo e ao recém-nascido. Tal redução do que se compreende como saúde da mulher também está presente nas falas das docentes nas entrevistas.

O cuidado à mulher no período pré-conceptivo, conceptivo e pós-conceptivo e ao recém-nascido. Oferece situações de aprendizagem para o cuidado dessa população. Contextualiza aspectos éticos, morais, políticos e culturais relativos ao cuidado da mulher. Integra conhecimentos de pesquisa ao cuidado da mulher. (UFRGS, 2014).

Também a disciplina Atenção de Enfermagem em Saúde Mental II foca as doenças conforme a ementa:

Aborda os quadros psicopatológicos mais frequentes atendidos em serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais, bem como os cuidados de enfermagem relacionados a cada um deles.(UFCSPA, 2014).

A disciplina Saúde, Gênero e Direitos Humanos apresenta a ementa mais voltada para a saúde enquanto direito, dentro dos preceitos inspiradores das políticas de saúde desse campo.

Aborda as questões de gênero e direitos humanos e sua interface com processo saúde-doença; as políticas públicas; diretrizes nacionais; o trabalho e a formação em saúde. Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana; diversidades, dilemas éticos. Exclusão social, econômica, política e cultural que promovem a pobreza, as desigualdades, as discriminações, os autoritarismos, violências contra a pessoa humana. (IPA,2014)

Nesse sentido, ratifica-se a proximidade da formação predominante em enfermagem com a racionalidade biomédica descrita por Luz (2012) e sustenta-se a incapacidade deste modelo para a abordagem e o enfrentamento das situações de violência. Tal valorização do aspecto científico também é descrita por autoras da enfermagem (CESTARI, 2003; DAL PAI, SCHANCK; PEDRO, 2006; MADUREIRA, 2004), por meio da valorização do padrão empírico, descrito por Carper (1978), em detrimento dos demais padrões, sobretudo o estético e o sócio-político, que são de extrema importância para a enfermagem no enfrentamento das situações de violência.

Apresentados e discutidos esses elementos conformadores, digamos, assim, da estrutura racionalista dos currículos analisados por meio da estrutura disciplinar e dos respectivos planos de ensino, resta, como desafio reflexivo, entender quais as buscas para compreender que competência e que habilidades estão previstas para a formação dos enfermeiros, que possam resultar em propostas pedagógicas para a abordagem da violência, conforme as instituições e o grupo estudado.

8COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERAIS E ESPECÍFICAS DA FORMAÇÃO E AS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS PARA A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA.

O impacto da violência na saúde tem sido reconhecido como um importante problema de saúde pública desde meados de 1980 e, cada dia, mais se intensifica este reconhecimento. Para Ambuelet al (2011), as vivências de situações de violência atuais ou pregressas aumentam significativamente o risco de muitos problemas de saúde, tanto físicos quanto comportamentais, incluindo doenças cardiovasculares, distúrbios imunológicos e reprodutivos, depressão, uso abusivo de álcool, de tabaco e de drogas, além de lesões físicas.

Os profissionais de saúde estão em uma posição única para oferecer aos seus pacientes e usuários dos serviços a ajuda sob a forma de educação, prevenção e intervenção. A enfermagem enquanto profissão da saúde, que mais tempo permanece próxima ao paciente nas situações de internação hospitalar; ou enquanto parte da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, no nosso entendimento, está em uma posição de destaque para exercer o cuidado nas situações de violência. Entretanto, estudos já citados (BONFIM, 2008, 2010, LEAL, 2010) demonstram que os profissionais de saúde não se sentem preparados para atuar nas situações de violência.

A falta de preparo dos profissionais de saúde para o enfrentamento dessas situações é um problema verificado não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Nos Estados Unidos, o relatório do Instituto de Medicina (IOM)³, publicado em 2002 e intitulado “*Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence*” (COHN; SALMON; STOBO, 2002), convocou as organizações profissionais para desenvolver e fornecer educação aos seus membros sobre a violência e o abuso. (AMBUEL et al., 2011).

Nos Estados Unidos, mesmo sendo um país de vanguarda em relação ao enfrentamento da violência, em 2011 o treinamento e a educação sobre os problemas de saúde relacionados com a violência continuavam a ser altamente variáveis e frequentemente marginalizados nos currículos da maioria das escolas

³ O IOM é uma Organização não governamental americana que tem por finalidade prestar assessoria nacional sobre questões relacionadas com a saúde. Conta com uma força de trabalho voluntário de cientistas e outros especialistas e opera sob a forma de revisão por pares. Tem como objetivo fornecer informação imparcial, baseada em evidências e aconselhamento em matéria de saúde e de política científica para subsidiar as decisões dos gestores, políticos, profissionais, líderes em todos os setores da sociedade e do público em geral.

profissionais de saúde, bem como, dentro das práticas individuais dos profissionais de saúde americanos. (AMBUEL et al., 2011).

No Brasil, estudos realizados em serviços de saúde, especialmente junto aos profissionais que compõem as equipes de trabalho, apontam para o fato de que os profissionais raramente perguntam acerca de uma situação de violência (BONFIM, 2008; SCHRAIBER et al., 2005). Nesse sentido, Schraiber e D'Oliveira (2008) referem que não lhes ocorre perguntar porque não compreendem que abordar as situações de violência faça parte de suas atribuições assistenciais e, quando ocorre algum relato, se o acolhem fazem-no mais em caráter pessoal do que como parte de seu escopo profissional. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2008, BONFIM, 2008).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional (LDB) propõe que os profissionais egressos, a partir das novas diretrizes, possam vir a ser críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a “aprender a aprender”, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do País. (BRASIL, 1996).

Embora a LDB não tenha previsto, para a educação superior, competências e habilidades, estes termos, na Lei, referem-se ao ensino fundamental, foi a partir das recomendações da LDB e do Parecer CNE/CES 1.133/2001 que se definiu o objeto das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Saúde:

permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com **competências, habilidades e conteúdos**(grifo nosso), dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. (BRASIL, 2001b, p.4).

Convém, assim considerar o objetivo das Diretrizes Curriculares descritas neste mesmo Parecer, segundo as quais de deve:

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a **aprender a aprender** que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer** (grifo nosso), garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2001b, p.4).

A partir do exposto, verifica-se a influência dos pressupostos do Sistema Único de Saúde na formação dos profissionais de saúde no País. Na enfermagem, as instituições relacionadas ao ensino se mobilizaram para traçar as diretrizes gerais

para a educação em enfermagem no Brasil. Durante o processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, foram envolvidas diversas entidades nacionais, tanto do âmbito do ensino quanto dos serviços, na busca de um perfil profissional com competências, habilidades e conhecimentos para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, competência profissional é

acapacidade de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. (BRASIL, 1999b, p.229).

Já as habilidades se ligam a atributos relacionados ao saber-fazer, saber-conviver e ao saber-ser; ou seja, as habilidades são inseparáveis da ação, mas exigem domínio de conhecimentos. (MORETTO, 2002).

Nesse contexto, as DCNs buscam aproximar a formação dos profissionais à realidade do serviço público de saúde, procurando dar respostas às necessidades concretas da população brasileira, tanto no que diz respeito à formação de recursos humanos, quanto à produção do conhecimento e à prestação de serviços, visando ao fortalecimento do SUS. As competências devem estar explicitadas nos planos de ensino e nos projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde. (LOURENÇÃO;BENITO, 2010).

Esta tese não pretendeu discutir as políticas de educação voltadas à formação de competências, no sentido descrito por Peres e Cimpone (2006), em que surge para adequar os sistemas educacionais com um novo conceito para a qualificação profissional e para satisfazer a lógica do mercado, que prima por mão de obra capacitada para dar conta da dimensão tecnológica, e não privilegia a formação crítico-reflexiva. Entende-se que a formação por competências está prevista nas Diretrizes Curriculares e o que se busca, nesta tese, é compreender de que forma se constituem em propostas pedagógicas para a abordagem da violência.

Em relação à formação por competências, Peres e Ciampone (2006) ressaltam que a formação de competências advém de três dimensões distintas: da pessoa (competência individual), das organizações (sistemas de saúde) e dos países (sistemas educacionais). Essas mesmas dimensões são utilizadas por Ambuelet al. (2011), nos Estados Unidos, para descrever as competências necessárias para o enfrentamento da violência e do abuso.

Assim, esta tese permitiu identificar, por meio dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, as competências e habilidades previstas para a formação dos enfermeiros. Todos os quatro projetos pedagógicos (IPA, 2014; UFCSPA, 2009; UFRGS, 2012, PUCRS, 2010) transcrevem as competências descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001; três projetos transcrevem as Competências Gerais (atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente), e um projeto transcreve Competências Específicas descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001a), conforme excertos a seguir.

As competências gerais previstas pelo curso são: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente. (IPA, 2014).

Conforme o Art. 4º, das Diretrizes Curriculares, base comum para os cursos da área da saúde, a formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: (segue a transcrição do Art. 4 no PPC). (UFCSPA, 2009).

O enfermeiro formado pelo Curso de Enfermagem deverá ter as seguintes competências e habilidades gerais, conforme determina o Art. 4º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001a): (segue a transcrição do Art. 4 no PPC). (UFRGS, 2012).

O Projeto Pedagógico da PUCRS não explicita as competências gerais, mas refere competências específicas em seu mapa conceitual do curso, transcrevendo parte do Art. 5 das Diretrizes Curriculares Nacionais.

- I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades; (PUCRS, 2010).

Neste sentido, acredita-se que a análise desses documentos permitiu retomar a ideia de que as competências gerais e específicas previstas para a formação dos profissionais de saúde contemplam indiretamente a abordagem da violência.

Compreende-se que essa proposição de competências esteja alicerçada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e que estas foram construídas a partir da concepção de saúde enquanto direito, embasada em ideais propostos na Convenção em Alma Ata e que ganharam importância no movimento de Reforma Sanitária, na década de 1980, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde; com a Constituição do SUS, na Constituição de 1988; e com a construção coletiva dirigida pela ABEn do Currículo Mínimo de Enfermagem. Com essa compreensão, analisou-se o contexto de formação para discutir a dificuldade dos enfermeiros em atuar frente a situações de violência, uma vez que, entende-se, essas competências não estão sendo alcançadas durante a formação.

Considerando que os planos de ensino das disciplinas são a expressão dos valores, dos significados e das percepções dos docentes que os elaboram e que estes se constituem eixos determinantes para a implementação das diretrizes no perfil do futuro enfermeiro, identificaram-se as competências e habilidades previstas e as propostas pedagógicas para viabilizá-las na abordagem da violência descritas nas disciplinas em que aquela aparece inserida formalmente nos conteúdos programáticos.(CIAMPONE; KURGANT, 2004).

Foram analisados os planos de ensino das seguintes disciplinas: Saúde da Criança, do Adolescente e da Família (IPA); Saúde, Gênero e Direitos Humanos (IPA); Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente (PUCRS); Atenção de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente (UFCSPA); Enfermagem no Cuidado à Criança (UFRGS); Enfermagem no Cuidado à Mulher (UFRGS); Saúde Mental II (UFCSPA).

Constatou-se que os planos de ensino das disciplinas que abordam a temática da violência não explicitam as competências e habilidades esperadas no curso e ao final daquelas. Nos planos de ensino analisados, estão descritos apenas os objetivos gerais e específicos das disciplinas. Argumentando com o que dizem

Ciampone e Kurgant (2004), os objetivos são metas estabelecidas ou resultados previamente determinados. Portanto, limitam-se a indicar aquilo que o estudante deverá ser capaz de fazer como consequência de seu desempenho em atividades de uma determinada escola, série, disciplina ou mesmo de uma aula.

Considerando essa limitação, as análises pautaram-se nos objetivos descritos nos planos de ensino e nas competências previstas para a formação e foram construídos os Quadros 5 e 6. Assim, o Quadro 5, a seguir, mostra os objetivos gerais descritos nos planos de ensino das disciplinas que têm a violência descrita em seus conteúdos programáticos, situados no segundo período do ano de 2014.

Quadro 5- Objetivos gerais das disciplinas que tem a violência inserida formalmente em seus conteúdos programáticos, Porto Alegre, 2014

DISCIPLINA	Objetivos gerais descritos nos Planos de Ensino:
Saúde da Criança, Adolescente e Família (IPA)	Desenvolver competências e habilidades no cuidado à saúde da criança, adolescente e família nos diversos cenários de atenção em saúde. (IPA, 2014).
Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente (PUCRS)	Conhecer e aplicar o cuidado integral à saúde da criança e do adolescente na atenção primária integrando etapas do processo de enfermagem. (PUCRS, 2014)
Atenção de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente (UFCSPA)	Instrumentalizar o estudante para a reflexão crítica sobre o cuidado em saúde e de enfermagem na atenção à criança, adolescente e sua família a partir de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas na futura atuação profissional na atenção primária em saúde. (UFCSPA, 2014).
Enfermagem no Cuidado a Criança (UFRGS)*	-
Saúde Mental II (UFCSPA).	Refletir e compreender os aspectos da saúde mental, construídos nos diferentes momentos históricos e os modelos que permeiam a atenção ao sofrimento psíquico. (UFCSPA,2014).
Saúde, Gênero e Direitos Humanos (IPA)	Oportunizar um espaço de reflexão na formação em saúde que visa reconhecer, analisar e problematizar o conceito de gênero como constituinte das ações e das relações sociais permeadas por relações de poder na sua intersecção com a saúde e com os direitos humanos. Compreensão dos princípios, valores e direitos que caracterizam a dignidade humana, a democracia e o pluralismo político, elementos estruturantes de uma sociedade livre, justa e solidária; estimulando práticas sociais, de saúde e de formação fundamentadas na construção de uma consciência e prática cidadã baseadas no respeito aos direitos humanos. (IPA, 2014).
Enfermagem no Cuidado à Mulher (UFRGS)*	-

Fonte: elaborado pela autora, 2015, a partir dos Planos de Ensino das Disciplinas que abordam a violência em seus conteúdos programáticos.

* Não há divisão entre objetivos gerais e específicos no Plano de ensino. Os objetivos da disciplina foram discutidos no quadro de objetivos específicos.

Observa-se que, na maioria das disciplinas dos cursos analisados, os objetivos gerais são descritos de forma ampla e genérica, com propósitos abrangentes que não remetem para as competências e nem para as habilidades

previstas pelos Projetos Pedagógicos dos Cursos. Por aproximação, pode se relacionar os objetivos gerais com a competência de “atenção à saúde”, muito mais pelo sentido amplo desta competência, que por intencionalidade na elaboração do Plano de ensino. Em um dos objetivos, estão descritos os termos “desenvolvimento de competências e habilidades”, entretanto não se esclarece que competências e habilidades são essas. Outro objetivo remete para conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para a futura atuação profissional, entretanto também não se vincula a nenhuma das competências descritas nas Diretrizes Curriculares.

Nesse sentido, ficaram deslocadas, nos planos de ensino, as competências voltadas para a tomada de decisões, para a comunicação, para a liderança, para a administração e gerenciamento e para a educação permanente. Em relação à ausência das competências, de forma explícita, nos planos, outros estudos, como a pesquisa desenvolvida por Ciampone e Kurcgant (2004), evidenciaram resultados também em que, embora estejam marcados por avanços nas bases conceituais, a formação de competências gerenciais não é explicitada nos planos e as propostas pedagógicas são tradicionais.

Nesse sentido, outro desafio está nas abordagens pedagógicas ainda predominantes no ensino da enfermagem, em que prevalece a transmissão de conhecimentos que desconsideram metodologias ativas de ensino. Como alternativa, o ensino por competências pode ajudar a transformar o ensino de administração em enfermagem, no qual a dissociação teoria-prática é evidenciada quando o egresso da formação tradicional se depara com o mundo do trabalho. (PERES; CIAMPONE, 2006).

Embora sejam estudos realizados há aproximadamente 10 anos, a análise dos documentos e das entrevistas desta tese demonstra que o cenário permanece inalterado. Assim, os planos de ensino analisados não descrevem as competências correspondentes aos conteúdos e as disciplinas, em sua maioria, continuam com a dissociação teoria-prática, segundo docentes, além de prevalecer a transmissão de conhecimentos evidenciada na pouca inovação nas abordagens restritas a algumas experiências de docentes mais engajados.

Retomando ao Parecer CNE/CES 1.133/2001, em que se define que as avaliações dos estudantes deverão basear-se nas competências, nas habilidades e nos conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo, como referência, as Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2001b), questiona-se: Como fazer essa avaliação se os

objetivos não são conclusivos no sentido de metas estabelecidas ou de resultados previamente determinados que devam ser atingidos ao final das disciplinas?

Particularizando os objetivos específicos das disciplinas que têm a violência descrita em seus conteúdos programáticos, verifica-se que se mesclam nos programas os objetivos relativos a conhecimentos, a habilidades e a atitudes a serem trabalhados nas situações de aprendizagem, conforme descrito no Quadro 6.

Quadro 6- Relação entre competências/habilidades específicas e objetivos específicos descritos nos planos de ensino das disciplinas analisadas. Porto Alegre, 2014

Competência/Habilidade Específica das DCN	Objetivos específicos descritos nos Planos de Ensino:
<p>Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;</p>	<p>Reconhecer as etapas do desenvolvimento da criança... (IPA, 2014). Avaliar o desenvolvimento, crescimento... (IPA,2014). Realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente identificando possíveis necessidades de intervenção e/ou referência. (PUCRS, 2014) Relacionar as fases de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente com base na caderneta de saúde, sistematizando-a com vivência da prática assistida. (PUCRS, 2014). Avaliar e acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente...(UFCSPA, 2014). Compreender o ser criança em processo de construção e sua família que vivenciam a situação de doença;(UFRGS, 2014).</p>
<p>Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.</p>	<p>Reconhecer ...as configurações de família nos diferentes contextos de atenção à saúde e/ou comunidade; (IPA, 2014). Avaliar... situação de saúde da criança, adolescente e família (IPA, 2014). Conhecer necessidades decorrentes no contexto familiar, serviços de saúde e assistenciais e intersetoriais. (PUCRS, 2014). Identificar os cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pela criança, adolescente e família e pelos diferentes grupos da comunidade; (IPA, 2014). Refletir criticamente sobre a prática do cuidado em saúde e de enfermagem na atenção à criança, adolescente e família nos múltiplos contextos de vida e saúde; (IPA, 2014). Entender o processo de cuidar a partir do significado das diferentes situações existenciais da criança e da família; (UFRGS, 2014). Experientiar o processo de cuidar a criança e a família nos diferentes aspectos do seu viver saúde e doença;(UFRGS, 2014). Contribuir para o desenvolvimento de uma percepção crítica da exclusão social no Brasil, promovendo o desenvolvimento da consciência e da necessidade de erradicação da pobreza, redução das desigualdades sociais e combate a todas as formas de preconceitos e discriminação; (IPA,2014). Promover o debate sobre a importância da construção da igualdade nas relações de gênero e da equidade de gênero na sociedade brasileira para combater todas as formas de violência e discriminação contra a mulher. (IPA, 2014). Reconhecer as implicações da raça e da etnia na vulnerabilidade de mulheres e de recém nascidos. (UFRGS, 2014). Integrar a família nas ações de cuidado em enfermagem ginecológica, obstétrica e neonatal; .(UFRGS, 2014).</p>
<p>Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a</p>	<p>Conhecer e aplicar os direitos da criança e do adolescente e necessidades decorrentes no contexto familiar, serviços de saúde e assistenciais e intersetoriais. (PUCRS, 2014). Proporcionar o cuidado integral à criança, ao adolescente e sua família</p>

<p>integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema</p>	<p>no processo de saúde-doença; (UFCSPA, 2014). Refletir criticamente sobre a prática do cuidado em saúde e de enfermagem na atenção à criança, adolescente e família nos múltiplos contextos de vida e saúde; (IPA, 2014). Analisar os fundamentos e concepções de direitos humanos, cidadania e democracia, oportunizando o conhecimento e o debate sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos, seus princípios e valores; (IPA,2014). Discutir o movimento histórico de incorporação dos Direitos Humanos na legislação brasileira, sua importância na construção das lutas sociais e na constituição de novos sujeitos de direito e a participação das diferentes mídias no processo de construção dos conceitos e concepções sobre Direitos Humanos; (IPA,2014) Conhecer os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. .(UFRGS, 2014). Desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde das mulheres na atenção ginecológica, obstétrica e de recém nascidos, tanto em nível de cuidado individual quanto coletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando a integralidade e a qualidade da atenção conforme preceitos da humanização do atendimento. .(UFRGS, 2014).</p>
<p>Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional; - compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações</p>	<p>Reconhecer e utilizar os recursos que garantam a qualidade e segurança do cuidado em saúde da criança, adolescente e família (IPA, 2014). Identificar o perfil epidemiológico e atividades/ações de promoção e vigilância da saúde da criança e do adolescente; (UFCSPA, 2014). Reconhecer situações de vulnerabilidade que interferem no processo de saúde e adoecimento da criança e do adolescente; (UFCSPA, 2014). Conhecer conteúdos e princípios da tecnologia inseridos no contexto do cuidado, bem como desenvolver habilidades técnicas para o cuidado da criança, adolescente e família;(UFRGS, 2014). Desenvolver técnicas de cuidado à saúde da criança e do adolescente. (PUCRS, 2014). Reconhecer os principais transtornos psiquiátricos, tratamento e o cuidado aos usuários e familiares em serviços de saúde mental. (UFCSPA,2014). Conhecer o perfil epidemiológico das mulheres e recém nascidos em nível nacional, regional e local. (UFRGS, 2014).</p>
<p>Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança</p>	<p>Identificar os cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pela criança, adolescente e família e pelos diferentes grupos da comunidade; (IPA, 2014). Reconhecer e utilizar os recursos que garantam a qualidade e segurança do cuidado em saúde da criança, adolescente e família (IPA, 2014). Desenvolver habilidades para identificar situações de vulnerabilidade de mulheres na atenção ginecológica, obstétrica e de recém nascidos no contexto familiar e/ou assistencial. .(UFRGS, 2014).</p>
<p>Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos</p>	<p>Conhecer as percepções e sentimentos da equipe de saúde no processo de cuidar a criança e a família. (UFRGS, 2014). Integrar práticas interdisciplinares nas ações de cuidado, a partir do reconhecimento da importância do trabalho em equipe no âmbito do Sistema Único de Saúde; .(UFRGS, 2014). Participar de ações de educação permanente em saúde, atuando como agente e sujeito na atenção ginecológica, obstétrica e neonatal.(UFRGS, 2014).</p>
<p>Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do</p>	<p>Desenvolver atividades alinhadas às políticas, programas e ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde nos programas de saúde da criança e do adolescente. (UFCSPA, 2014).</p>

adolescente, da mulher, do adulto e do idoso	Identificar a organização dos serviços de saúde mental, a política atual de atenção e os reflexos na atuação dos profissionais de saúde, em uma perspectiva de desinstitucionalização em saúde mental; (UFCSPA, 2014). Participar em nível de atenção primária à saúde, dos cuidados de enfermagem à criança e ao adolescente no âmbito domiciliar, escolar e ambulatorial. (PUCRS, 2014).
Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão	Conhecer os aspectos éticos, morais, políticos, sociais e culturais como norteadores do cuidado à criança e família; (UFRGS, 2014).

Fonte: elaborado pela autora, 2015, a partir dos Planos de Ensino das Disciplinas que abordam a violência em seus conteúdos programáticos e das Diretrizes Curriculares para a Graduação em Enfermagem.

Embora se tenha construído o quadro com o objetivo de relacionar as competências específicas previstas com os objetivos descritos nos planos de ensino com potencial para influenciar na abordagem da violência, evidenciaram-se objetivos centrados nos conteúdos e nas habilidades. Especificamente em relação à violência, embora esta conste nos conteúdos programáticos de todas as disciplinas citadas, somente um objetivo específico referiu-se à temática. Foi descrito “Promover o debate sobre a importância da construção da igualdade nas relações de gênero e da equidade de gênero na sociedade brasileira para **combater todas as formas de violência** (grifo nosso) e discriminação contra a mulher. (IPA, 2014).

Nas disciplinas em análise, a aprendizagem compreende uma fase de ensino teórico e outra de ensino de campo ou estágios supervisionados pelos docentes. Nesse sentido, é possível afirmar que a maioria dos cursos ainda conserva a perspectiva do plano tradicional em que os objetivos são descritos de forma fragmentada, enfocam mais os processos cognitivos da aprendizagem do que os de domínio psicomotor, afetivo e ético-político, ou seja, estão centrados no conteúdo programático que o estudante deve apreender, e não no desenvolvimento de competências e habilidades. Assim, reitera-se a compreensão de que a violência é abordada por iniciativa individual de docentes e de que se evidencia o distanciamento entre o previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais, o transcrito nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e o que consta como propostas pedagógicas expressas nos Planos de Ensino.

Compreende-se que, embora as Diretrizes Curriculares Nacionais tenham sido construídas coletivamente por instituições ligadas à enfermagem, verifica-se nos Projetos Pedagógicos, uma transcrição literal do documento em relação às competências gerais e específicas para a formação do enfermeiro. No que tange aos

Planos de Ensino, não há qualquer referência às competências esperadas, mas sim se descrevem os objetivos. Assim, questiona-se: Até que ponto os docentes têm clareza sobre as competências esperadas dos estudantes em sua disciplina, ou até que ponto se preocupam com a abordagem predominantemente transmissiva de conhecimentos?

Nesse sentido, Pinhel e Kurcgant (2007) afirmam que a trajetória de vida enseja que o professor trate o conhecimento de forma similar com a que recebeu e da mesma forma com que vivenciou suas experiências escolares, pois é resultante da vivência escolar dos futuros professores em seu futuro ambiente de trabalho, que conhecem muitas formas de ensinar. (PINHEL; KURCGANT, 2007).

Nesse sentido, além de os professores terem como referência sua própria formação, o sistema de saúde é influenciado pela razão médica, o que predomina no ideário contido nas propostas pedagógicas nos planos de ensino. Por meio dos objetivos constantes nos planos de ensino analisados, foi possível identificar a influência da razão médica, descrita por Luz (2012), permeando a formação em enfermagem, no sentido de aproximação com a disciplina das doenças, e do entendimento do ser humano numa perspectiva organicista, resultando na fragmentação do cuidado. Nesse contexto, nosso entendimento é de que a formação está mais centrada em conhecimentos e em habilidades práticas; predominantemente, do que em competências. Estas últimas, se entendem mais complexas e capazes de desenvolver conhecimento autônomo, singular e criativo.

Embora tenha sido possível relacionar algumas competências específicas, com os objetivos descritos nos planos de ensino, para muitas outras não foi possível fazer essa relação. Pode-se inferir que as competências presentes na formação são aquelas relacionadas, em sua maioria, com a competência atenção à saúde e pontualmente à educação permanente. Nesse sentido, ficam deslocadas, no processo formativo, a tomada de decisão, a comunicação, a liderança e a administração e o gerenciamento.

A ausência das competências relacionadas à administração e ao gerenciamento em enfermagem foi descrita por pesquisa nacional, desenvolvida nas cinco regiões geopolíticas do Brasil, a qual aponta para a necessidade de reformulação dos processos e das práticas de formação profissional na área de Administração em Enfermagem. (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

Nesse sentido, nesta tese, para além da Área de administração, reitera-se a necessidade de uma política institucional pedagógica, que trabalhe as competências previstas para cada etapa da formação do aluno. Ciampone; Kurcgant (2004) também apontam, para a necessidade de preparação pedagógica dos docentes para atuarem de maneira efetiva na condução do processo ensino-aprendizagem, a adoção de instrumentos diversificados, com o entendimento de que o conjunto de saberes e fazeres, que consolidará a almejada identidade profissional dos enfermeiros.

Nas falas dos docentes, também emergiu a percepção da necessidade de formação, não apenas em relação à preparação pedagógica, mas também em torno de pressupostos, no sentido de compreender o conceito de saúde enquanto direito humano. Trata-se de incorporar a compreensão da saúde não apenas como ausência de doenças, mas também de adotar práticas pedagógicas neste sentido. A fala a seguir ilustra essa compreensão.

Eu acho que talvez[...] Como é que eu vou dizer? Qualificar o formador, pensar na formação do formador no sentido de atualização, não atualização técnica, que isso é uma coisa que as pessoas enxergam, tem a mão quando querem, [mas] uma atualização de pressupostos é o ponto de partida (Entrevista 1).

O que o professor recebe como referência conceitual é a ementa da disciplina, para elaborar seu plano de ensino. Pode-se argumentar a necessidade de aprovação do plano de ensino nas Assembleias Departamentais das Instituições; entretanto, como a racionalidade dominante é centrada na razão médica, analisam-se os conteúdos, centrados em patologias e fragmentados por ciclo vital, e não as competências previstas para a formação e, menos ainda, aquelas relacionadas à violência.

A pesquisa nacional de Ciampone e Kurgant (2004) aponta também para a importância do ensino contextualizado priorizando aprendizagens significativas e fortalecendo o papel do estudante como sujeito de sua formação e da sua vida.

Para além da ausência das competências referidas, compreende-se que as propostas pedagógicas nos planos de ensino também excluem o princípio do compromisso social do enfermeiro (FERREIRA et al., 2000), no sentido de alcançar o usuário em seu meio e utilizar uma abordagem social da saúde, com maior ênfase nos processos sociais e na sua relação com demandas aos serviços de saúde e de

enfermagem, abrindo-se a perspectiva para o seu trabalho interdisciplinar direcionado aos diferentes grupos sócio-etários. Neste aspecto, desenvolver ações que ajudem a sociedade a alcançar um bom nível de saúde é condição necessária para que o enfermeiro cumpra o seu papel social e político.

Ratifica-se a ideia de Soares, Lopes e Njaine (2013), de que as ações de enfermagem não podem desconsiderar os aspectos políticos, sociais e econômicos que envolvem a saúde, pois reconhecer o direito do usuário à saúde e envidar esforços para sua promoção, proteção e recuperação é uma questão de respeito à cidadania. Nesta tese, observou-se que os objetivos das disciplinas não permitem identificar esse papel ativo do estudante na promoção da cidadania.

Nesse sentido, o que poderia ser o eixo orientador dos programas de ensino que tratam da saúde, da cidadania e da integralidade, aparece como apêndices pontuais e deslocados, nos objetivos das disciplinas. Assim, também se desloca da formação a noção de saúde como direito legítimo do cidadão e deixa-se de despertar nos acadêmicos de enfermagem a questão da saúde, não como necessidade biológica e técnica apenas, mas também como um direito do cidadão.

Assim, se não há o reconhecimento da saúde enquanto direito, torna-se mais distante a colaboração para a efetivação da saúde como tal. Como qualificar, então, profissionais que reconheçam a violência como uma violação de direitos para além de suas consequências físicas? As atividades teóricas e práticas, que teriam o intuito de cumprir esta tarefa, fornecendo ao acadêmico o instrumental teórico, técnico-científico e político necessário, para que, em contato direto com o usuário, estabeleça com ele uma relação sócio-educativa, limitam-se à compreensão da saúde enquanto ausência de doenças e ao planejamento e execução do cuidado voltado para os problemas orgânicos ou psicológicos do usuário.

Particularmente, em relação às competências para o enfrentamento das situações de violência, nos Estados Unidos, país líder em publicações acerca da violência, foi fundada, em 2005, a Academia sobre Violência e Abuso (AVA), para apoiar ações e alcançar as recomendações do IOM, acerca das competências dos profissionais de saúde no enfrentamento das situações de violência e abuso. Em 2011, foi publicado pela AVA, em conjunto com educadores e especialistas norte americanos na área de prevenção da violência, um conjunto de competências interdisciplinares. Estas foram dispostas em três diferentes níveis de responsabilidade: Competências do Sistema de Saúde, Competências das

Instituições Acadêmicas e Programas de Treinamento e Competências Individuais dos Alunos.

O escopo pretendido neste documento, inclui as profissões que trabalham com indivíduos, com grupos e/ou com populações para melhorar a saúde física e psicológica e o bem-estar. Inclui medicina, odontologia, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia familiar, a saúde pública, farmácia, fisioterapia e terapia ocupacional, entre outras. As competências também se destinam a ser aplicáveis a escolas de medicina veterinária e a profissionais de veterinária porque a violência entre indivíduos pode envolver os animais em geral e os animais de estimação pertencentes às vítimas. As competências visam a ser um ponto a partir do qual as instituições acadêmicas e as sociedades profissionais de várias profissões relacionadas com a saúde podem começar a desenvolver critérios específicos por profissão sobre as habilidades, os conhecimentos e as atitudes que os seus diplomados e funcionários devem adquirir. (AMBUEL et al., 2011).

Segundo a AVA, nos Estados Unidos, as competências formativas nas profissões de saúde têm-se centrado sobre as competências individuais do aluno. No Brasil, no contexto dos resultados desta tese, evidencia-se a dificuldade, inclusive, de se implementar as competências individuais do estudante, conforme já discutido. Afinal, ao se identificar a ausência das competências nos planos de ensino da graduação em enfermagem, isso é agravado pela ausência das competências do próprio Sistema de Saúde e das instituições formadoras para o enfrentamento da violência em sua complexidade e em sua demanda de atenção.

Nesse sentido, corrobora-se a ideia da academia americana de que estudantes e formandos nas profissões de saúde aprendem a ciência e a arte de sua profissão no contexto dos programas de formação acadêmica e no sistema de saúde e de que estagiários só podem desenvolver conhecimentos e habilidades clínicas sofisticadas, relacionados com a violência, se os sistemas acadêmicos e de saúde em que eles estão aprendendo e trabalhando proporcionarem um ambiente de apoio como um modelo de melhores práticas clínicas e de sistema relacionados com a violência e o abuso. (AMBUEL et al., 2011,).

Nesta tese, as falas dos docentes participantes ilustram o distanciamento de nosso sistema de saúde do “modelo de melhores práticas”. A fala a seguir ilustra o enfrentamento das situações de violência em nossos cenários de prática,

voltados apenas para as consequências físicas e psicológicas da violência e limitando a concepção de saúde à ausência de doenças.

No posto de saúde talvez fosse isso [entretanto] tem toda uma série de outras necessidades de saúde e talvez sejam mais importantes, mas invisíveis. Por exemplo, as grávidas [...] têm grávidas na casa [casa de apoio a mulher em situação de violência, cenário de prática da disciplina], o cara chutou a briga e empurrou ela contra os espinhos, ela chegou a espinhos ainda cravados, enfim, mas a gravidez bem. Se essa mulher tivesse aparecido para pré-natal qual é o enfoque? Medir a barriga, auscultar os batimentos cardíacos do bebê, medir a pressão dela, aqui não é[...] Então ela tem outras coisas que são muito mais urgentes que a barriga. (Entrevista 1).

O tema da violência nem sempre oportuniza diagnosticar doença no quadro nosológico tradicional. Você vai dizer depressão, talvez, uma loucura, sei lá. Distúrbio psíquico, não sei, mas fora isso não dá. Eu acho que trabalhar com tema como violência resulta numa ampliação da concepção de saúde para outros campos [para além do setor saúde]. (Entrevista 2).

Essa falta da incorporação, de assimilação comprometida, poderíamos dizer, do problema da violência pelo setor saúde, é amplamente descrita nas pesquisas acerca da temática e remete para as competências do Sistema de Saúde no enfrentamento da violência.

Considerando a experiência da AVA, em relação às competências do Sistema de Saúde, a primeira ação descrita é a construção de sistemas de acreditação que valorizam as competências relacionadas ao enfrentamento da violência. Nesse sentido, as organizações de acreditação deveriam exigir políticas e procedimentos relacionados ao enfrentamento da violência e ao abuso. (AMBUEL et al., 2011). No Brasil, embora já sejam institucionalizados os sistemas de acreditação, nenhum inclui a violência em seus requisitos.

Uma segunda competência para o sistema é de que os profissionais de saúde reconheçam as consequências da violência e valorizem, culturalmente, a competência específica de sua profissão para o enfrentamento do problema. Nesse sentido, os profissionais de saúde necessitam desenvolver, tanto em sua formação quanto nas suas práticas, uma compreensão sobre as consequências da violência. Nesta tese, os docentes referiram a percepção de que os profissionais reconhecem as consequências da violência na sua prática profissional, mas mostram-se impotentes, o que atesta a falta de qualificação para o enfrentamento e a valorização da sua competência.

A questão do agravo, que vai trazendo uma severidade maior, e quem trabalha nas emergências sabe disso. Cada internação é um dano maior, um dano maior. Os profissionais já se deram conta de que isso funciona assim[...] Abordar isso, enfrentar isso de uma maneira mais clara, para que aqueles pais, ou aquele núcleo possa também estar sendo visto, porque senão a gente entra em uma ciranda que é próprio ciclo da violência. Todos também numa busca diária de múltiplas atividades, que não olham para si ou para dentro do seu núcleo familiar. Há necessidade de se parar um pouquinho no tempo e fazer uma revisão também disso. O profissional está dentro disso também, o profissional, o enfermeiro, o nutricionista, farmacêutico, médico, ele tem múltiplas coisas a cumprir, múltiplas tarefas, e muitas vezes fica mais fácil passar pela violência despercebido. Enquanto que, se eu tiver aquele olhar ali, eu posso prevenir um dano maior. (Entrevista 3).

Outros elementos de intervenção do Sistema de Saúde, com base na AVA, são as competências especializadas e os programas de formação adequados para cada profissão e especialidade dentro da profissão. Assim, salientam que é necessário que cada sociedade profissional (ou conselho) adapte as competências gerais às necessidades dos usuários em relação às situações de violência. Poderíamos fazer um paralelo na enfermagem brasileira com a atuação da ABENFO (Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstetras) para tornar visível, desnaturalizar e no enfrentamento das situações de violência obstétrica, que surge na fala de uma das docentes entrevistadas.

Muito, muitas dificuldades, pela própria dificuldade de vários colegas, vários alunos, vários profissionais, [de] não conseguir perceber essa violência. Principalmente a violência oculta, emocional por exemplo. A violência ao parto. Foi inculido socialmente que era daquela forma que teriam que parir, as mulheres deitadas, quietinhas, ouvindo “para fazer não doeu”, não pode levantar, não pode comer, não pode, enfim. (Entrevista 4)

Ressalta-se,entretanto, que essas são atitudes isoladas e que as pesquisas, na maioria das vezes, evidenciam a potencialização da violência nos atendimentos que se configuram em violência institucional e em revitimização dos usuários que procuram os serviços por outras situações de violência.

Outra competência a ser estimulada se refere a sistemas de prestação de cuidados de saúde que buscam e alcançam melhoras sustentadas e excelência na identificação, no tratamento e na prevenção de violência. Nesse sentido, foi possível identificar, nas falas de docentes, alguns cenários de prática, segundo os quais o enfrentamento das situações de violência atingem essa qualidade, muito embora nem sempre se localizem no sistema de saúde formal. A fala a seguir ilustra um cenário de pratica localizado em uma casa de apoio à mulher em situação de violência.

Os próprios profissionais que atuam lá, que é uma equipe multidisciplinar tem nutricionista socióloga assistente social enfim tem terapeuta ocupacional, tem uma enfermeira, eu dou sempre o exemplo de lá equipe multidisciplinar que trabalha realmente integrada. Quantas coisas elas podem encaminhar elas não vão resolver os problema resolução do problema da violência..ao fim ao cabo a resolução do problema da violência ela vai acabar acontecendo na própria mão da mulher mas o que a casa faz é atender as necessidades outras que de certa maneira estão implicados nessas situações de violência. (Entrevista 1)

Alguns dos aspectos citados permitiram visualizar que, no Brasil, existem algumas iniciativas no sistema de saúde, como os observatórios de violência, por exemplo, embora incipientes e isoladas, que podem, desde que se configurarem em práticas universais e articuladas, auxiliar no enfrentamento das situações de violência.

Entre as ações do Sistema de Saúde no Brasil, podemos citar, no âmbito de legislação e de normatizações balizadoras , a Política Nacional de Enfrentamento da Violência Doméstica, a Lei Maria da Penha, o Estatuto do Idoso, o Estatuto da Criança, o Estatuto da Juventude, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no âmbito da vigilância da Violência, o Sistema de Informações de Mortalidade, o Sistema de Informações de Violências e Acidentes (Viva), que inclui os eventos informados no SINAN, pela ficha de Notificação individual da Violência e os informados no Viva Inquérito, pela ficha de notificação em unidades de urgência e emergência. (BRASIL, 2013). Também, citam-se ações no âmbito dos serviços com as redes de proteção à mulher, às crianças e aos idosos em situação de violência, além de parcerias com ONGs para o enfrentamento da violência. No âmbito da pesquisa, também houve a divulgação de editais de fomento para o desenvolvimento de estudos acadêmicos sobre a violência. Reitera-se o caráter não universal dessas ações, necessitando de articulação entre os serviços e de organização de fluxos, de demandas e principalmente de qualificação dos profissionais de saúde para a sua utilização.

A partir dessas dificuldades para consolidação de competências, que qualifiquem para a ação e/ou cuidados aos usuários em situação de violência, questionou-se a existência de elementos que apontem para rupturas e para mudanças de lógicas no ensino, com ênfase nesse tema. Partiu-se, então, para análise de elementos curriculares e conteúdos que apontem para a superação da

racionalidade dominante e que possibilitem novos olhares para o problema da violência. A seguir discutem-se esses elementos.

8.1 Elementos curriculares e conteúdos que apontam para uma mudança de racionalidade no sentido de reconhecer e adotar novos olhares terapêuticos para o problema da violência

Inicia-se por questionar se existem elementos curriculares e conteúdos que apontam para uma mudança de lógicas, racionalidades singulares, no sentido de reconhecer e adotar novos olhares de cuidado para as situações de violência.

Nesta tese, foram identificadas iniciativas individuais dos docentes para a abordagem da violência. Embora esta esteja inserida de modo incipiente e apenas em algumas disciplinas do curso, constatou-se o esforço empreendido por docentes que, confrontados pelo problema em suas práticas pedagógicas, buscaram extrapolar a racionalidade hegemônica da razão médica e tecer novos olhares para a formação acerca da violência, reconhecendo esta como um problema de saúde e da saúde enquanto setor, à medida que compreendem que a saúde não é apenas a ausência de doenças. Essas iniciativas são identificadas, sobretudo, naqueles docentes que tiveram uma formação para além do campo da saúde e que reconheceram a importância de incorporar esses outros referenciais ao ensino da enfermagem, como já descrito anteriormente nesta tese.

Entre essas iniciativas, estão cenários de práticas para disciplinas que se localizam fora do setor saúde tradicional, como casa de apoio às mulheres em situação de violência, o que, segundo as docentes, extrapola o olhar reducionista da saúde e possibilita uma ampliação do olhar do aluno acerca das formas de enfrentamento da violência, por meio de uma abordagem interdisciplinar. As falas a seguir ilustram a importância do cenário de prática na abordagem da violência e a necessidade da abordagem nas disciplinas. Dois cursos referiram práticas na casa de apoio em disciplinas diferentes.

Então assim eu acho que eles aprendem bastante lá [na Casa de Apoio Viva Maria, cenário da prática]. Eles vão relatando assim a própria evolução deles: Nunca tinha me dado conta disso meu Deus! Como eu era preconceituosa! Eu pensava que era um fantasia da minha cabeça! Eu acho que eles saem de lá com outra cabeça. Agora assim, se tu achas que eles saem de lá com a ideia bem concreta do que fazer, eu acho que não. É pouco, pouco tempo. (Entrevista 1).

E quando eles vão para a Casa Viva Maria que a gente fala sobre a violência da mulher, como falta esse embasamento, né, das leis, da legislação, então acho que além da abordagem, eu acho que isso é uma das coisas que mais eu sinto falta. Então a gente tenta abordar nessas disciplinas. (Entrevista 8).

Os docentes referiram este cenário como um local em que é possível desenvolver as competências individuais para o enfrentamento das situações de violência, tais como a abordagem de conhecimentos gerais acerca da violência, descritos por Ambuelet al. (2011). Entre esses conhecimentos, pode-se citar compreender as definições de violência, as dinâmicas interpessoais de violência e os tipos de violência, conhecer a epidemiologia da violência na população de mulheres e de crianças; distinguir entre mitos e fatos sobre violência; conhecer fatores de risco para o abuso continuado, morbidade e mortalidade, incluindo suicídio, homicídio; compreender os efeitos agudos e crônicos de violência na saúde física e comportamental; compreender como funcionam as barreiras da violência para buscar ajuda (individual, social, institucional e cultural); entender o contexto social, cultural e de violência, incluindo fatores como gênero, orientação sexual, classe social, etnia, religião; reconhecer valores, atitudes, crenças e experiências pré-existentes relacionadas ao abuso entre profissionais de saúde e como afetam a interação com os pacientes e os clientes. (AMBUEL et al., 2011).

Outro aspecto descrito nas falas foi a possibilidade de intervir para promover a segurança e reduzir as vulnerabilidades, por meio do auxílio na elaboração do plano de segurança da mulher em situação de violência.

Então são coisas que eu faço os alunos enxergar, não basta eu sentar com a mulher na minha frente e dizer para ela: faça isso, faça isso, faça isso e mandar ela embora. Eu preciso ajudar, até porque eu tenho condições de ajudar dentro do próprio plano [de segurança] que ela tem, elas ajudam a ter um plano. (Entrevista 1).

Outra possibilidade evidenciada pelos docentes foi a possibilidade de desenvolvimento da abordagem interdisciplinar e integral. A fala a seguir ilustra.

Então, por exemplo, empoderamento. Tem mulheres que não têm documentos, que os caras queimaram, então eles encaminham o documento, tu tem que ter uma carteira de identidade, tu precisa de uma carteira de identidade. Encaminhamentos para o juiz, o cara tem que dar uma cesta básica. Vamos lá no juiz ? Eu vou contigo e elas vão junto. (Entrevista 1).

A partir do recomendado pela academia americana, em relação à abordagem interdisciplinar à violência, resgata-se estudo de Minayo e Souza (1998, p.528), que, há quase duas décadas, já referiram que a *reflexão sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, no campo da práxis violência e saúde, não é uma imposição externa, e sim exigência epistemológica intrínseca e essencial.*

Em 2002, Vasconcellos, referindo-se a situações nas quais a interdisciplinaridade se faz urgente, cita o cuidado a meninos e a meninas e a outros grupos em situação de rua e a mulheres e crianças com experiências de violência e negligência (VASCONCELLOS, 2002).

Em 2007, artigo teórico elaborado por docentes enfermeiras relata que a *interdisciplinaridade pode ser uma possível saída para dar-se conta do objeto de trabalho da saúde/enfermagem.* Entretanto, as autoras relatam que isso pode ser mais bem vivenciado na pesquisa, como meio de exercício para a formação e futura profissionalização na área da saúde/enfermagem. (SANTOS et al., 2007, p.21).

Nesta tese, foi possível identificar a interdisciplinaridade como condição para o enfrentamento das situações de violência no contexto da pesquisa e na extensão universitária. No ensino, ainda se preserva o limite imposto pelas disciplinas, particularmente no contexto dos cursos analisados, relacionados às fases evolutivas do ser humano (disciplinas voltadas à saúde da criança, do adolescente, do adulto, do idoso). Destaca-se a vivência dos alunos em atividades de extensão, como uma possibilidade do exercício da interdisciplinaridade na formação e como oportunidade de formação acerca da violência.

[Referindo-se à extensão] Nós temos dentro da área do serviço social e da psicologia, tem assim pessoas, com os quais a gente também mantém uma relação bem próxima, que trabalham especificamente sobre violência. (Entrevista 6).

Eu faço parte da Equipe de Proteção, que é uma equipe do hospital em que tem eu como professora, tem uma gineco infantil, tem a psiquiatria, tem a psicologia, serviço social, uma procuradora do Ministério Público que faz um trabalho voluntário, e eu levo duas bolsistas de extensão da enfermagem que eu faço um trabalho de extensão lá. (Entrevista 7)

Ressalta-se que a ausência da abordagem interdisciplinar no campo da ação frente à violência surgiu também dos resultados da dissertação de mestrado que desenvolvemos, em entrevistas com profissionais de saúde, entre os quais enfermeiros, os quais se referiram à importância do trabalho conjunto e cooperativo

para o enfrentamento da violência e demonstraram a insatisfação com a forma de trabalho em que cada um permanece “na sua sala”. (BONFIM, 2008).

Nesse sentido, Minayo e Souza (1998) ressaltam que o princípio da cooperação é central e deve prevalecer sobre a hierarquia das disciplinas, a competição institucional e a oposição entre teoria e prática. Então, ao se lidar com o tema da violência, só se alcançará legitimidade por meio da argumentação num coro polifônico e dialógico. (MINAYO; SOUZA, 1998). As autoras reiteram que o contrário da violência não é a não-violência, mas a cidadania e a valorização da vida humana em geral e dos indivíduos no contexto de seu grupo.

Outra iniciativa evidenciada nas falas das docentes foi a utilização das atividades de pesquisa e de extensão como uma alternativa para proporcionar ao aluno um currículo com formação acerca das violências.

Acho que é uma oportunidade de propor aos alunos de eles estarem se sensibilizando, querendo trabalhar, visualizar isso nos seus estágios, nos seus campos. A gente fez isso pela extensão, esse ano, em uma atividade com filmes para elucidar o tema e a partir disso discutir, começar a perceber a necessidade de trabalhar o quanto esse contexto faz parte da vivência de muitas mulheres, mulheres que são próximas a nós, mulheres que passam pelo serviço de saúde, que estão conosco. Então eu acho que os filmes são estratégias para isso, trazer casos, trazer dados. Acho que primeiro é sensibilizar, porque a gente acha que sempre é com o outro, mas a gente não faz uso, ainda, dessas possibilidades pedagógicas na disciplina, porque é bastante novo e isso eu acho que a gente vai construindo conforme a gente vai... com maior inserção na disciplina. (Entrevista 13).

Na pesquisa eu acho que até tem aqui na Escola, mas sempre puxado, isso é claro, é natural, puxado por pessoas que já trabalham com isso, pessoas com grupo de pesquisas, projetos de pesquisa, edital. E aí se tem o TCC os alunos já procuram aquele professor que sabem que trabalha com isso. (Entrevista 1).

A participação dos alunos nos grupos de pesquisa foi referida como uma oportunidade para a sensibilização acerca do problema, como oportunidade para apresentar e discutir os aspectos epidemiológicos, sociais, políticos da violência. Além disso, por meio das ferramentas da pesquisa, os alunos podem aprofundar conhecimentos teóricos e estratégias de enfrentamento que podem ser implementados nas práticas da enfermagem.

Nesse sentido, traz-se para o espaço acadêmico e se discute a importância das competências para o enfrentamento da violência, no âmbito das instituições formadoras. Assim, é recomendado que as universidades adotem abordagens

interdisciplinares à violência e, na linha do que sugere Ambuelet al. (2011), que se tenha foco na prevenção, incluindo a promoção de relacionamentos saudáveis, que se desenvolvam parcerias com a comunidade na educação, na intervenção e na prevenção relacionada à violência; que o currículo ofereça oportunidades de formação ao acadêmico acerca da violência; que se garanta a segurança do aluno e se promova o autocuidado, que seja assegurado um ambiente institucional livre de violência.

Em relação à transversalidade da temática na formação, esta foi referida pelos docentes como um tema transversal, que perpassa as disciplinas e que deveria ser trabalhado ao longo de todo o curso.

Outra coisa que eu acho é trabalhar sistemas que não são referentes a doenças, como temas transversais e não temas pontuais, por exemplo, a violência deveria ser um tema transversal, assim como gênero, do primeiro semestre ao último, assim como promoção da Saúde. Então se pudesse pensar o currículo... talvez se pudesse qualificar melhor a formação dos nossos alunos (Entrevista 1).

Eu diria que a violência é um assunto transversal, passa pelas disciplinas. (Entrevista 2).

Então eu diria que esse é um tema transversal, que acontece em várias disciplinas. (Entrevista 6).

Ea violência acaba sendo uma temática que não tem uma disciplina específica de violência, enfim, pra tal faixa etária, pra tal população, mas é um tema transversal em inúmeras disciplinas. (Entrevista 12).

E o estímulo para trabalhar, porque é uma questão, assim, a questão da violência como um todo, nos territórios, a gente tem percebido cada vez mais nos territórios a questão da violência e a importância de trabalhar a cultura de paz nesses territórios, então a violência como um todo, então tem emergido essa discussão na disciplina, e trabalhar a violência de modo geral como um tema transversal nas disciplinas, essa é uma proposta que a gente já vem pensando – que eu venho pensando – que ela deve ser abordada em todos os ciclos vitais, então isso me estimula porque é uma questão de saúde pública, a gente tem dados epidemiológicos que mostram a dimensão do problema, então conforme eu tenho a oportunidade de trabalhar e até discutir essas questões de equidade de gênero, de desigualdades. (Entrevista 13).

Entretanto, cabe ressaltar que, conforme discutido no capítulo 6 desta tese, a abordagem da violência acontece, de forma pontual, em algumas disciplinas e, na maioria delas, por iniciativa dos docentes. Assim, reconhece-se a iniciativa desses professores, sua sensibilização mediante um problema de grande magnitude, que repercute na saúde da população em geral, e seus esforços, mesmo que isolados,

para incluir esse conteúdo na formação dos futuros enfermeiros.

Entretanto, fica evidente a necessidade de uma discussão no âmbito acadêmico, como compromisso formativo da saúde, de proposição de elementos curriculares ou de reestruturação dos currículos, no sentido de incorporar a abordagem da violência na formação dos enfermeiros e dos demais profissionais da área.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentam-se as considerações finais desta tese, elencando os achados, que, em sua construção, mostraram-se significativos frente à problemática. No entanto, reitera-se o propósito de contribuição deles, como tal, parciais e provisórios para o contexto atual. A temática da violência como saber acadêmico é ampla, recente e necessita de múltiplos olhares analíticos, de leituras e de contribuições.

Pesquisar a abordagem da violência na graduação em enfermagem vem ao encontro de preencher lacunas de outros estudos desenvolvidos pela autora e pelo grupo de pesquisa no qual está inserida. O problema da violência no Brasil, tanto pela sua magnitude quanto pelas consequências para a população, configura-se em um grande desafio aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros e ao sistema de saúde. Desafios há no sentido de requerer profissionais de saúde competentes para o seu enfrentamento e para um sistema de saúde que propicie ao profissional uma atuação, considerando a violência como um problema de saúde e da saúde enquanto setor de atuação.

Nesse contexto, foi proposto, para esta tese, investigar como a temática da violência é abordada nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior, situadas em Porto Alegre, e analisar as racionalidades subjacentes. Para esta síntese conclusiva, confrontam-se os objetivos definidos e os achados em relação à temática. Entende-se que as racionalidades subjacentes e dominantes na saúde influenciam todo o processo de formação previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem.

Os objetivos específicos foram analisar a formação superior de enfermagem para a atuação nos eventos de violência, por meio dos conteúdos propositivos, presentes ou não na estrutura curricular e na atuação de formadores. Constatou-se que a temática consta no currículo formal de sete disciplinas, com concentração naquelas voltadas à saúde da criança. Para além da inserção formal, existem outras disciplinas em que, por iniciativa do professor, a violência é abordada em conteúdos relacionados, mas existe uma demanda reprimida de inclusão de conteúdos sobre violência a partir das vivências dos alunos, durante as práticas disciplinares. A ausência da inserção formal da violência no conteúdo das disciplinas resulta, portanto, na falta de planejamento do tempo para análise, na falta da discussão de

referenciais teóricos que forneçam subsídios aos alunos para a tomada de decisão nas ações da enfermagem para o enfrentamento do problema. Defende-se que a inserção formal da temática violência no plano de ensino, além de garantir uma carga horária dedicada ao conhecimento, às discussões, ao desenvolvimento do saber acadêmico propriamente dito, propiciaria um planejamento pedagógico e auxiliaria na sensibilização e na aquisição de competências para visibilização e atuação nas situações de violência presentes em cenários das práticas disciplinares.

Em relação às racionalidades formativas, por meio da análise dos conteúdos de base documental e das narrativas dos docentes desta tese, foi possível identificar um distanciamento entre a racionalidade propositiva das Diretrizes Curriculares Nacionais, mais próximas dos pressupostos do Sistema Único de Saúde, compreendendo-se a saúde enquanto direito e o que de fato se constitui em propostas curriculares para a abordagem da violência. Nesse sentido, tanto a análise das entrevistas, quanto dos planos de ensino e de documentos oficiais, evidenciou a influência da racionalidade científica e da razão médica nas práticas de ensino, reduzindo a concepção de saúde à ausência de doenças e incorporando uma concepção de cuidado voltado ao organismo humano, em detrimento ao ser social.

Assim, os objetivos descritos nos projetos pedagógicos dos quatro cursos de enfermagem analisados destacam o compromisso social e político, a formação técnico-científica, a ético-política e a sócio-educativa, o senso de responsabilidade social, o compromisso com a cidadania, a atitude profissional focada no perfil epidemiológico e na busca de evidências internacionais como competências a serem desenvolvidas ao longo do curso.

Entretanto, na implementação dessas propostas, sobressai-se uma prática formativa influenciada pela racionalidade científica naturalista, evidenciada pela carga horária disponibilizada às disciplinas naturais, 17,29%, em comparação às disciplinas do Eixo das Ciências Humanas e Sociais, 4,92%. Também se verifica essa aproximação por meio do ordenamento do currículo, no qual o acadêmico, ao ingressar no curso, recebe, logo nos primeiros semestres, a ênfase das disciplinas biológicas, ou biomédicas, formando uma lógica de pensar em saúde na perspectiva biomédica. Ao longo do curso, as disciplinas do Eixo Ciências da Enfermagem ratificam essa racionalidade, evidenciada pela maior importância dedicada ao Padrão Empírico do Conhecimento. Para além do âmbito acadêmico, os serviços de saúde e cenários de prática da formação reforçam essa forma de pensar em saúde.

A influência dessa racionalidade perpassa também as competências previstas para a formação. Enquanto as diretrizes curriculares nacionais preveem a formação de competências gerais e específicas para a formação do enfermeiro, evidenciam-se planos de ensino centrados em conteúdos e em habilidades, que não evidenciam nem focam competências como balizadoras do processo formativo. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de uma política institucional de formação docente, no sentido de mudanças de pressupostos e que discutam a importância da inserção do padrão sociopolítico na qualificação docente e na formação do enfermeiro. Ressalta-se que as competências deslocadas na formação são as de liderança, de gerenciamento e de administração em enfermagem, de tomada de decisão e de comunicação, ou seja, aquelas relacionadas à formação sociopolítica do enfermeiro.

Entre os elementos curriculares e os conteúdos que apontam, para além das permanências, mudança de racionalidades e diversidade de enfoques no sentido de reconhecer e adotar novos olhares terapêuticos para o problema da violência, foi possível identificar iniciativas individuais de docentes discutidas ao final do oitavo capítulo, que, por reconhecerem a importância da abordagem para a formação, particularmente daqueles professores com formação na área de ciências sociais, procuram extrapolar os cenários de prática convencionais do setor saúde e buscam, nas atividades de extensão e pesquisa, fugir da racionalidade formativa acadêmica da saúde para a abordagem da violência. Além disso, as atividades de extensão e de pesquisa se configuraram em vivências enriquecedoras aos alunos no sentido de aquisição de competências para trabalho interdisciplinar.

Contudo, fica evidente a necessidade de uma discussão no âmbito da Universidade como um todo, como compromisso formativo da saúde, de proposição de elementos curriculares ou de reestruturação dos currículos, no sentido de incorporar a abordagem da violência na formação dos enfermeiros e dos demais profissionais da área. Essa postura implica enfrentar, no campo teórico, as "racionalidades dominantes" como definidoras de conteúdos e de atitudes frente ao problema, tanto no espaço da construção dos saberes acadêmicos como nos cenários de práticas. A nosso ver, são movimentos necessários e fundamentais para a adoção de novos olhares terapêuticos para a violência.

10 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados desta tese apresentam aplicabilidade para o campo do estudo, particularmente para a abordagem da violência nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, considerando o tripé Ensino, Pesquisa, Extensão. Em relação ao ensino, salienta-se sua aplicabilidade tanto na Academia quanto nos Serviços de Saúde, cenários mais frequentes das práticas disciplinares e estágio dos acadêmicos de enfermagem. Diante disso algumas recomendações podem ser sintetizadas com o intuito de auxiliar a disparar mudanças necessárias para a abordagem da violência no Bacharelado em Enfermagem. Assim, recomenda-se:

Para o ensino:

- ✓ Utilização de metodologias ativas, considerando o aluno como um ator importante no enfrentamento da violência;
- ✓ Inserção da temática da violência de maneira transversal e, ao mesmo tempo, formal nos planos de ensino das disciplinas demarcando as competências esperadas;
- ✓ Possibilitado o exercício da enfermagem voltada para a cidadania e responsabilidade social ao longo de todo o curso;
- ✓ Elaboração de espaços de reflexão com os docentes acerca das competências e habilidades propostas pelas Diretrizes Curriculares para a Enfermagem;
- ✓ Realização de oficinas pedagógicas periódicas com os docentes para trocas de conhecimentos, metodologias e debate acerca de temas transversais ao longo do curso.

Para a Pesquisa e Extensão:

- ✓ Elaboração de Programas multidisciplinares, tanto de pesquisa quanto de extensão, que integrem alunos de diversos cursos e possibilitem olhares diversos e múltiplos às situações de violência;
- ✓ Estabelecimento de colaboração com recursos comunitários ligados ao enfrentamento das situações de violência (Secretaria de Segurança

Pública, Delegacias, Ministério Público, Serviços de Saúde de Referência, Casas de Apoio, Rádio Comunitária, etc.) para a educação e intervenções em saúde voltadas para a cultura de paz e prevenção da violência;

- ✓ Execução de Programas voltados para a prevenção da violência e promoção de relacionamentos saudáveis no âmbito acadêmico;
- ✓ Execução de Programas multicêntricos de investigação e monitoramento das situações de violência.

Para os Serviços de Saúde:

- ✓ Valorização de tecnologias leves para o enfrentamento às situações de violência e promoção da cidadania;
- ✓ Desenvolver a escuta ativa como ferramenta de consulta de enfermagem sendo esta um potencial elemento sensível para desvendar realidades de violência e encaminhar o processo de acolhida e competência nas intervenções de enfermagem;
- ✓ Execução de Programas de Educação Permanente voltados para competências especializadas no enfrentamento de violência (incorporação de conhecimentos, atitudes e habilidades) e programas de formação adequados para cada profissão e especialidade dentro da profissão;
- ✓ Identificação de redes de apoio (institucionais e comunitárias) para a prestação de cuidados que buscam e alcançam bons resultados na identificação, tratamento e prevenção de violência;
- ✓ Implementação de redes organizacionais de enfrentamento às situações de violência, no sentido de assegurar a segurança dos profissionais de saúde e apoiar aqueles que estão em situação de violência.
- ✓ Promoção de atividades de educação em saúde para usuários e profissionais sobre relacionamentos saudáveis e violência, usando mídias diversificadas (cartazes, cartões de segurança, boletins informativos, redes sociais, entre outros), e criar espaços física e psicologicamente seguros para divulgação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alva Helena. **Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem no estado de São Paulo**. 2009. 221 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- ALMEIDA, Alva Helena. SOARES, Cássia Baldini. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19 n. 3, [8 telas], maio/jun. 2011.
- AMBUEL, B. et al. **Competencies needed by health professionals for addressing exposure to violence and abuse in patient care**. Minneapolis: Academy on Violence and Abuse, 2011.
- ARAGÃO, Ailton de Souza et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21 n.esp, p. 172-179, jan./fev. 2013.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Desenvolvimento histórico da epidemiologia e do conceito de risco. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 88, n. 2, p. 71-79. abr./jun, 2009.
- AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de; NOGUEIRA, Conceição. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 3, p. 101-112, 2008.
- BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein, ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Promovendo a cidadania por meio do cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.3, p.431-434, maio-jun, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.
- BONFIM, Elisiane G. **A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública**. 2008. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.
- BONFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques; PERETTO, Marcele. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 97-104, jan./mar.2010.
- BORGES, Dorian; CANO, Ignácio. **Índice de homicídios na adolescência: IHA 2009-2010**. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf>. Acesso em: 02 out. 2013.

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em 02 out. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Área Técnica de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB N.º 04/99 de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Nacional de Nível Técnico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez.1999b. Seção 1, p. 229.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001a**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. **Parecer CNE/CES 1.133/2001b**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 96p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 5.773, de 09 de maio de 2006**. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5773.htm>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Índices de homicídios na adolescência**: análise dos homicídios em 267 municípios com mais de 100 mil habitantes. Brasília: Secretaria Direitos Humanos, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Juventude. **Conselhos de juventude**: fortalecendo diálogos, promovendo direitos. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.juventude.gov.br/conjuve/documentos/conselhos-de-juventude-fortalecendo-dialogos-promovendo-direitos>>. Acesso em: 31 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 132 p.

BRASIL. Lei 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 ago. 2013. Seção 1, p.1-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 ago. 2015. Seção 1, p.37-39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura saúde da família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BUENO, André Luis Machado; LOPES, M. J. M. A morbidade por causas externas em uma região do município de Porto Alegre/RS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n. 3, p. 279-287, jul./set. 2008.

CAMARGO JUNIOR, Keneth Rochel. A Biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.177-201, 2005.

CARPER, Barbara A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **ANS Advances in Nursing Sciences**, Germantown, v. 1, no.1, p. 13-24, Oct. 1978.

CARVALHO, Vilma de et al. **Currículo – filosofia e documentos básicos**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 2003. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/graduacao/filosofia.htm>>. Acesso em 12 ago. 2013.

CENTRO UNIVERSITÁRIO METODISTA-IPA. **Projeto pedagógico do curso de bacharelado em enfermagem**. Porto Alegre: IPA, 2014. 141 p.

CESTARI, Maria Elisabeth. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p.34-42, abr. 2003.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; KURCGANT, Paulina. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 401-407, jul./ago. 2004.

COCCO, Marta; LOPES, Marta Julia Marques. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.12, n.1, p. 89-97, jan./mar. 2010a.

COCCO, Marta; LOPES, Marta Julia Marques. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p.151-159, mar. 2010b.

COHN, Felicia; SALMON, Marla, E.; STOBO, John D. (Eds). **Confronting chronic neglect: the education and training of health professionals on family violence.** Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 358 de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 01 mar. 2013.

CUNHA, Janice Machado da; ASSIS, Simone Gonçalves de; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.4, p. 462-465, jul./ago. 2005.

DAL PAI, Daiane; SCHRANK, Guisela; PEDRO, Eva Neri Rubim. O enfermeiro como ser sociopolítico: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.1, p. 82-87, jan./mar.2006.

DURAND, Julia Garcia. **Violência por parceiro íntimo contra a mulher e desenvolvimento infantil.** 2010. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ELLSBERG, M. et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **Lancet**, London, v. 371, no. 9619, p.1165-1172, 2008.

FERREIRA, Marcia de Assunção et al. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: RAMOS, Flávia Regina Souza; MONTICELLI, Marisa; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro – Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 68-72**

FIGUEIREDO, Paula Pereira de et al. A saúde sob a perspectiva da cidadania. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.13, n.2, p. 283-287, abr./jun. 2009.

GERMANO, Raimunda Medeiros. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n. 4, p.365-368, jul./ago. 2003.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

IMPERATORI, Giceli; LOPES, Marta Julia Marques. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde? **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.18, n. 1, p. 83-94, 2009.

LEAL, Sandra Maria Cezar. **"Lugares de (não) ver?": as representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde.** 2010. 308 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do

Sul, Porto Alegre, 2010.

LEAL, Sandra Maria; LOPES, Marta Julia Marques; GASPAR, Maria Filomena Mendes. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 409-424, jun. 2011.

LOPES, Marta Julia Marques. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, Vera; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.153-188

LOPES, Marta Julia Marques. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. In: MEYER, Dagmar; WALDOW, Vera; LOPES, Marta Julia Marques (Org.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.43-52.

LOURENÇÃO, Daniela Campos de Andrade; BENITO, Gladys Amélia Véles. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p.91-97, jan./fev. 2010.

LUDERMIR, Ana Bernarda et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine**, São Paulo, v.66, no. 4, p.1008-1018, Feb. 2008.

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 203p.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. Os saberes da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57 n.3, p.357-360, jun. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n.3, p. 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, supl., p.1259-1267, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; NJAINE, Kathie (Org.). **Amor e Violência: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar entre jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.236p.

MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa (Org.). **Currículo: questões atuais**. Campinas: Papyrus, 2014.E-book.

MORETTO, Vasco P. **Construtivismo, a produção do conhecimento em aula**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NAVARRO, Marcus Vinicius Teixeira. Conceito e controle de riscos à saúde. In: NAVARRO, Marcus Vinicius Teixeira. **Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária**. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 37-75.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Ed. Cortez, 1989. 174p.

NYGREN-KRUG, Helena. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde. **Saúde e Direitos Humanos**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 13-18, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução 53/243**, de 06 de outubro de 1999. Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz. Disponível em: <<http://www.comitepaz.org.br/download/Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20uma%20Cultura%20de%20Paz%20-%20ONU.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. Campinas: Pontes, 1996.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006.

PERSEGONA, Karin Rosa et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p.645-650, jul./set. 2009.

PINHEL, Inahíá; KURCGANT, Paulina. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n. 4, p. 711-716, 2007.

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Extrato do projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem**. Porto Alegre: PUCRS, 2010. 16 p.

RACIONALIDADE. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

ROSA, Carlise Soares et al. O ensino do processo de enfermagem na ótica dos docentes. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v.9, n. 6, p. 8235-44, jun. 2015.

RUCKERT, Taís Regina et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Ciência Cuidado & Saúde**, Maringá, v.7, n. 2, p.180-186, abr./jun.2008.

SANT'ANA, Ana Rosária. **Vulnerabilidade ao homicídio**: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997. 2000. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

SANT'ANNA, Ana Rosária; LOPES, Marta Julia Marques. Homicides among teenagers in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil: vulnerability, susceptibility, and gender cultures. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1509-1517, nov./dez. 2002.

SANT'ANA, Ana; AERTS, Denise; LOPES, Marta Julia. Homicídios entre adolescentes no sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.120-129, jan./fev. 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 7. ed. Porto: Edições Afrontamento, 2000.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. **Revista Didática Sistêmica**, Rio Grande, v.5, p. 13-22, jan/jun. 2007.

SCHWANCK, RonídiaHendler et al. A percepção de formandos de enfermagem acerca da violência contra a criança. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.10, n.2, p. 41-46, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas. Violência contra mulheres e promoção dos direitos humanos: a contribuição do campo da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 41, p. 47-55, abr.2008.

SCHRAIBER, Lilian Blima et al. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. Unesp, 2005.184p.

SCHAURICH, Diego; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Escola Anna Nery**, v.14 n. 1, p. 182-818, jan./mar. 2010.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. A sexualidade no cuidado de enfermagem: retirando véus. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v.12, n.1, p.72-79, jan./mar.2013.

SHIMBO, Adriano Yoshio; LABRONICI, Liliana Maria; MANTOVANI, Maria de Fátima. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p.506-510, jul./set. 2011.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques; NJAINE, Kathie. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.6, p.1121-1130, jun. 2013.

SOUZA, Ramona Garcia; SANTOS, Deisy Vital dos. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 783-800, set. 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Projeto político pedagógico do curso de graduação em enfermagem**. Porto Alegre: UFCSPA, 2009. 71 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto pedagógico do curso de bacharelado em enfermagem**. Porto Alegre, UFRGS, 2012. 26p.

VARGAS, Rosimeire da Silva; FRANÇA, Fabiana Cláudia de Vasconcelos. Processo de enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias NANDA, NIC e NOC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p.348-352, maio/jun. 2007.

VASCONCELOS, Maria Drosila. Pierre Bourdieu: a herança sociológica. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.23, n.78, p.77-87, abr. 2002.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mortes matadas por arma de fogo: mapa da violência 2015**. Rio de Janeiro: Flacso, 2015. 112p.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso, 2012.

WHITE, Jill. Patterns of knowing: review, critique, and update. **ANS Advances in Nursing Sciences**, Germantown, v. 17, no.4, p. 73-86, June 1995.

APÊNDICE A - OFÍCIO A SER ENCAMINHADO AS COORDENAÇÕES DE CURSO DAS UNIDADES PARTICIPANTES

À

Coordenação do Curso de Enfermagem

Porto Alegre, de de 2014.

Prezado (a) Coordenador(a),

Sou doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e orientada pela Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes.

Estou realizando uma tese que associa-se ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) vinculado ao programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS). Integra-se ao projeto **“Violência entre namorados adolescentes: um estudo em dez capitais brasileiras”**, coordenado em nível nacional pela equipe da Fiocruz, composta por Maria Cecília Souza Minayo; Simone Gonçalves de Assis e KathieNjaine e, em Porto Alegre, pela Dra. Marta Julia Marques Lopes.

Nesse sentido, venho solicitar sua colaboração no sentido de fornecer informações sobre as disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem desta IFES que trabalham com a temática **Violência**. Para as disciplinas que abordam a temática da violência, solicito cópia do **plano de ensino das disciplinas** e sua **inserção no fluxograma do curso**. Também necessito de uma **cópia digital (formato .pdf) do Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem** sob sua coordenação.

Na expectativa de contar com sua colaboração, desde já agradeço e coloco-me a disposição para eventuais esclarecimentos pelo email: elisianegomes@ufpi.edu.br ou pelo telefone (86) 8858-5478.

Cordialmente,

ELISIANE GOMES BONFIM

Doutoranda em Enfermagem PPGENF/UFRGS

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**Atemática da violência na formação da enfermagem- racionalidades
hegemônicas e o ensino na graduação.**

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Data da entrevista: _____/_____/_____.

Local: _____

IES de Ensino:

Disciplina que Ministra:

Período do Curso em que a disciplina é ofertada:

Breve descrição da temática na disciplina:

Identificação:

Nome:

Sexo:

Idade:

Tempo de Atuação na IES:

Formação:

Área de Formação:

Titulação:

Ano de Conclusão:

Atuação:

1. Por que abordar a violência na graduação em enfermagem?
2. Alguma experiência em sua trajetória influenciou a abordagem da violência?
3. Como é abordada a temática da violência na graduação em enfermagem na disciplina em que atua?
4. Que dificuldades se encontra para a abordagem da temática?
5. Que potencialidades sugere para a abordagem do tema? (Metodologias, disciplinas, pesquisa, extensão)

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa de doutorado **A temática da violência na formação da enfermagem- racionalidades hegemônicas e o ensino da enfermagem** desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o problema são resultados de outros estudos que evidenciam que a violência entre namorados adolescentes representa um problema de importante magnitude no cenário epidemiológico brasileiro, entretanto, os profissionais de saúde apresentam dificuldades para atuar ou intervir nesse âmbito. O objetivo desse projeto é investigar como a temática da violência entre adolescentes é abordada nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior, situadas em Porto Alegre. O procedimento de geração de dados será uma entrevista semi-estruturada acerca da sua trajetória e vivência enquanto docente na abordagem da temática da violência nas aulas da graduação do Curso de Enfermagem, com duração aproximada de 60 minutos. A entrevista será gravada, em formato digital, após será transcrita e armazenada por um período de 5 anos pelo responsável pela pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada pelo Responsável pela Pesquisa por um período de 5 anos e após destruída e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Não há riscos biológicos diretos envolvidos com a participação na pesquisa,

entretanto, pode haver constrangimento ao responder a entrevista. Entre os benefícios previstos na pesquisa está colaborar com a formação da enfermagem no que diz respeito a abordagem da violência entre adolescentes, o que pode repercutir em melhores práticas de cuidado a esta população.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____, docente na _____ fui

informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Marta Julia Marques Lopes e a doutoranda Elisiane Gomes Bonfim certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei contatar Elisiane Gomes Bonfim no telefone (86) 8858-5478 ou e-mail: elisianegomes@ufpi.edu.br, ou a professora orientadora Marta Julia Marques Lopes no telefone (51) 3308-5251 ou pelo e-mail marta@enf.ufrgs.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sito à Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 - Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Cento- Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Telefone: (51) 3308-3738. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

