

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JULIANE CRISTINA BURGATTI**

**A CONTRIBUIÇÃO DO  
ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO  
NO DESENVOLVIMENTO DA  
DIMENSÃO ÉTICA DA COMPETÊNCIA  
DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM**

**SÃO PAULO**

**2012**

**JULIANE CRISTINA BURGATTI**

**A CONTRIBUIÇÃO DO  
ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO  
NO DESENVOLVIMENTO DA DIMENSÃO ÉTICA DA  
COMPETÊNCIA DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.**

**Área de Concentração: Cuidados em Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Amélia de Campos Oliveira.**

**SÃO PAULO**

**2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)**

**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Burgatti, Juliane Cristina

A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduados em enfermagem / Juliane Cristina Burgatti. -- São Paulo, 2012.

166 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Amélia de Campos Oliveira  
Área de concentração: Cuidados em saúde

1. Ética profissional
2. Enfermagem – Estudo e ensino
3. Competência profissional
4. Educação I. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliane Cristina Burgatti

A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em Enfermagem.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ----/-----/-----

Banca Examinadora:

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, a minha imensa gratidão, pelo amor incondicional.

A minha querida família: meu filho Gabriel, meu marido Rogério e minha mãe Cleuza, que estiveram presentes, dando todo o apoio em todos os momentos da realização da tese.

Ao meu querido pai, que está presente nas orações e no coração.

A meu irmão Alexandre, a minha sobrinha e afilhada Micaela, cunhada, tias, tios, primas e primos, amigas, amigos, minha afilhada Beatriz.

A minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria Amélia Campos de Oliveira - Méia, como gosta de ser chamada, a quem admiro muito, pela preciosa e grande contribuição para minha vida pessoal e acadêmica e, em especial, por ter acreditado no meu potencial.

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Luzmarina A. Doretto Bracialli, que foi uma mãe, pelo apoio na coleta de dados em Marília e em todos os momentos que precisei.

As Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Elma Lourdes Pavone Zoboli e Terezinha Rios, que muito gentilmente me auxiliaram na compreensão do objeto da pesquisa.

A todas as amigas, colegas e profissionais da EEUP que participaram dessa trajetória, especialmente: Val, Jaque, Cintia, Jú, Fer, Márcia, Débora.

A todos os profissionais da EEUSP que contribuíram em alguma etapa do trabalho, Socorro, Terezinha, Valéria do departamento de saúde Coletiva, Silvana, Dayse e Lúcia, da pós-graduação, e em especial, a bibliotecária Nadir A. Lopes.

A Letícia, que, com muita sabedoria, orientou-me muito nesta trajetória.

A todos os amigos, colegas e profissionais do trabalho: Dra. Claudia, Sabrina, Andréia, Marquinhos, Nevinha, Enf<sup>ª</sup>. Elaine, Wanise, Keiko, Elisete, Enf<sup>ª</sup>. Flávia, Enf<sup>ª</sup>. Cecília, Cris.

A Flávia e Luciana, Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Luísa Akiko Hoga e Amélia Kimura, da EEUSP, e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Denise Gastaldo, e a todos os docentes com quem partilhei experiências singulares no Seminário Internacional de Doutorado em Enfermagem InPhD - em Palma d Mallorca – Espanha, em 2011.

***“Temo que estejamos formando milhares de bonecos que movem as bocas e falam com a voz de ventríloquos. Especialistas em dizer o que os outros disseram, com incapacidade de dizer sua própria palavra. Daí o fracasso de nossa capacidade para escrever e para falar...” (Rubens Alves, 1986).***

## RESUMO

Burgatti JCB. A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em Enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, que objetivou analisar a repercussão do estágio curricular supervisionado (ECS) no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em Enfermagem. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 28 estudantes, docentes e enfermeiros colaboradores de uma instituição de ensino superior pública do estado de São Paulo, no período entre outubro de 2010 e março de 2011. O material empírico resultante foi submetido à técnica de análise de discurso e resultou nas seguintes categorias empíricas: a preservação da autonomia; a responsabilidade social e o respeito nas relações intersubjetivas na produção do cuidado em saúde e no processo de ensino e aprendizagem; a terapêutica e o cuidado a partir da dimensão ética; a responsabilidade pública e a justiça social. Em relação ao desenvolvimento das atitudes e valores para atuação em saúde, a análise dos discursos resultou em outras duas categorias empíricas, que dizem respeito às ferramentas a serem utilizadas no processo de ensino e aprendizagem em ética: a reflexão crítica na e sobre a ação a partir do valor humano e as possibilidades de ações e de atitudes a partir da análise dos exemplos. Concluiu-se que o ECS é um espaço privilegiado de integração e desenvolvimento das dimensões técnica, estética, política e, em especial, ética. Na formação inicial, a formação dos valores é tão necessária quanto à aquisição de conhecimentos, pois ambos influenciam a tomada de decisão e a qualidade dessas decisões. No ensino da ética, a abrangência, a profundidade e a exploração dos valores referentes à esfera *micro*, de preservação da autonomia, responsabilidade e respeito, devem dialogar com os valores *macro* de responsabilidade pública, equidade e justiça social.

**Descritores:** ética, bioética, ensino de Enfermagem, competência profissional, educação baseada em competência,

## ABSTRACT

Burgatti JCB. The contribution of the supervised curricular internship in the development of the ethical dimension of the professional competence of nursing graduates [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

This is an exploratory qualitative study aimed at analyzing the impact of supervised curricular internship (SCI) in the development of the ethical dimension of nursing graduates' professional competence. Semi-structured interviews were carried out with 28 students, teachers and nurses, employees of a public higher education institution in the state of Sao Paulo, from October 2010 to March 2011. The obtained empirical material was submitted to the discourse analysis technique and resulted in the following empirical categories: preservation of autonomy; social responsibility and respect in intersubjective relations in health care production and in the process of teaching and learning; therapy and care from the ethical dimension; public responsibility and social justice. Regarding the development of attitudes and values to work in health care, the discourse analysis resulted in two other empirical categories concerning the tools to be used in the teaching and learning process in ethics: a critical reflection in and on action from the viewpoint of human value and possibilities of actions and attitudes from the analysis of examples. It was concluded that the SCI is an ideal opportunity for integration and development of the technical, esthetic, political and mainly ethical dimensions. At the initial training, the formation of values is as necessary as knowledge acquisition, as they both influence decision-making and quality of those decisions. In the teaching of ethics, the scope, depth and exploration of values regarding the micro sphere of preservation of autonomy, responsibility and respect should be in close contact with the macro values of public responsibility, equity and social justice.

**Key words:** ethics, bioethics, nursing education, professional competence, competence-based education.

# SUMÁRIO

## Apresentação

<b>1. JUSTIFICATIVA E FINALIDADE DO ESTUDO</b> .....	1
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	9
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	10
3.1. A competência profissional .....	10
3.2. O processo ensino e aprendizagem .....	22
3.3. O ensino prático em campo e o estágio curricular supervisionado .....	30
3.4. O processo de ensino e aprendizagem da dimensão ética .....	35
<b>4. MÉTODO</b> .....	41
4.1. Tipo de estudo .....	41
4.2. Local do estudo.....	42
4.3. Sujeitos .....	52
4.4. Coleta de dados.....	54
4.5. Análise dos dados.....	55
4.6. Análise de riscos e benefícios para a população estudada .....	55
4.7. Obrigatoriedade de tornar público os resultados .....	56
<b>5. RESULTADOS</b> .....	57
5.1. Caracterização dos participantes.....	57
5.2. Relatos de problemas éticos vivenciados nos estágios por docentes, enfermeiros e estudantes de Enfermagem e recursos mobilizados para o desenvolvimento da dimensão ética da competência.....	62
5.2.1. A preservação da autonomia, a confidencialidade das informações e a privacidade dos usuários nos serviços de saúde.....	65
5.2.2. A responsabilidade social e o respeito nas relações intersubjetivas na produção do cuidado em saúde e no processo ensino e aprendizagem .....	68

5.2.3. A terapêutica e o cuidado a partir da dimensão ética .....	73
5.2.4 A responsabilidade pública e a justiça social: o acesso integral e a integralidade, o sistema de referência e contra-referência e o reconhecimento da equidade.....	77
5.2.5. A influência do estágio curricular supervisionado na formação de atitudes e valores.....	82
5.2.5.1. A reflexão crítica na e sobre a ação a partir do valor humano .....	84
5.2.5.2. As possibilidades de ações e atitudes a partir dos exemplos .....	93
5.2.6. Contribuições do ECS para o desenvolvimento da dimensão ética.....	97
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>104</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>145</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>149</b>
<b>9. APÊNDICES</b>	
Apêndice 1- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	160
Apêndice 2 – Caracterização dos sujeitos .....	162
Apêndice 3 – Roteiro para as entrevistas .....	164
<b>10. ANEXO</b>	
Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMEMA.....	166

## **APRESENTAÇÃO**

A preocupação com o desenvolvimento da competência na prática educativa em Enfermagem, principalmente a dimensão ética, emergiu de minha vivência profissional.

Como enfermeira de um hospital público municipal da cidade de São Paulo, atuei na Educação Continuada em Enfermagem, integrada ao setor de Capacitação e Desenvolvimento, constituído por uma equipe multiprofissional de enfermeiros, psicólogos, pedagogo e assistente social.

Eu era responsável pelo acompanhamento dos estágios de Enfermagem, o que incluía desde a elaboração do cronograma, a definição das áreas disponíveis, os horários, o número de alunos, até a elaboração do relatório de avaliação do campo. Além disso, fornecia orientação aos docentes sobre o regulamento da instituição, suas características, normas, protocolos e rotinas, e participava da avaliação do campo.

As solicitações encaminhadas pelas instituições de ensino em geral explicitavam os saberes e as habilidades esperadas dos alunos para alcançar os objetivos dos estágios. Alguns pedidos definiam inclusive as atitudes, mas o faziam em termos genéricos, por exemplo, “desenvolver competências éticas”, outros não. As estratégias e os meios para atingir os fins tampouco eram mencionados.

A chegada do pedido de estágio dava início à interlocução com os coordenadores e supervisores de estágio. Percebia que tanto em cursos técnicos, de graduação ou mesmo de pós-graduação, professores competentes, técnica, ética, política e esteticamente, eram fundamentais para a integração ensino-serviço. Educadores competentes evidenciam forte compromisso com a formação dos estudantes e também com o cuidado que tais estudantes prestam aos pacientes durante as atividades realizadas nos campos de prática.

Algumas vezes, houve necessidade de intervenção junto ao coordenador do curso para substituir um supervisor de estágio por motivo de atitudes inadequadas, ou seja, quando o saber-ser do educador não estava desenvolvido. Ao buscar compreender a razão de tais fatos, observei uma visão aparentemente simplista de alguns enfermeiros supervisores a respeito da docência - de que ser um bom enfermeiro já capacita ser professor de Enfermagem.

Antes de fazer parte do Setor de Capacitação e Desenvolvimento, atuei como coordenadora de unidades de internação clínicas e cirúrgicas e participei de várias avaliações de desempenho de integrantes de equipes de Enfermagem. Esses momentos, em que me coube avaliar funcionários e fornecer um retorno dessa avaliação aos mesmos, foram de intensa reflexão. Tive de recorrer a estudos e cheguei a compartilhar minhas dificuldades com outros profissionais, em busca de compreender mais

claramente o que é competência e como ela influencia o desempenho dos profissionais de Enfermagem em diferentes unidades de saúde.

Outra de minhas atribuições foi ministrar o treinamento admissional para os profissionais de Enfermagem que ingressavam na instituição por concurso público, informando-lhes quais eram suas atribuições e os desempenhos esperados. Também me cabia apoiar e orientar a avaliação de desempenho dos recém-admitidos realizada por coordenadores e enfermeiros, em caso de dificuldades.

Muitos desses profissionais de Enfermagem admitidos na instituição tinham experiência prévia e seus conhecimentos e habilidades eram satisfatórios para o exercício da função que iriam desempenhar. Entretanto, a dimensão ética, observada por gestos e atitudes incoerentes com o saber-ser cidadão, com direitos e compromissos, muitas vezes não se articulava com a habilidade técnica que demonstravam.

Minha preocupação com a formação dos profissionais de Enfermagem iniciou-se no decorrer do Curso de Graduação, porque os docentes sempre incentivavam os estudantes a realizar a reflexão crítica, articulada com a prática. Após a inserção no mundo de trabalho, em uma instituição pública que por décadas é campo de estágio para profissionais de Enfermagem, e minha própria atuação profissional como responsável pela realização dos estágios, orientando e observando docentes, pude refletir mais profundamente, ainda que de forma indireta, sobre o compromisso docente com a prática educativa.

A oportunidade de atuar na coordenação do trabalho de Enfermagem em unidades assistenciais, assim como a experiência no setor de educação continuada, fez-me deparar com a outra face da formação: a avaliação de desempenho de profissionais de equipes de Enfermagem.

Pude então constatar o descompasso entre a dimensão técnica, que envolve conhecimentos e habilidades, e a ética, que envolve atitudes e valores.

A formação dos profissionais de Enfermagem está mais voltada para o desenvolvimento de capacidades e habilidades técnicas. A dimensão ética da competência é negligenciada ou não é claramente explicitada aos estudantes. As formas tradicionais de avaliação priorizam os atributos/recursos cognitivos e a prática de campo em geral está voltada para o desenvolvimento de habilidades. A reflexão crítica sobre a ação desenvolvida é pouco oportunizada, muito menos avaliada. Essas talvez sejam as razões do descompasso mencionado.

Este estudo resulta dessa inquietação e visa subsidiar a reflexão acerca do desenvolvimento da dimensão ética da competência na formação superior em Enfermagem. Está orientado para responder a seguinte questão norteadora:

- ***Como os estágios curriculares supervisionados influenciam o desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em Enfermagem?***

## **1. JUSTIFICATIVA E FINALIDADE**

Passadas duas décadas desde a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das mais importantes conquistas da Reforma Sanitária, questiona-se o quanto os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação popular foram efetivamente incorporados pelos serviços de saúde. A produção científica na área da saúde tem evidenciado que os cuidados de saúde ainda não respondem às necessidades e aos problemas de saúde da população.

As posições do Movimento da Reforma Sanitária e os conceitos da promoção à Saúde incorporados ao SUS apresentam-se como uma política que deve direcionar o olhar dos profissionais de saúde para os sujeitos e sua capacidade de tecer sua própria vida, e não para a doença, aumentando assim a autonomia no cuidado à saúde (Campos, Barros, Castro, 2004).

Uma das razões evocadas para explicar o descompasso entre a oferta de serviços de saúde e as necessidades dos distintos grupos sociais reside na formação inicial dos profissionais de saúde. Há evidências de que a formação em saúde não tem sido capaz de favorecer o desenvolvimento da competência necessária ao trabalho em saúde.

A formação para a área da saúde deve abarcar a produção de subjetividades, de habilidades técnicas, de pensamento e conhecimento adequados às necessidades do SUS, objetivando transformações das

práticas profissionais e da própria organização do trabalho, atendendo as diversas dimensões das necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações, além de buscar desenvolver a gestão setorial, o controle social e influenciar as políticas de cuidado à saúde (Feuerwerker, 2005).

Para tanto, o processo de formação dos profissionais de saúde necessita de ancoragem em concepções emancipatórias de saúde e educação, a fim de que se formem sujeitos comprometidos com os direitos de cidadania, a busca da equidade no cuidado e a garantia de acesso aos bens e serviços de saúde (Chiesa et al., 2007).

A Lei nº 9394, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 20 de dezembro de 1996, regulamentou a organização do sistema educacional brasileiro. No capítulo IV, o artigo 43 afirma que uma das finalidades da Educação Superior é estimular a criação cultural e o desenvolvimento ao espírito científico e do pensamento reflexivo (Brasil, 1996).

Com base na LDB, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde postulam que a formação inicial em saúde deve possibilitar a formação do **cidadão crítico e reflexivo**, o que leva a questionar quais os significados atribuídos à crítica e à reflexão, para além do senso comum.

As DCN dos cursos da área da Saúde, expressas no Parecer nº. 1.133/2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES), têm como finalidade reduzir a distância entre a formação ofertada pelas instituições de ensino superior (IES) e as práticas demandadas pelo SUS (Brasil, 2001).

Especificamente no caso da Enfermagem, as DCN postulam 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, a qualidade e a humanização do atendimento” (Brasil, 2001).

A Resolução CNE/CES nº 03 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, de 07 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem, assim define o perfil profissional a ser formado: enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos. Para tanto, devem ser aprofundadas questões referentes ao processo de ensino e aprendizagem voltadas ao desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo e direcionado ao perfil profissional almejado (Brasil, 2001).

As DCNS definem ainda a estrutura dos cursos de Enfermagem, visando ao desenvolvimento da competência profissional requerida, conforme pode ser observado nos parágrafos I, IV, VIII do artigo 14º, transcritos a seguir:

I – a articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leva a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença.

VI – a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação do enfermeiro.

VIII – a valorização das dimensões ética e humanística, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitude e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade.

Há consenso de que os currículos enciclopédicos ainda existentes na área da saúde, em que o estudante decora livros e textos para obter aprovação, não favorecem a crítica e a reflexão. Na perspectiva emancipatória, os currículos devem possibilitar o desenvolvimento acadêmico e profissional, ensinando, sobretudo, como aprender a aprender, conhecer, fazer, ser e conviver.

A necessidade de formar enfermeiros competentes, nas dimensões técnico-científica e ético-política, sujeitos sociais com capacidade de atuar em contextos de incertezas e complexidades, leva a questionar como e quanto os projetos político-pedagógicos das Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem cursos de Enfermagem conseguem responder a esse desafio.

No Ensino Superior Brasileiro, nas últimas décadas, houve uma expansão quantitativa substancial de IES, majoritariamente instituições privadas. Essa expansão vem ocorrendo também nos Cursos de Graduação em Enfermagem, e de forma desproporcional, tanto em relação às desigualdades regionais no país, quanto no que diz respeito às diferenças entre o ensino público e o privado.

A partir de 1996, teve início uma expansão do número de Cursos de Enfermagem no Brasil. De 1996 a 2004, foram criados 304 cursos, o que representa um incremento de 286,79%.

Essa expansão aconteceu de modo não uniforme; foi maior na região Sudeste e Sul, seguidas das regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. As desigualdades regionais refletem o desenvolvimento industrial das regiões Sul e Sudeste e o crescimento substancial de cursos coincide com a promulgação da LDB, pois foi a partir de 1996 que houve o “boom” dos cursos de Enfermagem, favorecido pela flexibilização dos currículos (Haddad et al., 2006).

Os dados também demonstram que a expansão quantitativa de cursos e vagas no ensino superior em Enfermagem foi ainda mais expressiva no setor privado. De 1991 a 2004, o incremento IES públicas foi de 52,4%, enquanto as instituições privadas aumentaram 615,5%.

O estado de São Paulo, por exemplo, concentra uma alta capacidade de recursos humanos e infraestrutura e o aumento vertiginoso das instituições privadas no Estado reflete uma educação voltada para demandas do mercado (Haddad et al., 2006).

Entretanto, o crescimento expressivo dos cursos no ensino superior em Enfermagem não implica necessariamente a melhoria de sua qualidade. A pesquisa realizada por Haddad e colaboradores (2006), referente à trajetória dos cursos de graduação na saúde no período de 1991-2004, constatou que a implementação das Diretrizes Curriculares nos Cursos de Enfermagem ainda não se efetivou.

É de conhecimento generalizado que há IES com número excessivo de turmas, nas quais a evasão é altíssima. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) vem propondo ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamente a abertura de novos cursos de Enfermagem, tal como ocorre atualmente para cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia.

O incremento da oferta de vagas no Ensino Superior em Enfermagem tampouco foi capaz de alterar a composição da força de trabalho em Enfermagem no Brasil, constituída predominantemente por técnicos e

auxiliares, como em todo o Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), formado por Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai.

Nesses países, há acentuada assimetria na oferta de enfermeiros e a proporção de enfermeiros é baixa, em geral concentrados em cidades e regiões economicamente desenvolvidas (Vieira et al., 2006). Essas desigualdades quantitativas dos cursos de formação inicial em Enfermagem evocam questões qualitativas referentes ao processo de ensino e aprendizagem.

Oportunidades para o desenvolvimento da competência profissional durante a formação inicial, especialmente a dimensão ética, são fundamentais para a futura prática em saúde. Se durante a formação inicial não forem criadas condições favoráveis ao desenvolvimento da competência, sempre haverá um círculo vicioso de justificativas para a ausência de postura crítica e reflexiva por parte dos profissionais de saúde.

As atividades práticas realizadas durante a formação, especialmente aquelas que ocorrem nos campos de prática, constituem oportunidade ímpar para o desenvolvimento do profissional competente. O contato com os usuários e as equipes dos serviços de saúde oferece aos estudantes condições para o exercício da reflexão sobre a própria ação e dos profissionais de saúde, frente às necessidades de saúde da população.

Há cursos, entretanto, em que as atividades práticas são realizadas exclusivamente em laboratórios de ensino, sem que os estudantes tenham contato com os serviços de saúde durante a formação.

Nesses cursos, a aproximação com os serviços de saúde, fundamental para aproximar o estudante dos problemas concretos da prática profissional, ocorre exclusivamente durante o estágio curricular supervisionado, exigido por lei. Tal estágio muitas vezes é realizado em um único local, o que impede que os estudantes conheçam os vários tipos de serviços, formatos institucionais e modalidades assistenciais existentes no sistema de saúde.

Para muitos estudantes, o estágio curricular supervisionado é a única oportunidade de atuar nos serviços de saúde antes do ingresso no mundo do trabalho. O contato com a realidade concreta dos serviços de saúde pode favorecer a autopercepção e a capacidade de reflexão sobre a prática profissional futura, com repercussões favoráveis ao desenvolvimento da dimensão ética da competência necessária ao trabalho em saúde.

Levando isso em consideração, a presente investigação incide sobre o estágio curricular supervisionado como parte da formação inicial em Enfermagem. Pretende verificar a contribuição do processo ensino e aprendizagem em situações reais da prática do mundo do trabalho para o desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos de Enfermagem.

## **2. OBJETIVOS**

### ***Geral***

- Analisar a repercussão do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência dos graduandos em Enfermagem.

### ***Específicos***

- Identificar situações vivenciadas por estudantes, docentes, enfermeiros das instituições de saúde onde ocorre o estágio curricular supervisionado e suas repercussões no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos de Enfermagem.
- Analisar os recursos de ensino e aprendizagem para a formação da dimensão ética da competência, segundo a percepção de estudantes, enfermeiros e docentes.
- Identificar as contribuições do estágio curricular para a formação inicial em Enfermagem, na perspectiva de estudantes, docentes, enfermeiros das instituições de saúde.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO**

#### **3.1 A competência profissional**

O conceito de competência é bastante difundido atualmente, sendo utilizado em diversas áreas do conhecimento, como Psicologia, Administração, Filosofia, Sociologia, Educação, entre outras. Embora frequentemente associado à qualificação, não lhe corresponde exatamente.

O termo qualificação ganhou visibilidade nas organizações industriais, associado ao modelo taylorista de administração. Após a Segunda Guerra Mundial, todos os trabalhadores eram considerados iguais e a certificação conferida por meio de um diploma permitia-lhes ocupar o posto de trabalho para os quais eram definidas as qualificações necessárias (Tomasi, 2004).

As características dos postos de trabalho tomaram o lugar das características individuais e a subjetividade do trabalhador, sua criatividade e iniciativa, passaram a ser pouco reconhecidas e valorizadas. Os primeiros estudos sobre qualificação profissional não abordavam questões referentes aos saberes subjacentes ou sobre como tais saberes eram construídos (Tomasi, 2004).

O termo competência é mais recente. Surgiu na França na década de 80 do século XX e suscitou grande desconfiança, pois parecia ser apenas um modismo passageiro ou outra denominação para qualificação. Entretanto, um grande número de estudos foi produzido sobre o tema, o que justifica sua relevância (Tomasi, 2004).

Entretanto, a competência segue sendo um conceito polissêmico que, segundo Ramos (2002), vem sendo associado a duas matrizes interpretativas: a condutivista e a construtivista.

A perspectiva condutivista surgiu nos Estados Unidos, proveniente da mesma estrutura comportamentalista a que se vinculam Skinner, na Psicologia, e Bloom e Mager, na Pedagogia. Nela, a competência está associada ao desempenho, que deve ser efetivo e de acordo com os resultados esperados. A competência é a característica que diferencia um desempenho superior de um desempenho médio ou pobre (Ramos, 2002).

Ainda na matriz condutivista, outra concepção hegemônica é a funcionalista, característica dos estudos de competência realizados na Inglaterra. Essa concepção preocupa-se mais com os resultados do que com os processos, descrevendo as funções de trabalho em unidades e elementos de competências. Os currículos nela inspirados apresentam relação direta com tarefas e funções especificadas nas normas da profissão (Ramos, 2002).

Tanto a corrente condutivista como a funcionalista são criticadas pelo fato de se deterem principalmente nos resultados, em detrimento do processo, não levando em conta os conhecimentos subjacentes às práticas de trabalho. Autores australianos como Hager e Gonczi refutam tais perspectivas, que consideram insuficientes para relacionar atributos da competência.

Vinculam-se à matriz construtivista, que tem origem na França e busca construir uma análise integrada e participativa dos processos de trabalho. Consideram a competência como uma relação integrada que combina atributos gerais (conhecimentos, valores e habilidades) com o contexto em que o trabalho se realiza. Essa abordagem inclui, portanto, o contexto e a cultura do local de trabalho, além de integrar a ética e os valores como elementos do desempenho competente (Ramos, 2002).

Hager (1993) identifica três concepções de competência, cada uma com implicações importantes para a formação profissional. A primeira, vinculada à abordagem behaviorista ou específica, define uma grande lista de tarefas, que aumenta com a complexidade do trabalho. Por isso, é atomística, normalizadora de tarefas e rotinas e, conseqüentemente, provoca a uniformidade da ação e de sua avaliação, além de resultar em falta de autonomia na elaboração e na aplicação dos currículos.

O autor faz uma analogia da competência atomística com os átomos que se combinam para constituir moléculas com propriedades muito diferentes. Para ele, a concepção behaviorista, com uma infinidade de tarefas e atividades uniformes, normalizadas, realizadas de forma mecanicista, fragmenta a prática profissional, vista como uma seqüência de tarefas isoladas (Hager, 1993).

Essa é, no entanto, a concepção mais difundida sobre competência. Nela, a especificação é tal que não pode haver discordância sobre o que constitui um desempenho satisfatório e a competência fica reduzida à tarefa.

Embora esse modelo de competência seja atraente pela simplicidade e clareza, é evidente que a abordagem é inadequada para conceituar o trabalho profissional e há sérias dúvidas sobre sua relevância para o trabalho em qualquer nível (Gonczi, 1994).

A abordagem comportamentalista (behaviorista) de competência considera que há uma maneira única e melhor de realizar as práticas profissionais. Influenciou a organização curricular nas décadas de 60 e 70 e ainda é utilizada na formação de profissionais técnicos de nível médio, com base em uma lista de tarefas e subtarefas, cuja avaliação é feita mediante um *chek-list* (Lima, 2005).

Hager (1993) identifica uma segunda concepção de competência, definida por um pequeno número de atributos ou habilidades genéricas, distantes da prática profissional, como indicadores de desempenho. Currículos inspirados nessa concepção são convencionais, fragmentados por disciplinas e caracterizam-se pela diversidade de atividades.

A crítica a esta abordagem está na dificuldade da transferência desses atributos genéricos à prática profissional, além das suas consequências: a fragmentação dos currículos e da prática em disciplinas isoladas. Hager (1993) e Gonczi (1994) consideram que esse segundo modelo centra-se nos atributos gerais do praticante, considerados cruciais para o desempenho eficaz, e também naqueles subjacentes à competência como, por exemplo, a capacidade de exercer o pensamento crítico, que fornece a base para mobilizar os demais atributos.

O problema dessa abordagem é o auxílio limitado aos envolvidos no trabalho prático em projetos de educação e programas de formação para profissões específicas, pois o contexto em que a competência é aplicada é pouco considerado. A lógica desse modelo de desenvolvimento do currículo é que pode usar as mesmas atividades educativas para desenvolver o pensamento crítico e a habilidade de comunicação em um curso de Medicina, por exemplo, como em um de Direito (Gonczi, 1994).

Há ainda a abordagem integrada ou por atributos de tarefas, que faz referência a conhecimentos, habilidades, aptidões e atitudes que se expressam em ações intencionais em um conjunto de tarefas profissionais cuidadosamente escolhidas, realizadas em um contexto determinado, com um nível adequado de generalidade.

Essa concepção identifica os atributos necessários para o desempenho de tarefas-chave, o que evita o problema de lidar com uma infinidade de ações intencionais, selecionando as principais. É considerada holística, porque integra ações intencionais com as características dos indivíduos e é desenvolvida na relação entre o profissional e seu trabalho (Hager, 1993).

Esta terceira abordagem pretende unir os atributos gerais ao contexto em que serão empregados. Analisa as combinações complexas de atributos (conhecimentos, atitudes, valores e habilidades) que são utilizados para compreender a situação particular em que os profissionais encontram-se.

Nela, a noção de competência é relacional, reunindo as habilidades dos indivíduos (decorrentes da combinação de atributos) e as tarefas que precisam ser realizadas em situações específicas. Assim, a competência é concebida como a estruturação complexa dos atributos necessários para um desempenho inteligente em situações específicas. Tal concepção que vem sendo adotada por parte de inúmeras profissões na Austrália (Gonczi, 1994).

Essa perspectiva holística e integrada permite superar as objeções identificadas na literatura ao movimento da competência na formação. Permite incorporar a ética e os valores como elementos de um desempenho competente, faz referência à necessidade da prática reflexiva, dá importância ao contexto e ao fato de que pode haver mais de uma maneira de praticar a competência (Gonczi, 1994).

Lima (2005) refere-se a esta abordagem como dialógica, uma vez que é construída entre a formação e o mundo do trabalho e comporta diferentes combinações de habilidades (cognitivas, psicomotoras e afetivas) que permitem maneiras distintas de realizar ações essenciais e práticas profissionais, o que se traduz em um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais, familiares ou não.

No Brasil, estudos sobre competência aumentaram no meio acadêmico a partir da década de 90. A produção científica sobre competência expandiu-se e o número crescente de publicações vem demonstrando a relevância da temática em relação à formação profissional, especialmente na área da saúde.

Libâneo (2004) explica que o vocábulo competência, de origem latina, tem dois sentidos. Pode ser entendida como “faculdade atribuída a alguém para apreciar e julgar um pedido, uma questão, como, por exemplo; o juiz é competente para julgar esta causa”. Mas pode ser compreendida ainda como “conhecimento, capacidade ou habilidade da pessoa em resolver problemas, realizar uma atividade. Por exemplo, um aluno desenvolve competência linguística ou competência comunicativa”.

Para o autor, a competência é a utilização de conhecimentos e capacidades para executar um trabalho. Para lidar com uma situação ou resolver um problema são necessários conhecimentos, capacidades físicas e mentais (raciocínio, análise e síntese, expressão verbal, atenção, psicomotricidade etc.) e as habilidades correspondentes.

Para resolver com sucesso uma situação do dia a dia ou da profissão, o indivíduo coloca em ação todas essas “disposições internas” (Libâneo, 2004). Embora conhecimentos teóricos e práticos sejam solicitados para o exercício profissional, Libâneo (2004) considera que, para exercer adequadamente uma profissão, são requeridas qualidades, capacidades, habilidades e atitudes relacionadas a estes conhecimentos, que conformam a competência.

Conhecimento, capacidade ou habilidades são palavras que vem sendo substituídas por competência por diversos autores.

Por exemplo, a “competência comunicativa”, termo adotado por Libâneo (2004), refere-se às habilidades ou à capacidade que o estudante desenvolve em comunicação. No caso, o uso de “competência comunicativa” refere-se à habilidade em comunicação ou à capacidade em comunicação. Portanto, a competência passa a ser uma habilidade, uma capacidade e, na verdade, habilidades e capacidades fazem parte do profissional competente, mas não apenas esses atributos.

Para Rios, o uso do termo de competência no singular não é apenas um jogo de palavras, uma vez que o conceito abarca muitas propriedades que nenhuma lista ou modelo de competência pode contemplar. Enfatiza, contudo, que apenas a substituição de palavras não é suficiente para alterações do contexto real (Rios, 2008b).

De um modo geral, na educação dos profissionais de saúde, o conceito de competência está voltado para a noção individualista, como se observa nas avaliações de desempenho dos estudantes. Lingard (2009) enfatiza a necessidade de uma atitude crítica face à adoção do conceito de competência.

O relatório da Conferência Internacional sobre Educação para o século XXI, coordenado por Jacques Delors, menciona que o que torna um profissional competente é articulação dos quatro pilares da educação: saber-conhecer, saber-fazer, saber-ser e saber-conviver (Delors, 2003).

Dos quatro pilares da Educação propostos por Jacques Delors, o *aprender a conhecer* e, em menor proporção, o *aprender a fazer* são ensinados formalmente, enquanto o *aprender a viver juntos* e o *aprender a ser* em geral não são considerados atividades de ensino, dados aleatoriamente ou como prolongamento dos demais saberes (Delors, 2003, p.101-02).

- Aprender a conhecer, combinando uma cultura geral, suficientemente vasta, com a possibilidade de trabalhar em profundidade um pequeno número de matérias. O que também significa: aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo de toda a vida.
- Aprender a fazer, a fim de adquirir, não somente uma qualificação profissional, mas, de uma maneira mais ampla, competências que tornem a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe.
- Aprender a viver juntos desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências – realizar projetos comuns e preparar-se para gerir conflitos – no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz.
- Aprender a ser, para melhor desenvolver a sua personalidade e estar à altura de agir com cada vez maior capacidade de autonomia, de discernimento e de responsabilidade pessoal.

A Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI, que elaborou o Relatório para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, considera que igual atenção deve ser dada a cada um dos quatro pilares da educação, tanto no plano cognitivo como no prático.

Os membros dessa Comissão objetivaram desenvolver uma concepção nova e ampliada da educação para enfrentar os desafios do século XXI, abandonando a visão puramente instrumental da educação e considerando-a em toda a sua plenitude: a realização da pessoa (Delors, 2003).

Sabe-se que a educação é um processo muito amplo e que a prática pedagógica diz respeito tanto ao ensino dos conteúdos, quanto às avaliações, aos objetivos e aos currículos, tendo como principal destinatário o estudante. Sabe-se também que o ensino formal ainda se baseia predominantemente na transmissão do conhecimento. Entretanto, a educação ao longo da vida deve preparar o indivíduo para **aprender a conhecer**, valendo-se da compreensão; **aprender a fazer**, para poder agir sobre o contexto em que vive; **aprender a viver em coletividade**, a fim de participar da vida em sociedade e colaborar com todos os seres humanos, e **aprender a ser**, que engloba os três saberes anteriores (Delors, 2003).

Para Rios (2008b, 2008c), competência é sinônimo de “saber fazer bem o dever”, revela-se na ação e tem como a finalidade o bem comum. É formada por vários componentes ou dimensões: técnica, política, estética e

ética. A primeira refere-se ao domínio de conteúdos, técnicas e estratégias. A segunda diz respeito à consideração do contexto em que se vive e trabalha e ao aspecto valorativo da atuação nesse contexto. A terceira dimensão destaca o caráter relacional do trabalho e a necessidade da presença da sensibilidade e da criatividade dos profissionais.

Rios (2008b, 2008c) considera que a ética é a mediadora entre todas elas, ou seja, é a dimensão “fundante” da competência. É a ética que leva a questionar: - Para que educamos? Qual atividade-fim do ensino?

Ética e moral são conceitos que muitas vezes se confundem. Os vocábulos *ethos*, de origem grega, e *mores*, latino, significam ambos, costume, jeito de ser. Porém, é importante distinguir ética de moral, pois é no espaço da moralidade que aprovamos ou reprovamos o comportamento dos sujeitos, por exemplo, quando nos questionamos: - “Como agir como educador?” No campo da ética, o questionamento seria: - “Quais são os fins da educação? Para aonde se dirige?” (Rios, 2008c).

Ética não é o mesmo que moral. No plano da ética, busca-se um juízo crítico, próprio da filosofia, que quer compreender o sentido da ação, o valor que norteia o comportamento. A moral refere-se ao comportamento, que pode ser considerado bom ou mau. O dever e a ética são estabelecidos na *polis*, uma determinada organização social em que se estruturam diversas relações de poder. As relações que envolvem as organizações são relações de poder. A articulação entre o dever e o poder leva a perceber a relação entre moral e política (Rios, 2008c).

L' Abbate (2004) considera que o conceito de competência pode ser aplicado ao profissional de saúde, uma vez que o fazer em saúde comporta duas dimensões: a técnica e a política, mediadas pela ética.

Para ser competente, não basta ao profissional de saúde ter conhecimentos e habilidades para fazer o seu ofício, mas sim saber fazer bem, o que implica querer fazer e poder, o que comporta limites e possibilidades.

A dimensão ética é estruturada no respeito, na justiça e na solidariedade, princípios que podem ser reconhecidos em situações de trabalho. Cada um deles e todos levam à necessidade do reconhecimento do outro. O modo como estabelecemos nossas relações com os colegas e os estudantes, as escolhas e os critérios utilizados para definir os métodos e os conteúdos devem ser questionados se não tiverem como finalidade o bem comum (Rios, 2009).

Nas instituições, as relações humanas devem ser permeadas pela comunicação, com o reconhecimento da participação de todos os indivíduos atingidos por uma norma ou regra, a fim de estabelecer um diálogo racional que satisfaça os valores universais (Cortina, 2003)

A ética é essencial para estabelecer um diálogo. Rios (2009) compara a alienação econômica e do trabalho de que tratava Marx com a alienação de caráter ético, que significa não reconhecer o outro, desconsiderar a diferença, sem a possibilidade de diálogo, solidariedade e justiça.

No processo de desenvolvimento da competência dos estudantes, o educador atua como mediador entre o conhecimento disponível e as exigências da prática profissional, além de ser uma referência ética.

É um co-gestor do processo de ensino e aprendizagem dos estudantes que, por sua vez, estão inseridos no projeto político-pedagógico da instituição de ensino. O grande desafio está em formar profissionais reflexivos, com capacidade para exercer a crítica e transformar a realidade.

Para Alarcão (2005), a competência deve alicerçar-se em um conjunto de características entre as quais destaca: personalidade humanista e responsável, conhecimentos técnico-científicos sólidos e atualizados, atitude de aprendizagem continuada e capacidade de analisar os fenômenos e acontecimentos criticamente, tomar decisões, agir perante o inesperado e trabalhar em equipes multidisciplinares.

Levando em consideração as várias concepções de competência e a diversidade de cenários para sua aplicação, na presente tese será utilizado o referencial da filósofa da educação, Terezinha A. Rios, para quem a competência é constituída por vários elementos ou dimensões, em especial, a ética, como essencial e mediadora de todas as outras dimensões. Por isso, para ser competente, não é suficiente apenas o desenvolvimento no campo técnico de atuação, mas também uma exploração ampla e profunda da ética, da política e da estética em um contexto social determinado.

### 3.2 O processo de ensino e aprendizagem

A capacidade de aprender envolve a habilidade de apreender o que há de substantivo acerca de um objeto ou fenômeno. O aprendizado verdadeiro de um objeto e ou fenômeno e seu conteúdo contrapõem-se à memorização mecânica. O aprendiz não é um sujeito passivo, para o qual o conhecimento é transferido. Aproxima-se mais do sujeito crítico, curioso epistemologicamente, que constrói, constata e reconstrói para mudar (Freire, 2008).

Os únicos seres que social e historicamente se tornaram capazes de aprender (e não apenas repetir) são os humanos. Toda prática educativa requer a existência de sujeitos que ensinando, aprendem e que aprendendo, ensinam. Disso decorre o cunho gnosiológico da educação (Freire, 2008).

A existência de conteúdos a serem ensinados e aprendidos envolve o uso de métodos, técnicas e materiais, além de objetivos, sonhos, utopias, ideais, em função de seu caráter diretivo.

A prática educativa é gnosiológica, diretiva e política, dado o caráter inconcluso do ser humano. É gnosiológica, uma vez que o cerne e a finalidade última dos processos educativos é o conhecimento, no sentido formativo e informativo (Cortella, 2000).

Nossas concepções estão estreitamente ligadas à Teoria do Conhecimento ou Gnosiologia (do grego *gnôsis*, conhecimento) e fazem parte do que anteriormente era denominada Filosofia da Ciência e, mais

contemporaneamente, de uma área multidisciplinar chamada Epistemologia, do grego *epistéme*, ciência (Cortella, 2000).

A prática educativa é também diretiva e política, dado que a atividade do professor não é neutra e ocorre num contexto específico, com uma intencionalidade (Freire, 2008). Os educadores apresentam uma autonomia relativa, em uma via de mão dupla entre escola e sociedade (Cortella, 2000).

O processo educativo formal ocorre na escola que, nas sociedades ocidentais contemporâneas, assume diferentes papéis, podendo ser reiteradora do *status quo* ou agente de mudanças socioculturais.

Rios (2008c) destaca que a escola é resultado da práxis de determinados sujeitos que exercem sua “obrigação” de uma maneira específica.

Para os docentes, essa “obrigação” de ser competente equivale a proporcionar aos estudantes condições para o aprendizado efetivo, capaz de ser aplicado no trabalho, nas relações intersubjetivas, enfim, na vida. Assim, o educador deve possuir uma visão crítica sobre o seu papel, fazendo uso da reflexão filosófica e da ética, de modo a compreender o significado político de sua ação (Rios, 2008c).

O processo tradicional de ensinar envolve apresentar o conteúdo numa exposição, de modo que a busca por técnicas de exposição ou oratória é considerada um elemento essencial de um docente competente. Nesse tipo de ensino, a aula é o espaço onde o professor diz, explica o

conteúdo, cabendo ao estudante anotá-lo e memorizá-lo. O professor expõe o conteúdo da aula, faz uma síntese, sem necessariamente contextualizar os elementos históricos, os determinantes, os nexos internos, a rede teórica que possibilitou aquela síntese e desconsiderando as pesquisas científicas que as origina (Anastasiou, 2006).

O verbo ensinar, do latim *insignare*, significa marcar com um sinal. É um verbo de ação que contém duas dimensões: uma intenção de ensinar e uma de resultado dessa meta pretendida. A meta de apropriação do conhecimento pelo aluno requer informar-se, exercitar-se, instruir-se (Anastasiou, 2006).

O neologismo *ensinagem* foi criado para expressar tanto a ação de ensinar quanto a de aprender, que envolve professores e estudantes em um processo contratual.

Essa relação propõe uma unidade dialética, um ensino em que o papel do condutor do professor e a atividade do aluno acontecem em uma via de mão dupla (Anastasiou, 2006).

A universidade é um dos espaços onde o processo educativo formal ocorre. Contudo, as relações entre funcionários, professores e estudantes, a organização, a hierarquia e até a disposição das salas de aulas, secretarias e jardins fazem parte do currículo oculto, ou seja, não estão explícitos formalmente, mas transmitem informações de forma implícita.

A prática docente crítica envolve um movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer. Uma prática docente “desarmada”, baseada em um saber espontâneo, resulta em saber empírico, fruto da experiência, mas sem rigorosidade metodológica.

O pensamento certo, que não existe à margem dos princípios éticos, requer profundidade, descarta a superficialidade na compreensão e interpretação dos fatos e aceita a opção de mudar, bem como o direito de fazê-lo (Freire, 2008).

É necessário possibilitar que a curiosidade ingênua do estudante transforme-se em crítica, em curiosidade epistemológica, por meio da reflexão sobre a prática, pois é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que é possível aperfeiçoá-la para o futuro.

“Transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador” (Freire, 2008, p.33).

Rios (2008c) corrobora o pensamento freireano sobre a necessidade de profundidade no “pensar certo”. Descreve a ética como “**ver claro, fundo e largo**” os valores, problematizá-los, refletir criticamente sobre a moralidade. Considera que, ainda que a reflexão crítica da realidade não conduza automaticamente a uma intervenção crítica, já é um primeiro passo, pois já se reconhece claramente a necessidade de transformação do real (Rios, 2008c, grifo nosso).

Duncan (2007) faz referência ao processo da aprendizagem reflexiva, denominado por Schön de “reflexão na ação”. Segundo Schön, professor norte-americano de estudos urbanos e educação, há nas ações um conhecimento tácito que é demonstrado espontaneamente, como, por exemplo, ao andar de bicicleta. Ao descrever o conhecimento tácito que é subjacente à ação, ocorre um processo de reflexão (Schön, 2000).

A reflexão na ação é significativa para o evento porque ocorre no momento em que o indivíduo está realizando a ação e por isso é possível mudar o que está fazendo e ainda há a oportunidade de fazer a diferença no local e no momento, pois ocorre ao mesmo tempo em que a ação está em execução, sem interrompê-la, porém com breves instantes de distanciamento (Schön, 2000).

Difere da reflexão sobre a ação, uma vez que a reflexão ocorre após ter ocorrido a ação e permite mudar apenas as ações futuras. Em situações não familiares ou incertas, a reflexão na e sobre a ação é importante para fazer alterações e mudanças nas ações presentes e futuras (Schön, 2000).

Para que o processo reflexivo sobre a ação ocorra, é necessário reconhecer crenças, atitudes e valores e conectá-las à experiência. Para isso, é preciso considerar os espaços mental, emocional e físico nos quais a complexidade de pensamentos, sentimentos e ações adquire sentido. A distância da experiência passada permite examiná-la com um grau de imparcialidade e sensatez, como um observador de sua própria experiência (Tate, 2004 apud Duncan, 2007).

Duncan (2007) ressalta a diferença entre a reflexão **sobre** a ação e a reflexão **na** ação, proposta por Donald Schön. Ressalta, porém, que este e outros modelos de aprendizado reflexivo não contemplam a complexidade do processo de “reflexão na ação”. Baseia-se em Tate (2004) para explicar a reflexão crítica, que envolve a exploração dos sentimentos, parte importante das experiências vividas, assim como os pensamentos e as ações que auxiliam formar uma experiência particular (Duncan, 2007).

A figura a seguir ilustra o ciclo do pensamento reflexivo:



Figura 1. O ciclo do pensamento reflexivo (Tate\*, 2004, adaptado de Boud, Keogh and Walker, 1985 apud Duncan, 2007).

Na ação profissional, como no aprendizado, a experiência geralmente é visualizada, compreendida e descrita em termos basicamente cognitivos. Isto ocorre especialmente no contexto do aprendizado, em que a ação segue modelos técnico-rationais de entendimento.

\*Tate, S. Using critical reflection as a teaching tool. In Tate S, Sills M. The development of critical reflection in the health professions. London: Higher Education Academy Health Sciences and Practice Subject Centre; 2004, p. 8-17.

Para o aprendizado reflexivo, as respostas cognitivas são importantes, porém os pensamentos e os sentimentos também devem ser considerados, pois estão interconectados às ações, por meio de caminhos altamente complexos. Os sentimentos influenciam o processo cognitivo e a motivação para agir (Duncan, 2007)

A reflexão sobre os pensamentos e as experiências oferece a oportunidade de mudar o que pensamos e fazemos. Situações passadas podem nos ajudar a solucionar desafios futuros. Para isso, é preciso ter a experiência; visualizar o passado em caminhos que tenham sentido, compreender mais profundamente os eventos ocorridos e ser capaz de utilizar experiências anteriores para pensar em maneiras novas e mais efetivas de agir para o futuro (Duncan, 2007).

Na formação em saúde, o processo de análise e reflexão deveria aumentar o entendimento dos estudantes sobre problemas complexos, tornando-os capazes de responder a eles não somente em termos técnicos, mas também em termos de crenças e valores próprios do campo.

A reflexão e a análise crítica engajadas levam ao entendimento holístico da saúde (Duncan, 2007). Para que ocorra o engajamento na reflexão **sobre** a ação, dois requisitos são cruciais: o relato claro e objetivo da experiência e o sentido atribuído ao que foi realizado. A escrita reflexiva faz uso destes tipos de questões para estimular pensamentos e reações.

O processo reflexivo vem sendo cada vez mais valorizado na prática educativa e na atuação profissional, com a finalidade de formar profissionais curiosos epistemologicamente, criativos e capazes de transformar a realidade vivenciada.

Estágios curriculares supervisionados podem ser oportunidades para os estudantes lidarem com as experiências formativas de forma ampla e profunda, problematizando o sistema de saúde e a ação profissional em sua complexidade e diversidade.

### **3.3. O ensino prático em campo e o estágio curricular supervisionado**

O ensino das profissões da saúde tem como característica a prática. Alarcão (2005) considera que o ensino prático em campo (a que denomina ensino clínico) é um dos espaços onde a competência pode ser construída.

De acordo com a autora, competência é a capacidade de agir em situação, a manifestação de uma resposta articulada entre o que fazer, a quem, por que e para quê. Manifesta-se em uma atuação adaptada a uma situação da prática profissional.

Saber o que fazer em cada situação concreta pressupõe um juízo sobre a situação e a intencionalidade da ação. No ensino prático em campo, há mobilização dos saberes numa perspectiva interdisciplinar, contextualizada, que favorece o desenvolvimento da competência profissional em função de suas características: contato com a prática, em sua previsibilidade e imprevisibilidade; mobilização integrada e

contextualizada de diferentes saberes, selecionados em função de sua pertinência, e transição para identidade profissional (Alarcão, 2005).

Muitas vezes, o ensino prático em campo é visto apenas como uma aplicação linear de um saber disciplinar. Contudo, a prática em campo é necessariamente interdisciplinar, o que lhe confere uma característica integradora dos conhecimentos de distintas áreas disciplinares.

O estágio curricular supervisionado é uma modalidade de ensino prático que propicia a transição do mundo acadêmico para o mundo do trabalho. Compreende atividades desenvolvidas pelo estudante enquanto vinculado à universidade e que contribuem para o seu processo formativo.

No caso de Enfermagem, o estágio curricular supervisionado em geral é realizado ao final do curso, sob supervisão de um docente de Enfermagem e também de um enfermeiro do campo devidamente habilitado. Difere, portanto, do ensino prático em campo, em que atividades práticas, ao invés de serem realizadas nos laboratórios de ensino nas escolas, são feitas em serviços de saúde ou na comunidade, em qualquer período do curso, sob supervisão integral de um docente de Enfermagem.

As Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação da área de saúde mencionam que os estágios constituem parte da formação dos profissionais das diferentes áreas (Brasil, 2001). A LDB assegura a autonomia das instituições de ensino em relação aos estágios, estabelecendo que “os sistemas de ensino estabelecerão as normas para realização dos estágios

dos alunos regularmente matriculados no ensino médio ou superior em sua jurisdição” (Brasil, 1996, artigo 81).

No Brasil, o ensino oficial da Enfermagem Moderna teve início em 1923, com a organização do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob a direção de Carlos Chagas. A primeira Escola vinculada ao DNSP, mais tarde foi denominada Escola Anna Nery (Ito et al., 2006).

A fundação da Escola Anna Nery foi um marco para o ensino de Enfermagem. O currículo de 1923 foi adotado como um “padrão” para as demais Escolas.

Em 1949, 1962 e 1972 foram elaborados e implantados novos currículos para aos cursos de graduação em Enfermagem. Tais currículos tinham em comum a formação do enfermeiro voltada para o trabalho curativo em ambiente hospitalar, mercado de trabalho predominante na época (Ito et al., 2006).

O estágio curricular supervisionado foi estruturado no currículo mínimo de 1972, voltado para atenção a hospitalar. O currículo de 1972 ampliou a carga horária prática do curso de graduação e introduziu as habilitações.

Nessa mesma década foi sancionada pelo Ministério do Trabalho uma legislação específica sobre estágio curricular, gerando uma nova forma de articular educação e serviço, objetivando garantir a contribuição do estágio à

formação e a defesa do estudante contra o trabalho precário (Costa, Germano, 2007).

O currículo de 1994, construído coletivamente pela Enfermagem a partir dos princípios do SUS e do conceito ampliado de saúde, representou um grande avanço. Instituiu a exigência da realização do estágio curricular supervisionado tanto na rede básica quanto na hospitalar.

O estágio curricular supervisionado foi mantido nas DCN, com o intuito de integrar a atenção individual e coletiva, teoria e prática, ensino e serviço, na perspectiva de formar um profissional apto a atender as demandas de saúde da população brasileira e contribuir ativamente para a construção do SUS (Costa, Germano, 2007).

Um estudo de revisão da literatura sobre o estágio curricular supervisionado em cursos de graduação em Enfermagem, por meio do levantamento dos artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem no período de 1954 a 2006, identificou 76 artigos sobre o tema. Entretanto, apenas 35 abordavam efetivamente o estágio curricular supervisionado, uma vez que a maioria estava relacionada ao ensino prático em campo. Os artigos sobre estágios eram, na grande maioria, da área hospitalar, em função do modelo hospitalocêntrico que orientou o currículo de Enfermagem desde 1962 e que só veio a sofrer uma inflexão com a introdução da Saúde Coletiva no currículo mínimo de 1994 (Costa, Germano, 2007).

Atualmente, o estágio curricular supervisionado é regulamentado pela Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 que, em seus artigos primeiro e segundo, assim o define (Brasil, 2008):

Art. 1º Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam freqüentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

Art. 2º O estágio poderá ser obrigatório ou não obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso.

A legislação enfatiza que todo estágio é atividade curricular, quer seja obrigatório ou não. Deve ser realizado de forma a favorecer o aprendizado, organizado de acordo com o calendário da IES, executado e acompanhado por supervisor credenciado e avaliado em conformidade com o currículo e os programas de ensino, além das diretrizes nacionais e institucionais previstas no projeto político-pedagógico do curso.

O estágio curricular obrigatório é necessário para a integralização dos créditos. Deve ser regulamentado no âmbito do projeto pedagógico de cada

curso de graduação, obedecidos aos dispositivos legais e as normativas institucionais. Já o estágio não obrigatório constitui atividade de interesse do estudante, de sua livre escolha, com a interveniência e o acompanhamento da IES, desde que contempladas atividades inerentes à área de formação.

Segundo Silva e Egry (2003), os estágios curriculares supervisionados são espaços privilegiados para o reconhecimento das contradições existentes entre o discurso hegemônico do ensino e a prática profissional de Enfermagem, assim como para a transformação das práticas educativas e assistenciais em saúde.

### **3.4. O processo de ensino e aprendizagem da dimensão ética**

Conhecimentos e habilidades são facilmente ensinados e apreendidos durante a formação profissional. Mais difícil é desenvolver **atitudes**, que são comportamentos que necessitam estar pautados na ética (Gracia, 2010).

As atitudes podem ensinadas por meio da prática reflexiva, que inclui quatro etapas: detalhar uma situação; indicar as virtudes relevantes; determinar os princípios, os valores e os quadros éticos e, por último, a variedade dos cursos de ação aceitáveis. Esse método também ensina a solucionar problemas éticos, além de promover o profissionalismo (Bryan, Babelay, 2009). Os estudantes podem aprender atitudes observando docentes e profissionais de saúde, sua maneira de agir com os pacientes e, por isso, é importante criar oportunidades para que atuem em ambientes reais (Branch, 2000).

A origem da ética pode ser encontrada na Grécia ainda na Idade Antiga, elaborada por Sócrates, Platão e Aristóteles. Baseava-se em virtudes, a fim de desenvolver a perfeição do ser humano e uma vida plena (Gracia, 2001).

Na ética das virtudes, o foco central desloca-se da pergunta “O que devo fazer?” para “Como viveremos?” A virtude deve ser praticada e aprimorada por meio do hábito a fim de permitir uma vida melhor (Pessini, Barchifontaine, 2008).

A abordagem das virtudes pode ser útil no cenário educacional onde os estudantes desenvolvem habilidades clínicas e socializam-se dentro do *ethos* profissional. Segundo Zoboli, algumas virtudes são indispensáveis aos profissionais de saúde: honestidade, fidelidade, coragem, justiça, temperança, prudência, ser compassivo e sabedoria (Zoboli, 2010).

As ações éticas são próprias dos seres humanos e devem ser tomadas conscientemente e não sofrer coerção por pressões internas ou externas. A ação é considerada um problema ético se afetar a relação entre as pessoas, o meio ambiente e a coletividade (Fortes, 1998).

A ética contemporânea é pluralista uma vez que aceita a diversidade de concepções, posturas e valores. Também é interdisciplinar devido a sua característica de integrar várias disciplinas da área biológica e das humanidades.

A reflexão ética é sempre multiprofissional, resultado do aporte de vários profissionais de áreas distintas que atuam no campo da saúde, incluindo filósofos, sociólogos, juristas, entre outros (Fortes, 1998).

Embora ética e moral tenham o mesmo significado, cabe retomar a distinção entre ambas, fundamental para o processo de ensino e aprendizagem da ética.

No plano da ética, busca-se um juízo crítico, próprio da filosofia, que quer compreender o sentido da ação, o valor que norteia o comportamento. A moral refere-se ao comportamento, que pode ser considerado bom ou mau (Rios, 2008c).

O comportamento moral depende da maturidade do indivíduo e é influenciado por razões subjacentes ao comportamento. A maturidade psicológica é uma característica fundamental para a humanização. Pessoas com maturidade psicológica são geralmente mais abertas à aprendizagem, à escuta, ao reconhecimento dos próprios erros e ao respeito às diferenças. Esses atributos não são ensinados por meio de aulas teóricas, mas sim pelo contato com outros seres humanos e pela imitação de boas qualidades (Gracia, 2010).

A Teoria do Desenvolvimento Moral de Kohlberg menciona três níveis e seis estágios, sendo dois estágios em cada nível: nível pré-convencional (estágios 1 e 2), convencional (estágios 3 e 4) e pós-convencional (estágios 5 e 6).

O nível pré-convencional é característico da maioria das crianças menores de nove anos, alguns adolescentes e muitos adultos e adolescentes infratores. O convencional frequentemente está presente em adultos, enquanto o nível pós-convencional é alcançado somente por algumas pessoas, geralmente depois dos 20 a 25 anos (Biaggio, 2006).

No primeiro nível, a ação é julgada por suas consequências e não pelas intenções. Os princípios morais são externos e ainda não há compreensão e respeito por normas morais e expectativas compartilhadas.

No estágio 1, denominado por Kohlberg de *Orientação para a Punição e Obediência*, a moralidade é definida por suas consequências, se é punida está moralmente errada e se não for punida está moralmente certa. No estágio 2, por ele denominado de *Hedonismo Instrumental Relativista*, a ação está moralmente correta quando satisfaz as necessidades da pessoa ou proporciona prazer (hedonismo) (Biaggio, 2006).

No nível convencional, já há a internalização dos princípios morais. O indivíduo julga uma ação correta pelo valor, para ter aprovação dos companheiros, amizade (estágio 3) ou respeito à ordem estabelecida por medo da autoridade e de punições ou ainda por respeito à sociedade, ao bem-estar do grupo e da sociedade (estágio 4). O estágio 3, designado de *Moralidade do Bom Garoto, de Aprovação Social e Relações Interpessoais*, a ação moralmente correta é aquela que tem a aprovação dos outros. Nesse estágio há a concepção de equidade, sendo uma questão de dar amparo aos indivíduos mais desamparados (Biaggio, 2006).

Já no estágio 4, que foi designado *Orientação para a Lei e a Ordem*, importa cumprir o dever, pois há grande respeito pelas autoridades e regras para manutenção da ordem social. A justiça está posta na relação entre o indivíduo e o sistema, não sendo uma escolha pessoal moral (Biaggio, 2006). Finalmente, no nível pós-convencional, geralmente as pessoas compreendem e respeitam as normas da sociedade, mas essa aceitação é sustentada por princípios próprios.

No estágio 5, denominado *Orientação para o Contrato Social*, o indivíduo não mais considera a lei válida meramente por ser lei. Reconhece que as leis ou costumes morais podem ser injustos e devem ser mudados. As leis devem ser elaboradas mediante contratos democráticos visando o bem estar geral.

No estágio 6, designado *Princípios Universais de Consciência*, a pessoa reconhece os princípios universais da consciência individual, age de acordo com eles e resiste às leis injustas, caso estas não possam ser modificadas pelos canais democráticos legais. As leis estabelecidas e injustas são questionadas e o julgamento moral é baseado nos princípios universais de justiça e respeito ao próximo. Kohlberg incluiu nesse estágio pessoas como Jesus Cristo, Gandhi e Martin Luther King (Biaggio, 2006).

Kohlberg considerava o ser humano o agente do processo moral, sendo o ponto central de sua teoria o julgamento moral. Para ele, todos os indivíduos têm potencial para desenvolver o julgamento moral, que depende da maturidade de estruturas cognitivas em interação com os estímulos

ambientais. Tal como Piaget, considerava que o indivíduo passa por estágios entre a heteronomia e a autonomia (Biaggio, 2006).

A teoria de Kohlberg apresenta aspectos polêmicos, como o universalismo e o fato de ter sido baseada em entrevistas realizadas apenas com meninos. Este aspecto foi contestado por Gilligan (1982), que criticou a ênfase de Kohlberg na justiça e “introduziu a moralidade da responsabilidade e do cuidado, representando uma voz diferente, a das mulheres”.

Quanto ao universalismo, a autora Angela Biaggio pondera que a cultura pode modular ou acentuar alguns valores e o raciocínio moral. Uma cultura pode influenciar a predominância de determinados estágios entre seus membros, a maior variação entre os estágios ou ainda não favorecer o aparecimento dos estágios mais elevados (Biaggio, 2006).

O desenvolvimento moral deve ser incluído na formação inicial e permanente dos profissionais de saúde. “A postura doutrinária não é recomendável para o ensino da ética e dos valores, tampouco a neutra, mas sim a deliberação sobre os problemas éticos” (Zoboli, 2010).

Em um currículo integrado, o ensino de ética possibilita a reflexão sobre os valores, a cultura e a tomada de decisões em um contexto real. Por isso, não deve ocorrer de forma fragmentada, apenas em uma disciplina, o que pode restringi-lo ao campo teórico e deontológico (Pessalacia et al., 2011).

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso. A pesquisa qualitativa no contexto da saúde apropria-se da concepção de investigação proveniente das Ciências Humanas, buscando entender o significado individual ou coletivo de um determinado objeto ou fenômeno. O significado tem função estruturante, objetiva criar um entendimento profundo sobre as ligações entre elementos invisíveis ao olhar comum e busca entender como o objeto do estudo acontece ou se manifesta na realidade (Turato, 2005).

De acordo com Maria Cecília de Souza Minayo, investigadora e docente em Saúde Coletiva:

Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas (Minayo, 2012, p.622).

Cabe ressaltar a diferença entre a experiência e a vivência, sendo que a primeira faz parte da existência do ser humano e a segunda refere-se à reflexão sobre a experiência que se modifica de uma pessoa para a outra, envolvendo componentes coletivos. O senso comum é a expressão de

experiências e vivências, constituindo a base da pesquisa qualitativa (Minayo, 2012).

A coleta de dados em campo visa à construção de uma narrativa formada pelas falas, expressões subjetivas e pessoais. Uma fala acrescenta algo a outra ou lhe é oposta, daí a riqueza da pesquisa.

A seguir é feita a sistematização do material, com a transcrição do material gravado, como no caso do presente estudo, e a “leitura atenta, reiterativa” e provida de indagações, originando as categorias empíricas. Minayo (2012) denomina essa dinâmica de “impregnação” e “saturação”.

Após a descrição empírica das informações coletadas e as respectivas classificações, o investigador faz a passagem entre o empírico e o teórico ao realizar a interpretação do objeto em análise, mantendo a fidedignidade aos dados (Minayo, 2012).

## **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em uma Instituição de Ensino Superior Pública do Estado de São Paulo, a Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, localizada no município de Marília, região centro-oeste paulista, na parte mais ocidental da serra dos Agudos (Marília, 2012).

Com altitude de 650 metros e sua topografia montanhosa, Marília dista 443 km por rodovia da capital do Estado de São Paulo; 529 km por ferrovia e 376 km em linha reta.

Possui uma área total de 1.194 km<sup>2</sup>, sendo 42 km<sup>2</sup> de área urbana e 1152 km<sup>2</sup> de área rural. A população estimada pelo IBGE em 2009 era de 225.938 habitantes, o que faz de Marília a trigésima terceira maior cidade do interior paulista em número de habitantes (Marília, 2012).

A cidade de Marília possui uma estrutura de ensino privilegiada, desde a educação básica até o ensino superior e pós-graduação. São mais de quarenta cursos superiores que o município dispõe, atraindo estudantes de todo o Brasil. Marília tem duas faculdades, uma fundação de ensino e três universidades, sendo duas públicas e uma privada (Marília, 2012).

Em 1990 foi criado pela Lei Orgânica do Município de Marília e regulamentado pela Lei Complementar de 1990, o Conselho Municipal de Saúde (COMUS), órgão colegiado máximo de caráter normativo, fiscalizador e consultivo para acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde (Marília, 2011).

A rede municipal de assistência à saúde é bastante ampla. Integram a assistência hospitalar do Sistema Único de Saúde quatro hospitais filantrópicos, sendo dois especializados, um geral e um psiquiátrico. Há ainda três unidades do hospital das Clínicas ligados à Faculdade de Medicina de Marília (Hospital das Clínicas - Unidades 1, 2 e 3), um Hemocentro, um Centro Oftalmológico, um ambulatório de especialidades e um Hospital Universitário da Universidade de Marília, o qual atende pacientes particulares e conveniados.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Município em 1998, tendo como prioridade áreas de risco e de maior densidade populacional. A ESF é um instrumento de mudança do modelo assistencial, com o intuito de garantir os princípios e diretrizes do SUS (Marília, 2011).

A ESF de Marília tem como proposta a atenção humanizada e de qualidade e visa garantir os princípios estabelecidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Em 2003, o Município aderiu ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com a meta de atingir 70% de cobertura populacional. Mas, a partir do ano de 2006, houve desaceleração da expansão da ESF devido à decisão de construção de prédios com planta padrão definida pela Secretaria Municipal de Saúde (Marília, 2011).

O município de Marília também possui três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostas por assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico e médico fitoterapeuta. Há no Município 33 Unidades de Saúde da Família (ESF), 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Unidades de Pronto Atendimento (PA), e uma policlínica como pode ser visualizado na figura 2 (Marília, 2011).

A rede municipal de saúde conta ainda com outros serviços: central de esterilização de materiais, farmácia de manipulação, central de assistência farmacêutica, unidade de fisioterapia, banco de leite humano,



## **O Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA**

A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) foi criada pela Lei Estadual nº 9236, de 19 de janeiro de 1966, como instituto isolado de ensino superior, sendo seu funcionamento autorizado em 30 de janeiro de 1967, como Instituição Pública Municipal (FAMEMA, 2008).

O Curso de Enfermagem da FAMEMA foi criado em 1980, mediante processo nº1556/79 do Conselho Estadual da Educação e o parecer 1330/80, inicialmente como um departamento sem regimento próprio. Em 1983, a Fundação Municipal de Ensino Superior (FUMES) passou por mudanças regimentais e estatutárias, sendo criado o Departamento de Enfermagem que, no seu estatuto, incluía a estrutura do Curso.

Em 1994, foi aprovada a estadualização da FAMEMA e em 1995 teve início a elaboração de novo estatuto e regimento institucional. A partir de 1999, foi proposta uma nova estrutura organizacional e o Departamento de Enfermagem passou a se denominar Curso de Enfermagem (FAMEMA, 2008).

Desde 2007, a Faculdade de Medicina de Marília é uma Instituição Pública Estadual vinculada à Secretaria do Ensino Superior, por meio do Decreto 51.460, publicado em 01/01/07 no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

O Curso de Enfermagem da FAMEMA busca formar:

um profissional generalista, humanizado, crítico-reflexivo, que atue com responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Qualificado para o exercício da enfermagem nas áreas de atuação: cuidado individual e coletivo, pesquisa, educação, gestão e organização dos serviços de saúde; pautado em princípios científicos e éticos. Que seja capaz de trabalhar em equipe e buscar sua constante atualização, considerando o perfil epidemiológico do território e o contexto sócio, político, econômico e cultural na perspectiva da vigilância à saúde e da integralidade do cuidado (FAMEMA, 2008, p.38).

O projeto de reformas educacionais da FAMEMA consolidou para o Curso de Enfermagem em 2000, instituídas no Brasil desde a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases vêm determinando novas características aos padrões curriculares. Então, iniciou na FAMEMA o desenvolvimento de um currículo integrado que procura favorecer a articulação teoria/prática e trabalho/ensino, utilizando como estratégias a interdisciplinaridade e a problematização para a implementação do currículo, baseando-se na concepção crítico-reflexiva de educação (FAMEMA, 2012).

A instituição de ensino optou por implementar o ensino em pequenos grupos, para que a relação professor-estudante pudesse se tornar mais próxima, favorecendo a troca de experiência, o crescimento pessoal e

profissional, além de proporcionar a vivência do trabalho em equipe, importante para a Enfermagem (FAMEMA, 2012).

A abordagem pedagógica considera o estudante como sujeito ativo de aprendizagem e o docente como facilitador do processo de aprendizagem, mediador da relação entre o sujeito que apreende e objeto a ser apreendido. Considera o conhecimento prévio e aprendizagem significativa, correlacionando teoria e prática. A articulação e a integração em relação às disciplinas, levando a interdisciplinaridade constituem-se num grande desafio para todos os envolvidos (FAMEMA, 2012).

A FAMEMA possui o currículo integrado e por competência, seguindo o modelo de competência australiano, calcado no construtivismo. O termo competência é utilizado no singular, uma vez que faz referência à prática profissional e considera a integração entre a teoria e a prática, a formação e o mundo do trabalho, reconhecendo a cultura e o contexto, os valores e a ética (FAMEMA, 2008).

A FAMEMA adotou o conceito de competência australiano, que considera que é na ação que se visualiza o desempenho do estudante, o qual mobiliza e constrói atributos para solucionar os problemas e as necessidades em saúde. A problematização é utilizada como método de ensino e aprendizagem, o que implica problematizar situações reais da prática profissional de enfermagem nos serviços de saúde utilizados como campo de estágio (FAMEMA, 2008).

A intervenção profissional inclui o cuidado integral e construção de uma relação de vínculo e responsabilização (FAMEMA, 2008).

Na 4ª série do Curso de Enfermagem, a aprendizagem parte de situações reais do mundo do trabalho, tendo como cenário as Unidades de Prática Profissional (UPP), as USF e os Hospitais das Clínicas I e II.

A partir da vivência da prática real e simulada no Laboratório de Prática Profissional (LPP) espera-se que os estudantes da 4ª série desenvolvam três áreas de competência: na Vigilância à Saúde; nas subáreas de Cuidado às Necessidades Individuais, em todas as fases do ciclo de vida, e de Cuidado às Necessidades Coletiva, e ainda na área de Organização e Gestão do Processo de Trabalho em Saúde (FAMEMA, 2011).

O LPP é uma prática profissional organizada por docentes e apresentada aos estudantes de forma simulada por atores, que também contempla as três áreas de competência (FAMEMA, 2011). Os docentes elaboram e organizam atividades nas áreas de competência individual, coletiva e organização e gestão do processo de trabalho para serem simuladas por atores no LPP (FAMEMA, 2008).

O processo de ensino e aprendizagem nas Unidades de Prática Profissional (UPP) segue os seguintes passos: confronto experiencial ou vivência da prática, síntese provisória, momento de pesquisa, nova síntese e avaliação (FAMEMA, 2008, p.41-42):

Confronto experiencial ou vivência da prática: é a reflexão da prática com a intenção de transformá-la.

Síntese provisória: atividade realizada em pequenos grupos para a discussão das narrativas e elaboração de uma primeira síntese mediante reflexão sobre a prática.

Momento de pesquisa: identificação de fontes e análise das informações coerentes com as questões emergentes.

Nova síntese: ocorre em pequenos grupos e caracteriza-se por uma síntese de fundamentação das questões de aprendizagem elaboradas anteriormente, visando os aprofundamentos conceituais, científicos, metodológicos com a intenção de transformação da prática.

Avaliação: deve ser realizada em todos os encontros, de forma dialogada, na qual o professor e o estudante assumem seus papéis, comprometendo-se com a construção do conhecimento e a formação de um profissional competente.

O ciclo de aprendizagem é registrado no portfólio reflexivo individual, no qual o conhecimento é descrito, organizado e fundamentado.

O referencial adotado para desenvolver as atividades nas unidades de prática profissional é o da integralidade do cuidado em saúde, que fundamenta o processo de cuidado em saúde e organiza o trabalho de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (FAMEMA, 2011).

O estágio curricular supervisionado que ocorre na 4ª série do Curso corresponde na FAMEMA à Unidade de Prática Profissional IV (UPP IV), composta por 680 horas de estágio em serviços da rede básica, 680 horas em serviços hospitalares e 240 horas em uma unidade educacional eletiva (FAMEMA, 2012).

As unidades educacionais eletivas tem como objetivo proporcionar aos estudantes oportunidades de escolher áreas que possam aprofundar o conhecimento e desenvolver as diversas áreas da competência no contexto de serviços de saúde do complexo FAMEMA ou não (FAMEMA, 2008).

Para desenvolver essas atividades, a FAMEMA firmou parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e os enfermeiros da Atenção Básica e Hospitalar atuam como professores colaboradores (FAMEMA, 2008).

Como contrapartida, repassa uma gratificação aos profissionais dos serviços que atuam na supervisão das atividades discente, procedimento aprovado pela Lei Municipal Nº 4829 de 22/03/2000 (Marília, 2011).

O ciclo pedagógico da Unidade de Prática Profissional é constituído pela problematização de vivências e experiências significativas dos estudantes de Enfermagem nos cenários reais da prática. A experiência vivida pelo estudante é compartilhada com o grupo, que, identificando lacunas de conhecimento, formula questões de aprendizagem e faz uma síntese provisória. No encontro subsequente, os estudantes reorganizam o conhecimento ancorado na fundamentação teórica, com base na literatura

científica. Todo o ciclo pedagógico é registrado em portfólio individual, narrativo e reflexivo, favorecendo a construção gradativa do conhecimento (Braccialli, 2009).

A problematização das situações vivenciadas na UPP4 pelos estudantes de Enfermagem é realizada de maneira reflexiva e dialógica com os docentes e enfermeiros dos serviços de saúde. Esse processo de problematizar a prática profissional é oportunizado no momento da supervisão dos estágios que ocorre uma vez por semana nos serviços de saúde do município de Marília mediada pelo docente da FAMEMA.

#### **4.3 Sujeitos**

Os sujeitos do estudo foram docentes e discentes do Curso de Enfermagem da FAMEMA, além de profissionais dos serviços de saúde de Marília, divididos em três grupos:

- **Grupo 1 – Docentes:** dez professores da IES, responsáveis pela supervisão do estágio curricular realizado por estudantes do sétimo e oitavo semestres do curso de graduação em Enfermagem e o coordenador da quarta série do curso e do curso de Graduação em Enfermagem.
- **Grupo 2 - Discentes:** dez estudantes do sétimo e oitavo semestres do curso de graduação em Enfermagem que realizam estágio curricular supervisionado em serviços de saúde conveniados com a FAMEMA, considerando que já cursaram e vivenciaram quase todas

as disciplinas e atividades práticas em campo requeridas pelo currículo e, portanto, estão em uma fase de transição entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho.

- **Grupo 3 – Enfermeiros:** oito profissionais dos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Marília e que recebem gratificação de ensino para atuar como professores colaboradores dos estudantes do curso de graduação da quarta série em Enfermagem da FAMEMA em estágio curricular supervisionado nesses serviços.

O Curso de Graduação em Enfermagem da FAMEMA disponibiliza quarenta vagas para ingresso mediante aprovação no vestibular. A estrutura curricular é elaborada para o estudante concluir o curso em quatro anos.

Na quarta série do Curso os estudantes realizam o estágio curricular supervisionado, denominado Unidade de Prática Profissional 4 (UPP4). Todos os estudantes realizam a Unidade Prática Profissional na Atenção Básica e na área hospitalar (680 horas em cada uma delas), além de 160 horas em uma unidade eletiva, totalizando 1.520 horas (FAMEMA, 2011).

Os estudantes que no primeiro semestre realizam estágios na Atenção Básica, em Unidades de Saúde da Família do Município de Marília, no segundo semestre estagiam na área hospitalar e vice-versa.

Os critérios para inclusão dos estudantes nesta pesquisa foram estar cursando o sétimo ou o oitavo semestres do curso de graduação em

Enfermagem, ou seja, a quarta série, estar vivenciado à prática na UPP4 e aceitar o convite para participar da pesquisa

Quanto aos docentes, foram incluídos todos os que participavam do processo de ensino da quarta série do curso de Graduação de Enfermagem, assim como o coordenador da quarta série e o coordenador geral do curso.

Os enfermeiros dos serviços de saúde, tanto da área hospitalar quanto da Atenção Básica, foram selecionados mediante a disponibilidade e o aceite em participar da pesquisa. Foram realizados contatos telefônicos e agendados horários para realizar a entrevista no próprio serviço de saúde ou na FAMEMA.

Em se tratando de um estudo qualitativo, o tamanho da amostra não é o fundamental, mas quem serão os participantes e como eles representarão com qualidade as informações essenciais para o estudo. A saturação está atrelada de forma indireta ao objeto do estudo, ao referencial teórico e ao recorte feito. Depende de forma direta dos objetivos, da população e do grau de profundidade da pesquisa (Fontanella, Ricas, Turato, 2008).

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMEMA, conforme Parecer nº 450/10 (Anexo 1), no período entre outubro de 2010 a março de 2011.

Cada entrevista foi precedida pelo aceite voluntário do participante, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Apêndice 1), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), referente à pesquisa envolvendo seres humanos.

Após a autorização livre e esclarecida do participante, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, apoiadas em um roteiro (Apêndice 2). Essa modalidade de entrevista facilita a abordagem e assegura ao pesquisador que seus pressupostos sejam examinados, uma vez que existe um roteiro para dar sequência às questões (Minayo, 2008).

#### **4.5 Análise dos dados**

O material empírico resultante da transcrição das entrevistas semiestruturadas gravadas foi submetido à técnica de análise de discurso proposta por Fiorin (2000) e modificada por Car e Bertolozzi (1999).

Segundo Minayo (2008, p. 324-5), a análise do discurso é uma possibilidade teórica para que o investigador “entenda o processo e as condições de produção de um discurso; o sentido do campo semântico em que ele é produzido e uma elaboração contextualizada e crítica das realizações discursivas”.

Os textos foram submetidos à decomposição em temas e figuras. Os temas são palavras ou expressões que organizam e categorizam a realidade e as figuras são palavras ou expressões existentes na realidade. As autoras recomendam a leitura exaustiva do texto, para sua recomposição em frases temáticas e depois em temas (Car, Bertolozzi, 1999).

#### **4.6. Análise de riscos e benefícios para a população estudada**

O estudo proposto não implicou riscos aos participantes. Espera-se que se traduza em acréscimo de conhecimentos a pesquisadores, serviços, docentes e instituições de ensino, fornecendo subsídios para a reflexão sobre o desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos de Enfermagem.

#### **4.7. Obrigatoriedade de tornar públicos os resultados**

Os resultados desta investigação serão apresentados às instituições envolvidas, a fim de contribuir para o aprimoramento e a integração entre ensino e serviço. Serão tornados públicos em eventos e publicações científicas, resguardando-se sempre o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. Caracterização dos participantes**

As entrevistas previamente agendadas com os entrevistados foram realizadas na Faculdade de Medicina de Marília ou nas unidades de saúde. A entrevistadora dispunha de um gravador e solicitou a autorização dos participantes para utilizá-lo.

Das 28 entrevistas realizadas, dez foram com estudantes de Enfermagem do sétimo ou oitavo semestre que realizavam estágio curricular supervisionado tanto em unidades hospitalares como na Atenção Básica. Também foram entrevistados dez docentes do Curso de Graduação em Enfermagem e oito profissionais enfermeiros da Atenção Básica ou Hospitalar que acompanhavam diretamente os estudantes no estágio curricular. Essas dezoito entrevistas foram feitas abarcando a totalidade dos docentes da quarta série do Curso de Graduação em Enfermagem e grande parte dos enfermeiros que realizam a supervisão direta do estágio curricular.

Para a caracterização dos entrevistados, os dados foram sistematizados em quadros que permitem visualizar o perfil dos estudantes (Quadro 1) e de docentes e enfermeiros dos serviços de saúde (Quadros 2 e 3).

Os dados relativos aos estudantes referem-se a: idade, sexo, participação em projetos de pesquisa, horas de estudos por semana e exercício de trabalho remunerado.

Docentes e enfermeiros foram caracterizados quanto a: idade, sexo tempo de formado, tempo de atuação na instituição, realização de pós-graduação e participação em reuniões sobre o desenvolvimento dos estudantes e periodicidade dos encontros.

**Quadro 1.** Caracterização dos estudantes que participaram do estudo. Curso de Graduação em Enfermagem. FAMEMA, Marília, 2011.

<b>N</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Envolvimento em pesquisa</b>	<b>Horas de estudo semanal</b>	<b>Trabalho remunerado</b>
<b>E1</b>	21	F	PET/hipertensão	7	Não
<b>E2</b>	23	F	PET	8	Não
<b>E3</b>	25	F	Projeto Alfa	6	Não
<b>E4</b>	23	F	PET Saúde	10	Não
<b>E5</b>	21	F	Iniciação científica+ 2 publicações	15	Não
<b>E6</b>	23	F	PET Saúde	6	Não
<b>E7</b>	21	M	PET Saúde	10	Não
<b>E8</b>	21	F	PET Saúde	15	Não
<b>E9</b>	21	F	PET Saúde	10	Não
<b>E10</b>	20	F	PET Saúde	10	Não

A quase totalidade dos estudantes entrevistados era do sexo feminino, com idade entre vinte e vinte e cinco anos. Nenhum exercia atividade remunerada e dedicavam aos estudos de seis a quinze horas por semana.

Cabe ressaltar que a maioria dos estudantes e docentes da FAMEMA participavam do Programa PET Saúde, programa do Ministério da Saúde que constitui uma das ações intersetoriais e estratégicas do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRO SAUDE implementado no Brasil em 2005. Essas ações do PET Saúde são voltadas para fortalecer os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde e objetiva a educação pelo trabalho, oferecendo bolsas para tutores, profissionais do serviço (preceptores) e estudantes da graduação das áreas da saúde

**Quadro 2.** Caracterização dos docentes que participaram do estudo. Curso de Graduação em Enfermagem. FAMEMA, Marília, 2011.

<b>N</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de formado</b>	<b>Tempo na instituição</b>	<b>Pós-graduação</b>	<b>Reuniões/ Periodicidade</b>
<b>D1</b>	48	F	23	20	Doutorado	Quinzenal
<b>D2</b>	47	F	26	25	Doutorado	Semanal
<b>D4</b>	42	M	21	7	MBA e Mestrado	Quinzenal 15
<b>D5</b>	44	F	22	21	Doutorando	Semanal
<b>D6</b>	48	M	26	25	Doutorado	Semanal
<b>D9</b>	51	F	29	19	Doutorado	Semanal
<b>D10</b>	47	F	26	25	Mestrado	Semanal
<b>D15</b>	33	F	13	02	Doutorando	Semanal
<b>D16</b>	49	M	23	23	Doutorado	Semanal
<b>D18</b>	47	F	26	26	Doutorado	Semanal

**Quadro 3.** Caracterização dos enfermeiros assistenciais que participaram do estudo. Curso de Graduação em Enfermagem. FAMEMA, Marília, 2011.

<b>N</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de formado</b>	<b>Tempo na instituição</b>	<b>Pós-graduação Lato senso</b>	<b>Reuniões/ Periodicidade</b>
<b>E3</b>	28	F	6	5	Saúde Coletiva	Quinzenal
<b>E7</b>	28	F	6	2	CC e C. Material	Sim
<b>E8</b>	36	F	10	8	Enf. do Trabalho e Saúde da Família	Quinzenal
<b>E11</b>	47	F	22	12	S. Família	Semanal
<b>E12</b>	29	F	8	8	S. Família	Semanal
<b>E13</b>	29	F	8	6	S. Família	Semanal
<b>E14</b>	31	F	9	8 meses	S. Família	Semanal
<b>E17</b>	40	F	17	17	UTI e Gestão Hospitalar	Semanal

Os enfermeiros dos serviços de atenção primária ou terciária de Marília que colaboram no ensino nos estágios curriculares supervisionados recebem uma gratificação pela colaboração e participam de reuniões de educação permanente que ocorrem na FAMEMA semanalmente ou a cada 15 dias.

A idade dos enfermeiros variou de 28 a 47 anos e o tempo de atuação nos serviços foi bastante diversificado, de oito meses a 17 anos. Os docentes tinham de 33 a 51 anos e a maioria atuava na IES há mais de 19 anos. Em relação ao sexo, a totalidade dos enfermeiros era do sexo feminino e apenas três docentes eram do sexo masculino.

Quanto às pós-graduações *stricto* ou *lato sensu*, a maioria dos docentes relatou possuir o título do doutor ou estar cursando o doutorado. Apenas dois docentes informaram possuir o título de mestre. Os enfermeiros eram todos especialistas, cinco deles em Saúde da Família.

## **5.2. Relatos de problemas éticos vivenciados nos estágios por docentes, enfermeiros e estudantes de Enfermagem e recursos mobilizados para o desenvolvimento da dimensão ética da competência**

Os problemas éticos relatados nas entrevistas foram semelhantes nos serviços hospitalares e da Atenção Básica e decorreram de situações rotineiras nesses serviços. As transcrições das entrevistas foram analisadas conforme o preconizado por Car e Bertolozzi (1999), resultando em frases temáticas que foram decompostas em figuras e estas em temas que deram origem às categorias empíricas.

A análise dos discursos referentes à primeira questão, a qual solicitava o relato de uma situação envolvendo questões éticas, permitiu identificar problemas relativos à relação interprofissional e da equipe de saúde com os usuários e a família; à organização dos serviços e do sistema de saúde e ainda outros relacionados à relação entre docentes, preceptores e estudantes, que resultaram nas seguintes categorias empíricas:

- A preservação da autonomia, a confidencialidade das informações e a privacidade dos usuários nos serviços de saúde;
- A responsabilidade social e o respeito nas relações intersubjetivas na produção do cuidado em saúde e no processo de ensino e aprendizagem;
- A terapêutica e o cuidado a partir da dimensão ética;

- A responsabilidade pública e a justiça social: o acesso universal e a integralidade; a referência e a contra-referência e o reconhecimento da equidade.

A categoria *“A preservação da autonomia, a confidencialidade das informações e a privacidade dos usuários nos serviços de saúde”* resultou dos relatos de problemas éticos entre estudantes, equipes de saúde, usuários e famílias, e entre a equipe e a organização do sistema de saúde.

Já *“a responsabilidade social e o respeito nas relações intersubjetivas”*, assim como *“a terapêutica e o cuidado a partir da dimensão ética”*, foram resultados de problemas éticos nas relações intersubjetivas entre docentes e estudantes e também no interior das equipes, entre as equipes e os estudantes e entre as equipes e os usuários, decorrentes da organização do sistema de saúde.

A categoria *“A responsabilidade pública e a justiça social”* refere-se especificamente às questões éticas decorrentes da organização do sistema de saúde e o reconhecimento da equidade, particularmente entre as equipes, os usuários e os estudantes.

Os entrevistados foram ainda questionados sobre seus sentimentos, o que poderiam ter sido feito de forma diferente e a influência das experiências vividas durante o estágio curricular supervisionado na formação de atitudes e valores. A análise das respostas dessas questões resultou em duas outras categorias empíricas:

- A reflexão crítica **na** e **sobre** as ações a partir da concepção da ética
- As possibilidades de ação e atitudes a partir dos exemplos.

Os sentimentos relatados nos depoimentos foram tanto positivos quanto negativos. Os positivos foram: satisfação, desafio, reflexão sobre a situação, oportunidade de vivenciar a situação, possibilidade de avaliar e ou discutir a situação, tranquilidade por ser uma situação vivenciada e discutida anteriormente, enfrentamento da situação.

Os negativos foram: dificuldade em lidar com a situação, tensão, constrangimento, medo de exposição frente aos outros, apreensão, insegurança, choque, preocupação.

A última questão da entrevista correspondeu a contribuições e sugestões para o aprimoramento organizacional de modo a favorecer o desenvolvimento da dimensão ética da competência profissional.

### **5.2.1 A preservação da autonomia, a confidencialidade das informações e a privacidade dos usuários nos serviços de saúde**

A confidencialidade foi a categoria empírica que mais apareceu nos discursos, sobretudo nos depoimentos dos estudantes. Situações de falta de preservação da confidencialidade ocorreram geralmente na relação entre a equipe de saúde, o usuário e a família. Duas estudantes e uma enfermeira relataram problemas éticos referentes a usuários adolescentes em situações que envolveram o uso de drogas ilícitas e a gravidez na adolescência.

Uma enfermeira descreveu um caso de confidencialidade da informação à mãe de usuária adolescente com resultado positivo ao teste de gravidez.

*“Paciente adolescente que foi procurar a unidade e foi fazer um teste de gravidez. O resultado foi positivo e depois a mãe foi procurar a unidade querendo saber o que tinha acontecido... O paciente tem direito ao sigilo, à proteção da ética. Neste caso, foi explicado para a mãe como funciona na área da saúde, que a gente não poderia quebrar o sigilo naquela situação”.*

Duas estudantes que atuaram juntas no mesmo campo de estágio relataram o mesmo problema ético, vivenciado em uma unidade hospitalar: um adolescente usuário de drogas ilícitas internado por infarto agudo do miocárdio, cuja mãe desconhecia a dependência química do filho.

Ambas referiram que a situação foi resolvida com base no diálogo entre a equipe multiprofissional, com a participação das estudantes. A maneira prudente de tomada de decisão contribuiu para o desenvolvimento da dimensão ética da competência dessas estudantes.

*“O paciente que internou lá, de 17 anos, o paciente é usuário de crack e entrou com suspeita de um infarto. Daí ele subiu para a ala e ele ficou lá internado. Só que ele contou pra gente que a família dele não sabia que ele era usuário e ele pediu para que a gente não contasse (...) Então porque não orientar esse menino a contar, entendeu, a tentar se abrir com a mãe mesmo...”*

*“Aprendi que a gente tem de analisar de várias formas, assim, que não é somente aquilo que está na lei, que a gente tem que pensar no bem-estar, sabe, do paciente...”*

Outras duas estudantes relataram como problemas éticos rotineiros nos serviços de saúde situações envolvendo a falta de preservação da confidencialidade e a falta de respeito ao indivíduo e sua intimidade:

*“A discussão de casos de pacientes em corredores, como diagnóstico, questões pessoais mesmo dos pacientes, e falando alto, dando risadas”.*

*“É uma coisa que eu não gosto de fazer: chamar o paciente pelo nome da doença. Eu não gosto. Eu acho que o paciente tem direito de ser chamado pelo nome dele e ser visto como sujeito mesmo, não como um doente que não tem opinião. Falam muito do paciente por trás...”*

Uma enfermeira colaboradora relatou uma situação em que o resultado de um exame positivo para o HIV foi discutido no corredor do hospital pela equipe médica:

*“Paciente com uma DST e o exame de HIV dela estava vindo confirmatório e não foi dito nada a ela no momento da visita. Os estagiários da Enfermagem estavam fazendo contato com a paciente quando o grupo da Medicina passou e foi para o corredor discutir o caso da paciente. Do quarto, a paciente, ela ouviu o médico dizendo sobre HIV...”*

A confidencialidade também apareceu em relação à organização do serviço e ao sistema de saúde, conforme depoimento de uma enfermeira sobre o resultado de exame que estava aberto proveniente de outro serviço:

*“Fizeram o diagnóstico de HIV positivo, ele tinha 20 anos e foi a única parceira sem preservativo... Eu acompanhava todo esse contexto do sigilo profissional na época. O exame veio, não é para acontecer, mas a gente recebeu o exame aberto, em mãos, tem que ter sigilo, de outros serviços...”*

A confidencialidade de informação a respeito de determinação jurídica foi mencionada no caso de uma criança que estava sob a guarda legal da avó, condição que a mãe desconhecia.

*“Uma criança estava sob a guarda da avó e, aí, assim, a família, ou seja, a mãe não sabia que a guarda estava com a avó, e aí, resumidamente, a médica contou para ela sem autorização da mesma e ficou uma situação complicada...”*

Os entrevistados mencionaram alguns recursos utilizados para a aprendizagem diante da situação ética relativa à confidencialidade: refletir sobre o sigilo e a autonomia, respeitar e aceitar a opinião do outro, ter empatia, evitar pré-julgamentos, dialogar, oferecer várias opções, oportunizar a reflexão, não expor o outro, pensar na questão legal, ter consciência da autonomia dos usuários e ter sensibilidade para suas necessidades.

### **5.2.2 A responsabilidade social e o respeito nas relações intersubjetivas na produção do cuidado em saúde e no processo ensino e aprendizagem**

Nos discursos analisados emergiram situações de extrema dificuldade na relação entre usuário e profissional de saúde, que incluíram agressões verbais e até físicas, causadas pela falta de disponibilidade de recursos, como ilustra o depoimento de um estudante:

*“Uma auxiliar de enfermagem não entregou medicamento para uma paciente devido ao fato de não ter no posto. A paciente ficou brava e acabou xingando e até indo para cima dela. Foi separada por uma agente comunitária...”*

Outras situações apontadas por docente e gestor de serviço fizeram referência a dificuldades na relação entre a equipe de Enfermagem ou equipe multiprofissional, expressando a falta de respeito entre as equipes de saúde como um problema rotineiro nos serviços de saúde. Situações semelhantes, ainda que pontuais, foram apontadas por duas estudantes:

*“A lógica da construção do processo de trabalho, principalmente a questão assistencial é autoritária, não respeita os direitos dos outros, né. Acho que ela que deve ser de cima para baixo, ser mandado, ser obedecido, sem direito de voz e voto e isso acaba gerando conflito entre a equipe, toda a equipe da unidade... e os estudantes presenciam isso.”*

*“Foi uma questão ética muito forte, que aconteceu no meu estágio, porque ela faltou com o respeito, me diminuiu perante a paciente e foi difícil...”*

*“Uma enfermeira que tem um jeito, assim, de lidar com as pessoas, um pouco mais rude, ela não sabe expor o problema e falar com clareza, falar de um jeito que não vai deixar tão intimidada a pessoa...”*

O depoimento de uma das enfermeiras enfocou o assédio nas relações interprofissionais no ambiente de trabalho, uma questão moral com desfecho jurídico. Para ela, essas situações são geradas pela falta de honestidade e de caráter das pessoas. Recomendou vigilância à postura e às atitudes dos estudantes em campo de estágio para evitá-las:

*“Um profissional da unidade estava de certa forma assediando a menina. Na época a gente fazia atendimento noturno e ela me procurou em um desses atendimentos e me colocou a questão mesmo, dele tentar abordá-la dentro do consultório no período de atendimento...”*

Uma docente salientou a dificuldade dos docentes estimularem os estudantes a pensar sobre o papel e o espaço do enfermeiro na sociedade:

*“...refletir sobre o papel do enfermeiro na sociedade, na equipe, a questão da valorização desse profissional, a questão da especificidade do trabalho do enfermeiro. É um aluno que não se coloca, que nunca parou para pensar sobre esta questão...”*

Docentes e enfermeiros colaboradores mencionaram o diálogo e a resolução de conflitos como dois elementos que devem permear as relações intersubjetivas no cuidado em saúde e que exercem influência no processo de ensino e aprendizagem para a formação da dimensão ética da competência dos estudantes de Enfermagem. Esses, por sua vez, relataram os recursos utilizados para a aprendizagem da dimensão ética da relação interprofissional: a reflexão seguida de diálogo e as habilidades de comunicação.

Tanto os estudantes como os docentes e enfermeiros mencionaram o diálogo como ferramenta para superar situações conflituosas, mesmo naqueles casos que seguiram um curso de ação não desejável. Para eles, nas relações intersubjetivas envolvidas na produção do cuidado em saúde, o diálogo deve estar no centro da interação com o usuário e com a própria equipe de trabalho.

Um docente e também o gestor de um hospital mencionou o desrespeito entre os membros da equipe em situações cotidianas, repetidas.

Como estratégia para resolução do problema, foi sugerido o encaminhamento à comissão de ética do serviço.

Aspectos referentes à verdade e ao respeito na relação docente-estudante suscitaram várias ponderações, como a falta de compromisso e honestidade dos estudantes, tendo sido mencionados casos de plágio nos trabalhos escolares e até mesmo um caso de falsificação de assinatura. Também foi citado o desrespeito ao aluno, que algumas vezes sente-se exposto ao grupo de estudantes durante o estágio:

*“Um aluno que tinha dificuldade com o orientador para fazer o TCC, tinha dificuldade de marcar encontros e essa situação chegou num ponto que a gente viu que ia terminar o curso e ele não conseguia andar com o TCC. Esse TCC de repente apareceu pronto (...) o que nos levou a pensar que o aluno não tinha feito...”*

*“...uma aluna que falsificou assinatura de um docente e como isso foi tratado... Além da questão administrativa com essa estudante, houve também numa discussão ética de responsabilidade, dos prejuízos que isso poderia trazer se fosse uma atitude tomada por essa aluna em outra fase...”*

Os recursos para o ensino e aprendizagem da dimensão ética da competência profissional relatados pelos docentes nas situações de falta de honestidade dos estudantes foram favorecer discussões sobre questões éticas com o estudante, assim como o docente ter cuidado, ser cauteloso.

A falta de respeito de uma estudante de Enfermagem para com a equipe de saúde e a falta de comprometimento com os pacientes foram evidenciados no depoimento de um docente que sugeriu que os recursos que poderiam ser utilizados diante desse problema seriam observar e acompanhar a maturidade do estudante desde o primeiro ano, uma vez que, no caso relatado, a aluna já estava no quarto ano.

*“Então, nós tínhamos uma estudante que ela não queria ser enfermeira... tinha uma atitude de pouco envolvimento porque para ela, ela não ia ser enfermeira, e o desempenho dela ficava prejudicado na questão do vínculo, na questão do acolhimento, na questão da relação mesmo com os pacientes... A questão ética envolvida tinha a questão do vínculo com a equipe, ela podia destruir esse vínculo com a equipe do jeito que ela se colocava agressivamente, por insegurança mesmo...”*

Outra docente demonstrou preocupação com o desenvolvimento da solidariedade entre os estudantes, evitando expor o aluno e favorecendo o sentimento de pertencer ao grupo:

*“Eu supervisiono quatro alunos que fazem estágio na pediatria na unidade de internação.... Especificamente, o meu grupo tem três alunos que tiveram aqui na faculdade a gente chama de desempenho insatisfatório no ano anterior, que é como se fosse uma ressalva para ele no próximo ano... Eu identifiquei que talvez a gente poderia...”*

*Eu gostaria que surgisse deles essa fala e não eu chegar com os egressos e falar: - 'Oh! Você ficou insatisfatório, você não foi bem no exame físico, você vai ter que rever todo o exame físico e nós vamos precisar um plano de trabalho para você, um plano de recuperação. Então, eu pensei muito em como conduzir essa conversa, porque eu acho que passa um pouquinho por essa questão da abordagem da questão ética, para não expor esse aluno frente aos outros, mas que ele também pudesse trazer isso. E nós conduzimos da seguinte forma: depois que eles se apresentaram, eles puderam... cada um pode colocar alguma dificuldade que eles viviam na família e que trazia alguma repercussão para eles na prática, na atividade..”*

Nesse caso, a docente proporcionou a reflexão crítica dos estudantes sobre o próprio desempenho, favorecendo a integração do grupo.

### **5.2.3 A terapêutica e o cuidado a partir da dimensão ética**

No que se refere à terapêutica e ao cuidado, o equacionamento dos problemas éticos tem tendência a ser prescritivo e normativo. O campo técnico é mais prescritivo que dialógico e há valorização da dimensão técnica no cuidado e na terapêutica, como relata uma estudante.

*“No estágio no cenário hospitalar, uma auxiliar de enfermagem fez um procedimento inadequado. Na verdade, na leitura dela sobre a prescrição médica, ela não viu um dos*

*itens que falava que não era para retirar o dreno do paciente e ela retirou o dreno sem que... que não estava sendo pedindo na prescrição. Mas ela assumiu as responsabilidades dela, falou, explicou que realmente não tinha lido, porque tinham mudado a prescrição recentemente, era o último item e ela não tinha prestado a atenção e teve uma punição por isso...”*

Tanto os estudantes quanto os docentes e os enfermeiros colaboradores relataram problemas éticos relacionados ao cuidado e à terapêutica. Um docente vivenciou problemas éticos relativos à indicação terapêutica imprecisa prescrita por outro profissional e a tensão e angústia geradas ao discutir a situação com o profissional de saúde envolvido, por pressão dos estudantes.

*“A médica prescreveu quatro paracetamol por dia por 180 dias e aí os alunos me botaram na parede, né. Que conduta que é essa com paracetamol 180 dias?”*

Houve outro depoimento voltado à terapêutica e ao cuidado, porém em uma situação de vulnerabilidade, uma vez que a paciente era idosa estava sob cuidados paliativos. A enfermeira colaboradora relatou a falta de cuidado com a paciente que apresentava uma úlcera de pressão, preocupando-se com as repercussões na aprendizagem do estudante:

*“... porque até agora todo mundo viu aquela crosta [úlcera de pressão] e achou normal, porque o cuidado é paliativo. Onde está o meu respeito com ela, com a filha dela? (...)”*

*O que eu vou passar para o aluno? Como eu faço uma contra-referência numa unidade? Agora, se ela for embora, eu não posso ligar e falar: - 'Olha, ela veio para mim hoje, viu, ela já veio assim, ela está aqui na instituição'. Então, sou eu que estou aqui dentro, entende? O que eu penso é que o aluno está comigo, eu preciso prepará-lo para essa questão da relação em primeiro lugar. Porque para fazer curativo e prescrever tem um manual, a conduta o médico dá, a fisioterapeuta dá, mas essa questão da necessidade da família... Como eu vou perceber qual é o tipo de cuidado que ele [o estudante] quer dar depois que sair daqui. E se ele achar normal?"*

Nos depoimentos foram observados tanto o cuidado prescritivo como a banalização do cuidado. Os recursos citados para lidar com o cuidado prescritivo estavam calcados na deontologia, ou seja, no dever profissional de agir segundo a norma.

No excerto a seguir, um docente buscou compartilhar o problema com a equipe, para tomar uma decisão prudente, responsável, participativa.

*"Ninguém vai falar nada com o médico? - eles [os estudantes] me colocaram na parede realmente. E aí eu devolvi a pergunta: Como a gente pode fazer? Como a gente pode discutir? Ah, eu proponho que a gente discuta na reunião de equipe. Aí, na próxima reunião de equipe, os alunos colocaram isso com a médica presente: - Olha, nós vimos isso assim, assim, assado, e nós achamos prudente*

*trazer para a reunião. Então, eu acho assim que eles tiveram uma atitude bastante madura porque eu poderia falar para eles falarem não, você tem que resolver, você tem que conversar, você vai ter que discutir, mas eu compartilhei isso com eles (estudantes), não no sentido de falar se está certo ou se está errado, mas para eles pensarem um pouco e aí nós levamos para a reunião...”*

Em outro caso, entretanto, uma enfermeira colaboradora não conseguiu identificar na situação os recursos para aprendizagem, sentindo-se impotente para lidar com tal problema ético por meio do ensino e aprendizagem dos estudantes. Para ela, a dimensão ética é apreendida por meio do exemplo, desde que o indivíduo tenha bom caráter e boa educação.

*“O que está faltando e eu me sinto muito pequena... porque ontem eu recebi essa pessoa e faz dois meses que ela está no hospital e ninguém sabe que ela está assim. Está todo mundo anotando e achando normal e aí comenta com uma pessoa é “nossa mais ela tá com toda essa ferida, o que a gente fez pra não acontecer”, (...)*

*Se eu que sou o espelho dele estudante, eu estou fazendo o melhor, com certeza, se ele tiver uma educação boa que ele já trouxe da casa dele, se ele já for uma pessoa de bom caráter com certeza ele vai olhar por esse meu lado e eu acho que ele vai querer copiar, eu imagino assim.”*

#### **5.2.4 A responsabilidade pública e a justiça social: o acesso integral e a integralidade, o sistema de referência e contra-referência e o reconhecimento da equidade.**

Os discursos também evidenciaram problemas éticos que estão na esfera da responsabilidade pública e da justiça social, relacionados aos princípios e às diretrizes do SUS que, se não vivenciados na prática dos profissionais de saúde, “perdem” seu sentido e significado.

Uma docente relatou uma situação de falta de acesso e assistência integral a uma gestante de alto risco por excesso de demanda em Unidade devido a um surto de dengue no município. O excerto a seguir representa um dos principais problemas éticos no cotidiano dos serviços de saúde, responsável por grande tensão nas atividades profissionais:

*“Ela tinha realmente um problema de coagulação, ela tinha diversos abortos ao longo de toda a vida, tinha inclusive uma solicitação de laqueadura para esse último parto. Era uma pessoa de 42 anos, com um filho que era muito desejado, uma situação de uma gestação de alto risco. Ela vinha fazendo esse acompanhamento nesse ambulatório de alto risco e a própria equipe não conseguiu fazer esse acompanhamento. Nós levamos para discutir essa situação junto com a equipe (...).*

*Então, isso também foi algo que a gente pode levar e não só servir de aprendizagem ao estudante, mas para a gente*

*poder também discutir isso junto com a própria equipe, como que transcorreu essa situação (...).*

*Porque nem a própria residente acabou levando uma situação que era uma gestação de risco e que precisava de acompanhamento, mesmo tendo dificuldade com os agentes, mas como que essa equipe iria e precisaria ter uma estratégia para acompanhar...”*

Também foi relatada a falta de assistência integral de uma criança de seis meses sob a guarda judicial e com várias reinternações:

*“O atendimento de uma criança de seis meses numa unidade de internação pediátrica, vinda de uma unidade assistencial jurídica... Esse caso mobilizou uma reflexão muito intensa das condições éticas do cuidado, porque ela se tornou alvo da atenção das pessoas, as pessoas se mobilizaram para atender, mas no sentido de proteção, não compreendendo a gravidade da situação para a própria criança e seu desenvolvimento. A criança veio com uma questão assistencial bastante comprometida. Essa é uma criança que, pela sua fragilidade no nascimento, fez várias reinternações...”*

Ainda em relação às diretrizes do SUS, uma enfermeira colaboradora relatou a organização do sistema de referência e contra-referência como desencadeante de problemas éticos na unidade de saúde em que atuava,

destinada a pacientes de alto risco. Mas, na realidade, muitas pacientes encaminhadas não eram de alto risco.

*“Eu sou enfermeira da unidade obstétrica (...) Por ser um hospital-escola, o hospital em que eu atuo é referência para o alto risco das gestações. Então nós temos muitos casos que são encaminhados para a instituição que não são gestantes de alto risco, porque Marília é responsável por 62 municípios e, desses 62 municípios, de três desses municípios vem para cá pacientes que não são referências para o alto risco e, às vezes, acontecem algumas divergências de conduta que em algumas situações nós temos que explorar e trabalhar a ética...”*

Quanto à integralidade, dois docentes destacaram que os recursos de ensino utilizados na supervisão dos estágios são a aproximação com a realidade, incluindo aproximação com a equipe, as situações e a prática profissional. Essa aproximação não se dá somente nos momentos de supervisão dos estágios, estendendo-se também à construção de projetos e parcerias entre academia e serviço.

O reconhecimento da equidade é um ponto chave para a consolidação do SUS. As divergências de valores e crenças entre equipe e usuário foram mencionadas apenas por um docente e dois enfermeiros colaboradores. Uma situação fazia referência à gestante que não aceitava a criança e a outra, a um paciente poliqueixoso.

*“... a estudante da quarta série atendeu uma paciente gestante que não queria a criança e isso contradizia muito com os valores que ela tinha, né, e ela se comoveu muito com aquilo, então, essa situação foi um espaço onde nós podemos discutir a atitude ética, os valores da paciente, os valores dela e a construção do caso.”*

*“Eu fico pensando se as atitudes delas em relação ao paciente, se elas estão... na minha visão, sendo éticas ou não. Porque o que tem ocorrido é uma mudança do atendimento ao paciente... Usando palavras bem simples, é como se as funcionárias pegassem ‘birra’ do paciente pela atitude dele reclamar...”*

A entrevista de uma enfermeira colaboradora citou conflitos de gênero entre uma mulher, seu esposo e um estudante de Enfermagem do sexo masculino na execução de procedimento:

*“Os meus estudantes eram um menino e uma menina do 4º ano de Enfermagem e a equipe daquela unidade de saúde havia quatro anos que ela estava formada e só com profissionais do sexo feminino (...) Então toda a comunidade estava acostumada a ser atendida por mulheres, certo, por profissionais mulheres, e o meu estudante, quando ele foi atender, já no quarto ano de enfermagem, ele já tinha algumas habilidades e uma delas... O enfermeiro acompanhou o estudante na coleta do Papanicolaou e ele fez a coleta de uma gestante e esse gestante era esposa de*

*um traficante, que foi muito bravo na USF depois, tirar satisfações porque havia um homem lá [queria saber] porque o homem pode ser enfermeiro, porque o homem pode ele estar habilitado a fazer esse tipo de exame, é um exame íntimo na mulher. Dizia que o pessoal lá não tinha ética, ele até usava esse termo mesmo, porque ele achava que eticamente teria que ser ter sido uma mulher...”*

Essa enfermeira considerou como recursos do processo de ensino e aprendizagem envolvendo problemas éticos nas unidades de saúde a educação e a comunicação com a comunidade. Em sua opinião, a situação poderia ter sido evitada por meio do diálogo com a usuária anteriormente à execução do procedimento, explicando quem está apto a realizar o exame, e também com a presença de um profissional do sexo feminino juntamente com o estudante na realização do procedimento.

### **5.2.5. A influência do estágio curricular supervisionado na formação de atitudes e valores.**

As atitudes e os valores que constituem a dimensão ética também foram explorados nas entrevistas com estudantes, docentes e enfermeiros colaboradores por meio das questões:

- Qual sua opinião sobre os estágios curriculares supervisionados para a formação em saúde?
- Como o estágio curricular supervisionado interferiu em seus valores e atitudes para atuar como estudante, docente ou enfermeiro colaborador?

A primeira questão sobre a influência dos estágios curriculares supervisionados na formação em saúde repercutiu em aspectos relacionados à vivência da prática profissional, ao desempenho do trabalho do enfermeiro e à convivência; à aprendizagem significativa e ao desenvolvimento de maturidade profissional.

Docentes e coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem manifestaram preocupação em propiciar experiências aos estudantes:

*“Muitas escolas fazem uma maquiagem do currículo para que o estágio aconteça, porque é uma questão legal, mas ele não colabora na formação do aluno porque o estudante não vivencia a realidade do trabalho do profissional. Eu entendo que no estágio curricular supervisionado o aluno tem de estar exposto ao trabalho do enfermeiro”.*

*“A aprendizagem significativa, quando é significativa para o aluno, ele aprende, ele é... não sei uma palavra correta, mas ele retém aquele conhecimento de uma maneira a usar na prática no futuro, quando se deparar com situações semelhantes, de uma forma menos sofrida...”*

Os estudantes também relataram a importância de viver situações em campo de estágio para sua formação em saúde, descrevendo até o sentimento de espanto diante da dificuldade da situação vivenciada pela primeira vez:

*“Se eu tivesse saído, já me formado e tivesse trabalhando e fizesse uma reunião de equipe e acontecesse isso, eu... Na verdade, eu não saberia o que fazer. Porque eu acho que eu fiquei espantada e agora, como eu tive essa vivência, vi como foi, o que a enfermeira contornou, conversou, como é que é...”*

O Estágio Curricular em serviços de saúde favorece o desenvolvimento da maturidade profissional para atuação no campo da saúde e a autonomia do enfermeiro, tal como estabelecido nas Diretrizes Curriculares para Graduação em Enfermagem:

*“Eu tenho uma autonomia, uma segurança de fazer as coisas. Lá, [o estágio] é supervisionado, mas a gente tem muita liberdade... não que a gente faz, para ter alguém para consultar depois. Mas vem da gente, as coisas de dar opinião... distribuir leito, é muita autonomia, muito legal”.*

A segunda questão refere-se especificamente à repercussão do estágio sobre o desenvolvimento de valores e atitudes para atuação em saúde. A análise dos discursos decorrentes desta questão resultou em duas categorias empíricas, que dizem respeito às ferramentas a serem utilizadas no processo ensino e aprendizagem em ética: a reflexão crítica **na** e **sobre** a ação a partir do valor humano e as possibilidades de ações e de atitudes a partir da análise dos exemplos.

#### **5.2.5.1. A reflexão crítica na e sobre a ação a partir do valor humano**

Em sua entrevista, uma estudante ressaltou a necessidade de integrar teoria e prática e utilizar o pensamento investigativo na prática.

*“A partir do momento que você tem um conhecimento e você leva para o campo e começa a tentar aplicar, você tem uma visão muito melhor, entendeu? Você sai com um pensamento diferente, você sai com idéias, você sai com problemas, saem vários trabalhos de pesquisa, várias idéias também”.*

As enfermeiras colaboradoras mencionaram a necessidade de propiciar a reflexão, por elas descrita como *o ato de problematizar a prática*, que deve ser realizado junto com os estudantes, em um movimento dinâmico de observar a prática e questioná-la para posteriormente buscar conhecimento, o que acarreta mudanças no conhecimento, nos valores e nas atitudes dos docentes, preceptores e estudantes.

*“Essa busca que o estudante faz sobre as práticas que ele vê, frente à realidade, ele traz bastante conhecimento e faz a reflexão. Eu acho que junto com essa reflexão que a gente faz com os estudantes, isso traz valores para a gente na nossa formação e também no modo de a gente atuar no dia a dia. E das atitudes que a gente tem, eu acho que esse movimento desse ciclo de ver a prática, de questionar a prática, de buscar conhecimento, de refletir, sempre muda alguma coisa nas atitudes da gente...”*

*“A proposta do método não é nova para mim porque eu fui formada nesse modelo. Então, é muito tranquila essa situação de refletir sobre a minha prática, buscar informações, buscar junto com o aluno, ter a visão de alguém de fora que é o colaborador da escola. Eu acho que isso tem agregado muita riqueza e muita novidade e até algumas certezas...”*

Relataram ainda a incorporação do processo de pensamento crítico e reflexivo sobre sua prática, estimulada pelos estudantes:

*“O aluno proporciona que a gente pare e faça essa reflexão, coisa que você inclusive quando os alunos estavam de férias, muitas vezes, a gente pensa, se depara pensando: - ‘Nossa! Talvez se eu tivesse feito de outra forma teria um resultado melhor’. Com o aluno, automaticamente a gente acaba fazendo esse exercício, a gente para muito para refletir sobre o nosso trabalho e sobre o cuidado, então, eu acho que é muito bom”*

*“O aluno te estimula, te motiva a buscar mais, a querer o seu crescimento profissional para você poder corresponder às expectativas dele, porque você tem de construir com ele novos conhecimentos, conhecimentos que você já adquiriu ao longo dos anos, mas que você revê, reflete com eles, e são reflexões diversas, cada grupo traz um tipo de reflexão que te faz voltar a pensar, a refletir ...”.*

Um docente e também gestor hospitalar descreveu a questão da crítica desprovida de significado para a prática, quando o estudante encontra-se apenas no campo da teoria, não articulando com a realidade.

*“O lado do conhecimento, da crítica, os estudantes tem muito, embora algumas críticas deles no processo lá do dia a dia do trabalho deles, às vezes não tem tanto significado. Sob o ponto de vista de correção de atividades, que eles chegam com o que o livro traz e encontram o que a prática traz, os enfermeiros... Quando o estudante está disposto a fazer isso, os dois crescem ,quando ele está disposto a confrontar só o que a literatura traz e tentar aplicar na prática, que é uma realidade totalmente diferente”.*

Outra enfermeira colaboradora considerou a presença do estudante no serviço é estimulante para **o exercício de reflexão** sobre o cuidado, evitando que o profissional de saúde se acomode e entre em uma rotina automática.

No momento da supervisão dos estágios, que é feita uma vez por semana, com a participação dos estagiários, do docente da instituição de ensino e do enfermeiro do serviço, é possível abordar integralmente o cuidado, não focando somente o biológico, mas também nos aspectos emocionais e sociais dos problemas de saúde.

*“...porque eu posso fazer dessa forma, o que eu posso melhorar, o que eu posso contribuir na vida dessa pessoa para que ela possa fazer diferente e melhorar a questão social, emotiva dela. Não só a questão do biológico porque se a gente não trabalhar um pouco a questão do psicológico, das emoções, isso não vai ter reflexo no físico. Então, é uma somatória de tudo, eu acho que a questão da oportunidade da reflexão é essencial para a prática, para a mudança da prática...”*

Uma docente mencionou que o processo de reflexão sobre os processos de trabalho auxilia o estudante a construir o conhecimento e que, por outro lado, a presença dos estudantes é um grande estímulo para a reflexão da sua prática como docente:

*“... refletir mesmo sobre os processos de trabalho e assim ajudar o aluno a construir esse conhecimento é muito gratificante para mim como docente. Então, eu acho que é essa é a grande contribuição, que nos faz pensar, nos faz refletir, nos faz estudar. Eu acho que é um motivador para o profissional estar em constante reflexão também sobre sua própria prática...”*

Para os docentes, a supervisão em pequenos grupos de estudantes contribui para a formação de valores e atitudes:

*“... tem algumas unidades em que é um aluno. Então eu acho que fica mais tranquilo do que eu ter quatro para fazer toda essa construção. Cada um pensa de um jeito, tem valores e tem as considerações deles... Para favorecer essa mudança de atitude, talvez com menor número de aluno é mais fácil eu construir e entender a visão de mundo deles..”*

Uma enfermeira colaboradora considerou que a discussão em pequenos grupos favorece a aproximação e a intervenção para cada estudante, uma vez que cada um tem diferentes necessidades.

Os estágios supervisionados também influenciam a autorreflexão dos docentes sobre seus valores na medida em que reveem suas próprias atitudes a cada novo aluno, a cada semestre, ao conhecer novos enfermeiros na prática e nas reflexões participativas que ocorrem uma vez por semana nas unidades com os estudantes e enfermeiros colaboradores nas supervisões de estágios que auxiliam a ampliação da visão sobre as questões assistenciais.

Além da presença do estudante na prática cotidiana ser um estímulo aos profissionais de saúde por meio do contato direto com a academia; uma enfermeira colaboradora acrescentou que as discussões de educação permanente agregam valores profissionais.

Os depoimentos consideraram que o estágio curricular supervisionado influencia a formação de valores porque exige reflexão sobre a prática, o que auxilia a modificação e o aprofundamento dos valores, atitudes e conhecimentos.

Em um discurso de uma enfermeira foi possível observar que ela sentiu-se tranquila ao lidar com uma situação por já ter vivenciado e refletido sobre algo semelhante em outra ocasião:

*“Não foi a primeira vez (...) Em outra situação eu não pensei a mesma coisa. A gente precisou estudar na época, porque a gente não tinha embasamento teórico para saber até que ponto é da nossa governabilidade e da nossa competência. Faz parte guardar esse sigilo, porque envolve transmissão de doenças para outras pessoas e aí, na época, a gente foi pesquisar, a gente buscou ajuda da coordenação de DST/AIDS do Município. Então, desta vez pra mim foi mais tranquilo. Acredito que para as meninas foi um movimento de reflexão muito rico e eu acho que consegui estimular um pouquinho isso nelas, a gente abriu um ciclo pedagógico de ética”.*

Uma docente discorreu sobre a influência do estágio curricular supervisionado na formação de atitudes e valores para atuar em saúde, destacando ser um diferencial para o estudante a compreensão da realidade e da complexidade do cuidado em saúde, a resolução dos problemas e as intervenções progressivas, com um olhar ampliado, aprofundado e crítico.

*“Ele [o estudante] ter uma vivência de lidar com conflito, lidar com as pessoas, algo que só o texto, os livros não possibilitam... Então, essa compreensão de como as coisas foram conduzidas, como foram resolvidas, como foram compreendidas para identificar as soluções... Acho que esse é um diferencial, isso faz com que os alunos tenham melhor crítica, consigam elaborar melhor critérios, tenham melhor argumentação. Eles conseguem com mais facilidade se ver dentro do conflito. Uma das coisas que a gente trabalha muito é a questão da complexidade das situações, que as situações não são resolvidas por uma intervenção só, tem de estar olhando as várias facetas dos problemas para você ir atuando neles. Isso faz com que o aluno compreenda a complexidade do cuidado de saúde, faz com que ele compreenda que não é de uma hora para outra que uma única intervenção resolve o problema, ele precisa estar investindo, ele precisa estar avaliando, ele precisa compreender as pequenas mudanças que vão acontecendo, porque existem grandes mudanças para o adolescente recém-formado, essa condição do imediatismo é muito presente. Então eles fazem uma outra leitura da realidade”.*

Um dos estudantes abordou um problema ético e a sua repercussão em sua maneira de pensar, de forma integral e ampla, ou seja, crítica:

*“Esse problema nos fez pensar de modo mais amplo, mais integral, as várias formas, e não só de um lado, pois se*

*tenho uma questão ética é preciso ter calma para resolvê-la. Podemos nos deparar com esse tipo de problema no futuro”.*

Uma docente também relatou que a autorreflexão mobiliza a questão do reconhecimento de preconceitos e desenvolve a percepção do docente para captar a visão de mundo dos estudantes.

*“... uma reflexão muito grande sobre os meus valores e as minhas formas de pensar e trabalhar a questão dos preconceitos que existem dentro dos processos. Então, o que a gente coloca muito é o quanto eu estou sendo justa, o quanto eu estou sendo parcial, o quanto que eu estou sendo mesquinha no movimento de preconceito, e quanto eu tenho apreendido. Porque, apesar de ter vinte e nove anos, eu ainda tenho minhas dúvidas e isso faz com que no próximo encontro eu consiga novamente discutir. Eu não sei a abordagem, às vezes eu fico, penso... Então essa forma de trabalho exige muita concentração do docente, porque uma coisa, um comentário que ele fala ou que o aluno faz e parece solto representa todo uma visão de mundo. Para isso a gente tem de fazer todo um movimento de desconstruir...”.*

Outro docente concordou que o desenvolvimento de atitudes e valores é um processo dinâmico, que se altera a cada aluno e estágio:

*“O docente vai mudando a cada estágio, a cada aluno que entra, a cada semestre, com cada enfermeiro que vem. Você vai se revendo enquanto profissional, enquanto docente...”.*

A complexidade e a amplitude da dimensão ética também foram salientadas por um docente que afirmou que a construção da dimensão ética não é responsabilidade apenas na escola, mas na própria vida, da família.

*“A dimensão ética é tão grande que ela fica além do que é escrito em papel. Porque ela fica nessa questão, questão também voltada para a cultura que o individuo tem, para o valor que ele dá na vida, o que ele aprendeu no mundo dele, não só na escola, mas na vida dele enquanto construção de educação familiar. Tudo isso influencia no processo ético dele, ele pode ver o que é bonitinho aqui no papel e nem sempre aquilo tem um significado para ele, principalmente, porque se trata de uma situação de relações humanas onde cada um quer ter o seu direito, mas não pensa nos seus deveres e todo mundo quer ter razão”.*

Os discursos dos estudantes acentuaram essa perspectiva:

*“As vivências sociais envolvem muito a questão da ética. Eu acho que me fez refletir muitas coisas, tanto os valores pessoais quanto os valores profissionais. Eu acho que me desenvolvi muito do terceiro para o quarto ano. Eu acho que agora nesse final de quarto ano eu sou muito mais madura”.*

*“Então, nesse sentido, a minha atitude melhorou e mudou. Hoje eu consigo me posicionar melhor diante uma equipe, eu consigo melhorar essa questão da atitude. Eu percebo que o que mudou foi a argumentação, eu consigo*

*fundamentar mais o conhecimento para poder questionar outra equipe e nisso melhorou”.*

*“A gente entra com uma um pensamento e agora que eu estou no último ano eu saio com outro pensamento da faculdade. É bem diferente, a gente tem valores que a gente traz, valores de casa, crenças, cultura. E a gente aprende que tem de ouvir o outro também. Então isso foi uma das coisas que eu aprendi no estágio e, pensando na ética da competência profissional, eu acho que a gente aprende a lidar com as outras profissões, o que não é fácil, a respeitar as outras profissões e também saber como se comunicar que é um dos assuntos mais questionados”.*

#### **5.2.5.2. As possibilidades de ações e atitudes a partir dos exemplos**

A influência dos exemplos, tanto positivos quanto negativos, na formação da dimensão ética da competência é apontada principalmente pelos estudantes:

*“Eu sempre tenho os profissionais com quem eu fiz estágio como um exemplo pra mim, sempre peguei profissionais excelentes e eu os levo como um exemplo mesmo...”.*

*“A gente consegue ver [a prática] do médico, do auxiliar, do enfermeiro e, tendo como base os valores dessas pessoas, a gente consegue formar a nossa. Então, você vai embasar, você vai conseguir entender bastante as atitudes deles a partir da prática. Eu acho que isso vai influenciar sim”.*

*“Às vezes a gente até brinca que alguns profissionais não levam muito a sério... Eu acho que isso fortalece o nosso conhecimento, fortalece a incorporação dos nossos valores a partir do conhecimento das outras pessoas. A gente consegue formar e nos formar. Porque eu acho que isso é gradativo, a gente não nasce sabendo o que tem que ser feito, a moralidade, os valores, as atitudes... Então isso vai se compondo até o finalzinho da vida, eu acho que isso é gradativo”.*

*“A gente acaba convivendo com muitas pessoas, muitos profissionais e diversas maneiras de lidar com equipe. Eu acho que a gente se espelha bastante no que eu quero ser e no eu não quero ser e eu acho que isso é muito bom, por que você fala: - ‘Ai! Esse aqui eu quero para mim, esse aqui eu já não quero ser igual, porque eu não gosto’. Você que é de fora consegue ver tudo, sabe? Eu acho isso”.*

Os estudantes consideraram que o estágio curricular supervisionado influencia a formação de valores ao permitir construção de um modelo próprio, baseado nos exemplos dos profissionais de saúde:

*“Você vai criando uma maneira de ser você. Eu acho que a vivência do dia a dia vai modulando a gente, porque a gente vai optando. Acho que isso é legal, eu quero ver, eu quero aprender. Às vezes você vê as coisas, você vai atrás, estuda e fala: - ‘Realmente, isso que eu quero para mim, ou não, isso eu não quero para mim”.*

Para uma docente, o Estágio Curricular influencia a formação de valores para atuação em saúde. Para ela, o exemplo do docente ao lidar com a própria vida e com a prática profissional imprime valores que influenciam o processo de ensino e aprendizagem dos estagiários.

*“A lógica que nós imprimimos com o estudante é o que a gente faz com a gente. (...) Essa é minha prática profissional junto com ele, é a partir dessa prática que eu reflito quais são as minhas necessidades de aprendizado e consigo reconstruí-las. Quando eu falo de necessidade de aprendizagem, é uma aprendizagem nesse sentido que você está colocando, de valores, atitudes...”.*

Uma enfermeira colaboradora revelou seu entendimento de que representa um exemplo que pode ser seguido pelos estudantes. Segundo ela, depende de maturidade moral do estudante perceber esse exemplo.

*“Mais que tentar mostrar que dá para fazer, o melhor para ele é também enxergar se eu que sou o espelho dele estou fazendo o melhor. Com certeza, se ele tiver uma educação boa que ele já trouxe para a casa dele, se ele já se ele for uma pessoa de bom caráter com certeza ele vai olhar por esse meu lado e eu acho que ele vai querer copiar...”.*

Um dos docentes entrevistados revelou grande preocupação como os modelos considerados não adequados e que estão sendo reproduzidos:

*“Fico muito preocupado. Mesmo a gente utilizando uma metodologia ativa, eu tenho essa preocupação porque o modelo que está com ele, o enfermeiro, é o modelo para a prática dele e eu percebo que o estudante está repetindo um pouquinho esse modelo. Porque ele está tão preocupado com a gestão porque o enfermeiro que está na unidade está preocupado com a gestão, não está olhando para o cuidado individual. Então isso é uma coisa que me preocupa”.*

Já as imitações provenientes de relações pessoais de boa qualidade auxiliam o indivíduo a viver e a ser:

*“As condutas pelos profissionais enfermeiros que acompanham esses alunos... Muitas vezes o que a gente coloca aqui na escola, o que a gente pensa aqui na escola não é exatamente aquilo que acontece no campo de estágio. Há N situações em que o enfermeiro supervisor tem de tomar determinadas condutas que nem sempre se aproximam daquilo que a gente gostaria. Eu acho que a escola e eu como gestor temos a necessidade de entender, respeitar e trabalhar junto desses profissionais para que o discurso da academia possa se aproximar da prática, da realidade que esses personagens vivenciam no dia a dia com os alunos”.*

### **5.2.6. Contribuições do Estágio Curricular Supervisionado para o desenvolvimento da dimensão ética**

Uma estudante mencionou que apenas parou para pensar sobre uma situação ética no momento da entrevista, o que o levou a sugerir um “reforço” que permita maior compreensão sobre a ética e a bioética no 4º ano da graduação.

*“Mas, às vezes, acontece uma situação como essa que eu ainda não tinha parado para pensar. Agora, neste momento, conversando com você, é que eu parei para pensar mesmo que era uma situação de ética... Às vezes, passa meio despercebido... Eu acho que a gente poderia aprofundar um pouco mais, porque é um assunto importante, que está em todo lugar, que cai em provas, e às vezes a gente tem pouco clara a compreensão sobre esse assunto, a gente poderia reforçar um pouco mais, esse assunto de ética no quarto ano”.*

Outras estudantes relataram a necessidade de expansão do estágio curricular para outras áreas.

*“Eu acho que a quantidade que o professor tem é essencial, mas eu acho que (pelo menos para mim) precisaria passar por outras áreas. Porque a gente fica muito focalizada em três áreas só. Então eu acho que poderia expandir um pouco mais, ir para um pronto-socorro, saúde da mulher, da criança e do adulto... Poderia aumentar um pouquinho mais essa fase, ir para uma UTI e um pronto-socorro...”.*

Três estudantes sugeriram abordar as questões éticas durante o curso. O primeiro relato destacou a dificuldade dos profissionais de saúde em dialogar e ensinar aspectos sociais e éticos. A estudante manifestou sua impressão de que há falhas no ensino da ética na formação inicial porque faltam profissionais com conhecimentos nessa área. A segunda enfocou a falta de abordagem de questões éticas na graduação e sugeriu a sensibilização dos estudantes para a problematização dessas questões. O terceiro enfatizou que um mesmo problema pode ou não ser abordado como uma questão ética:

*“Eu acho que a gente precisa aprimorar as questões sociais e psicológicas, porque dentro da faculdade a gente tem bastante a questão da prática, mas as questões sociais, as questões éticas, psicológicas, são pouco abordadas, apesar de estarem no nosso dia a dia. Parece que há um bloqueio do pessoal da área da saúde em geral em conversar sobre essas questões. A gente observa bastante isso dentro do PSF, dentro do Hospital, o pessoal tem bastante bloqueio e a impressão que me dá é que faltam profissionais para nos orientar. Porque como a gente já não tem essa formação direito, para mim faltam profissionais para estar orientando a gente como se comportar em determinadas situações. Porque é difícil mesmo, né?”*

*“Eu acho que poderia haver mais discussões sobre isso, é um espaço que é bastante rico, as vivências são muito ricas na nossa prática”.*

*“Eu acho que poderia abrir ciclos, abrir questões sobre a aprendizagem e sobre isso a partir da nossa sensibilização, da nossa problematização mesmo, né? Então eu acho que poderia ser abordado mais, porque fica muito na questão assim... de como eu agiria. Eu acho que é isso, mas eu não sei realmente se é, porque é um pouco subjetivo, né? Porque não é uma coisa palpável que a gente vai ver: - tem de agir desse modo. É algo que a gente não vai encontrar nunca no papel, por escrito. Mas eu acho que a gente poderia estar embasando um pouco, entender um pouco sobre isso, sim. E eu acho que não é tão abordado. Pelo menos, no meu quarto ano não foi”.*

*“Por exemplo, quando aconteceu isso no cenário hospitalar, a gente até levou para discussão, só que a gente foi para outro lado, de como resolver conflitos, trabalhar conflitos, na parte de gerenciamento de conflitos, mas a parte ética não foi abordada. Então eu acho que falta referencial teórico, falta sistematizar mesmo essa parte da competência ética profissional”.*

Outra estudante mencionou a necessidade de maior direcionamento no campo de estágio:

*“Eu acho que deveria ter um direcionamento maior assim durante o estágio, porque às vezes eu me sinto meio solta, não sei muito bem para onde ir. Na tutoria, no primeiro e segundo anos, tem os tutores, tem um caminho para seguir”.*

*“Apesar de serem casos diferentes, a situação que eu estou vivenciando agora é diferente de quem está indo no hospital, de quem está indo no PSF, mas mesmo assim eu acho que deveria ter um eixo...”.*

Uma estudante destacou que, para o desenvolvimento da dimensão ética da competência, são necessárias discussões que gerem reflexões:

*“Não tenho tanto, assim, sugestões, porque a maioria das que eu acho que valem bastante são as discussões, e as discussões sempre acontecem. Eu acho que as discussões são sempre válidas para a gente refletir e na maioria das vezes estão presentes no nosso momento de aprendizagem”.*

Os docentes apontaram em suas entrevistas a necessidade de acompanhamento da maturidade dos estudantes e as dificuldades de avaliação dos aspectos atitudinais.

*“Então, isso é uma coisa para mim fundamental e que precisa avançar, pensar junto as quatro séries, até aonde eu vou. O que realmente tenho que avaliar na questão ética, na questão da atitude? Porque avaliar a atitude, o comportamento do estudante é um desafio muito grande e, se você não tem segurança, você deixa passar muitas coisas, entendeu, que não pode passar. Não pode, precisa ajudar o aluno a amadurecer. Ou não passa ou a gente se programa para ir ajudando o aluno a amadurecer...”.*

Um enfermeiro colaborador sugeriu sua participação na elaboração do “caderno” da quarta série e ressaltou como positivas as reuniões de educação permanente.

*“...participar também no início do ano junto a coordenação da quarta série, participar da construção do caderno da quarta série. Eu acho que o professor colaborador poderia ser convidado também para esse momento, para a gente poder construir juntos como que a gente vai trabalhar com o estudante. E os momentos de Educação Permanente que devem ser bastante valorizados para gente estar tirando as dúvidas e esclarecendo os pontos que ficaram duvidosos, em que surgiram questionamento durante o estágio. Eu acho que esses seriam os momentos”.*

Dois docentes mencionaram a necessidade de maior interação entre a academia e o serviço. O primeiro enfatizou que ambos deveriam utilizar o mesmo referencial teórico no cuidado em saúde. O segundo destacou a inserção da academia no serviço, o envolvimento dos estudantes com o serviço e até sugeriu um espaço de educação permanente na prática. Esses dois docentes também exercem atividades de gestores em hospitais.

*“... que a academia e o serviço falassem a mesma língua e que utilizassem o mesmo referencial teórico, porque isso, hoje, não está acontecendo. A gente trabalhou um referencial o tempo todo com o aluno aqui e quando ele chega num serviço com um referencial totalmente diferente, ele fica procurando: - Que diagnóstico é esse?”*

*Que diagnóstico de enfermagem é esse? Porque, na verdade, não é a lógica em que nós trabalhamos”.*

*“Que a academia possa se inserir mais na prática, que monte um serviço de educação permanente na prática para trabalhar as dimensões não só ética, mas todas as dimensões do conhecimento. E que o docente esteja mais presente, eu falo pelo docente da quarta série, por exemplo, e nós fazemos supervisão uma vez por semana. Não é que o docente esteja mais presente que os docentes até da terceira série, que são mais presentes, mas que os alunos se envolvam mais com o serviço, que ajudem o serviço a crescer de uma forma diferente...”.*

Outro docente salientou a sensibilidade para não perder as oportunidades de refletir e discutir questões cognitivas, de habilidades, de atitudes e éticas.

*“Se nós perdemos as oportunidades de fazer a reflexão de alguns dos aspectos, ele pode passar em branco e pode deixar de aprofundar conhecimento naquelas questões. Eu acho que o docente tem de estar muito atento para isso, para discutir questões cognitivas, de habilidade, de atitudes, questões éticas”.*

Docentes e enfermeiros colaboradores também destacaram o número de estudantes, o tempo e a frequência da supervisão como elementos que contribuem para o desenvolvimento da dimensão ética da competência:

*“Talvez o número [de estudantes]. Apesar de a gente ficar com poucos estudantes, mas eu, no caso, para eu fazer essa construção de conhecimento, a gente tem algumas etapas, por exemplo: o portfólio reflexivo que também é um instrumento em que ele vai construir o conhecimento. Por exemplo: eu ficaria talvez com um número menor de alunos, para poder estar mais próximo desse aluno, numa supervisão mais frequente”.*

## 6. DISCUSSÃO

A maior parte dos problemas éticos identificados por estudantes, docentes e enfermeiros colaboradores no Estágio Curricular Supervisionado dizia respeito às relações humanas, sendo próprios do campo da ética individual (Cortina, 2003) ou ética aplicada ao contexto micro. Outros faziam referência à organização do sistema de saúde, relativos, portanto, à ética das instituições e das organizações (Cortina, 2003) ou ética aplicada ao contexto macro.

Em algumas das situações relatadas, a argumentação dos entrevistados pautou-se no “dever-fazer” profissional, em uma redução da ética à deontologia, particularmente nos aspectos da preservação da autonomia e da dimensão puramente técnica do trabalho em saúde.

O problema mais mencionado foi à confidencialidade de informações em saúde, associada ao princípio ou valor da preservação da autonomia, que integra o pensamento ético principialista que marca o século XX.

Todos os seres humanos são sujeitos de direitos denominados subjetivos: à vida, à saúde, à liberdade ou à propriedade e esses direitos são expressão da autonomia (Gracia, 2010). Para exercer a autonomia, é preciso refletir que ela ocorre sempre em relação com o outro, com o contexto em que está inserido, daí a necessidade do reconhecimento do outro e do quanto o indivíduo é mais livre, para aumentar as “possibilidades” e diminuir os “limites” da ação (Rios, 1995).

A consciência da própria autonomia advém de processos de emancipação. Para exercer a autonomia, a pessoa não deve agir somente pela razão ou legalmente, mas sim considerar a parte emocional e a influência das práticas sociais, culturais, étnicas, religiosas e morais (Zoboli, Sartório, 2006).

O respeito da autonomia deve considerar a interferência da sociedade sobre as decisões individuais e as implicações das ações individuais sobre o coletivo. A partir do momento que as decisões autônomas atingem a saúde pública, como prejuízos a terceiros ou demanda de recursos públicos escassos, são situações plausíveis para limitar a escolha autônoma (Zoboli, Sartório, 2006).

Para desenvolver a dimensão ética no trabalho em saúde em relação à confidencialidade é necessário construir e manter valores de respeito, solidariedade e empatia com o outro, reconhecendo-o como semelhante, portanto, dotado de características que configuram o ser humano (possui sentimentos e capacidade de raciocínio) e outras peculiaridades individuais (personalidade, oportunidades e escolhas diferentes).

Para estimular a autonomia dos indivíduos é importante considerar o paciente um cidadão que age sobre sua saúde. Além de prestar assistência, é necessário informar à população que a saúde é um direito. A atual conjuntura de dificuldade de desenvolver a bioética em todos os níveis de vida no Brasil evoca a necessidade de educação para a saúde (Pessini, Barchifontaine, 2008).

Os recursos para lidar com problemas éticos decorrentes da confidencialidade apontados pelos entrevistados relacionaram-se com o desenvolvimento de valores e atitudes de respeito à autonomia do outro. Para que o usuário possa tomar decisões autônomas, o profissional de saúde deve estimular e auxiliá-lo no desenvolvimento dessa capacidade. Para isso é necessário dirimir dúvidas e insegurança, bem como proporcionar condições adequadas, como informações e possibilidades distintas de escolha (Zoboli, Sartório, 2006).

Oportunizar aos pacientes diferentes possibilidades de escolha fomenta sua responsabilidade e influencia o exercício da autonomia, sendo um recurso importante a ser utilizado no cuidado em saúde.

A privacidade diz respeito ao domínio privado, contrapondo-se ao público. Os indivíduos podem administrá-la livremente, sem a interferência do Estado, cujo campo de ação diz respeito à esfera pública.

A bioética atual é marcada pela gestão privada do corpo, da sexualidade, da vida e da morte, levando ao um processo de emancipação das pessoas e aos direitos de intimidade e de privacidade.

A intimidade faz parte do ser humano, portanto, há necessidade de respeitá-la. Crenças religiosas, morais, ideológicas, estéticas, políticas, entre outras, são elementos que constituem a intimidade (Gracia, 2010).

No caso de adolescentes e jovens, a confidencialidade de informações define-se como um acordo sobre as informações discutidas na consulta ou na entrevista com o profissional de saúde que não podem ser transmitidas aos pais ou responsáveis sem autorização do adolescente (Saito, Leal, Silva, 1999).

Aspectos relacionados à sexualidade e dependência química são motivo de discordância de revelação de informação entre os adolescentes e geram problemas éticos na relação usuário-profissional da saúde e família, devido, de um lado, à solicitação de sigilo de informações pelos adolescentes e, de outro, a requisição dos pais sobre as informações referentes aos filhos. Nos casos que não envolvam riscos à saúde, os adolescentes devem ser incentivados a relatar eles próprios as informações aos pais.

Estudo realizado com 711 adolescentes universitários sobre o valor da confidencialidade na assistência a sua saúde, a exigência de maior ou menor privacidade dependeu essencialmente do motivo do atendimento. Os universitários reconheceram e aceitaram que as informações obtidas nas consultas fossem comunicadas aos pais quando o próprio paciente dá autorização para que sejam reveladas. Entretanto, as respostas não foram uniformes nos casos de dependência química (Loch, Clotet, Goldim, 2007).

Outra circunstância em que dificilmente é aceita a revelação de informação não autorizada aos pais diz respeito à sexualidade (Loch, Clotet, Goldim, 2007).

Um estudo qualitativo com o objetivo de discutir situações que envolvem a privacidade e o sigilo das informações nas experiências de assistência a mulheres portadoras de HIV/ Aids, realizado por meio de grupo focal com agentes comunitários, auxiliares de Enfermagem e enfermeiros do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo, verificou que as mulheres revelavam seu diagnóstico quando há confiança e vínculo na relação usuário-profissional (Abdalla, Nichiatta, 2008).

Uma investigação qualitativa realizada na Malásia com estudantes de Enfermagem em estágio clínico, a despeito do contexto cultural diferente, identificou alguns temas semelhantes ao encontrados no presente estudo: privacidade e confidencialidade, respeito e dignidade, equidade e justiça (Solum, Maluwa , Severinsson, 2012).

Outras situações provenientes da ética clínica relatadas pelos entrevistados foram: a dimensão técnica do trabalho em saúde, com ou sem o olhar ético, as relações propriamente ditas, permeadas pela (falta) de responsabilidade e respeito entre as equipes, os estudantes, os usuários e suas famílias e também entre os docentes e os estudantes.

Em um estudo qualitativo realizado com docentes enfermeiros em quatro instituições de ensino superior do interior do Estado de São Paulo para verificar suas ações no desenvolvimento da competência nos aspectos ético-políticos demonstrou a valorização da dimensão técnica e uma lacuna no desenvolvimento da dimensão ético-política (Santos, Araújo, 2008).

Para explicar tais resultados, as autoras ponderaram que a formação dos docentes também havia ocorrido no modelo tradicional e tecnicista e que o modelo de gestão e as políticas das instituições de ensino analisados eram conservadores (Santos, Araújo, 2008).

A cisão entre as dimensões técnica e a ético-política acentua tensões internas e revela a “desumanização” e a “despersonalização” dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde, tanto os profissionais quanto os usuários (Schraiber, 1997).

Tratando-se da dimensão técnica que neste estudo compreendeu a categoria empírica *a terapêutica e o cuidado*, especialmente em situações de vulnerabilidade, o imperativo da ética torna-se ainda mais premente.

A palavra vulnerabilidade carrega dois sentidos: o adjetivo *vulnerável* refere-se a grupos específicos de indivíduos, enquanto o substantivo remete à questão comum relacionada à condição humana (Neves, 2007). A vulnerabilidade requer do profissional de saúde o estabelecimento de relações simétricas com o paciente, baseadas na responsabilidade social e na solidariedade. Requer das instituições de saúde, a proteção e o cuidado com todos os cidadãos de forma equitativa.

Os estudantes de Enfermagem devem ser preparados para prestar assistência humanizada, especialmente àqueles em situação de maior vulnerabilidade, dando sentido e significado à humanização e pautando-se valores (Haddad, Zoboli, 2010).

Cabe às instituições de saúde e aos profissionais repensar seus processos de trabalho com o intuito de assegurar o cuidado e a prevenção de agravos, tanto em situações de vulnerabilidade específica, como no exemplo citado, que envolvia um idoso sob cuidados paliativos, quanto a todos os indivíduos por sua própria condição humana.

A Enfermagem é uma prática social e está relacionada com os modos de produção e reprodução na sociedade. Portanto, tem **responsabilidade social** e deve ser compreendida muito além da dimensão técnica-operativa (Zoboli, Sartório, 2008).

Para ser responsável, no sentido de manter um compromisso com a sociedade, a relação do profissional de saúde e o usuário deve ser permeada pela ética. A escuta e o respeito às pessoas como seres humanos, com diferenças culturais, econômicas e sociais, são componentes essenciais para estabelecer relações de confiança com os usuários (Machado, Haddad, Zoboli, 2010).

A mediação da dimensão técnica pela ética deve ser desencadeada pelo profissional de saúde por meio da escuta ativa e da relação de compromisso com o outro, no intuito de construir um vínculo terapêutico. A formação de vínculo e a empatia na relação com o paciente exigem empenho do profissional de saúde, especialmente em se tratando de pacientes denominados “poliqueixosos”.

A humanização, que se refere ao respeito ao outro, tem caráter universal, que é o respeito ao ser humano, e caráter singular, que é o respeito ao indivíduo, ao diferente e ao cidadão (Haddad, Zoboli, 2010). Aceitar a diferença favorece a comunicação dialógica que não tem a intenção de impor os valores e as crenças, mas desencadear um processo de educação em saúde emancipador.

Muitos entrevistados relataram sentimentos negativos como medo, angústia e tensão, o que leva a questionar o quanto as questões éticas estão sendo levadas para a reflexão e discussão. Mas também foram mencionados sentimentos de satisfação e tranquilidade, o que pode implicar que alguns estudantes, docentes e enfermeiros estão engajados em processos de reflexão crítica e discussões participativas que lidam com as situações envolvendo questões éticas de maneira cautelosa e responsável.

Os sentimentos suscitados ao lidar com problemas éticos são passíveis de serem trabalhados por meio de uma atitude ativa frente às emoções, treinando a solidariedade nos momentos em que o outro mostra-se frágil e a compaixão na presença da dor ou do sofrimento (Zoboli, 2010).

Os juízos de valor dos profissionais de saúde podem ser carregados de preconceito. Cabe considerar que todo ser humano é portador de valores e faz juízos de valores: “estéticos (feio ou bonito) éticos (bom ou mau) e lógicos (verdade ou mentira)”, entre outros (Gracia, 2010; Rios, 2008c).

Na ética aplicada à clínica, o reconhecimento dos preconceitos auxilia a compreensão de uma situação mais complexa, tornando-a mais simples (Zoboli, 2010).

A discriminação está relacionada à dignidade da vida humana, sua duração e ao valor da diversidade na sociedade humana (Pessini, Barchifontaine, 2008).

O desrespeito também ocorre com muita frequência na dinâmica do trabalho em equipe. Lidar com ele de forma prescritiva e não problematizadora pode não solucionar esse problema ético cotidiano dos serviços de saúde.

Em um estudo com o objetivo de avaliar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes para a educação e promoção da saúde, a interdisciplinaridade e o gerenciamento pelos métodos do júri e do diagrama da árvore, as atitudes identificadas para o desenvolvimento da interdisciplinaridade foram: o trabalho em equipe, a comunicação e a resolução coletiva dos problemas, como pluralidade de visões, a flexibilidade, a tolerância e a capacidade de ouvir e falar (Saupe et al., 2007).

O trabalho em saúde é extremamente complexo, tanto no que diz respeito às tecnologias propriamente ditas, quanto no que se refere às tecnologias relacionais que foram expressas nos discursos tanto dos estudantes quanto dos docentes e enfermeiros, sob a forma de dificuldades do trabalho em equipe.

As relações multiprofissionais são a base para a produção do cuidado em saúde. Este pode ser organizado por meio da prática comunicativa, com intuito de favorecer a integração dos diversos profissionais, cujo saber especializado tende a separar (Peduzzi, 2007).

Peduzzi (2007) identifica duas tipologias de trabalho em equipe: a equipe integração e a equipe agrupamento. A primeira articula as ações e há interação entre os agentes pela prática comunicativa; os sujeitos envolvidos reconhecem-se mutuamente e há a integração de inúmeras intervenções técnicas. Na segunda, os profissionais estão agrupados e apenas há justaposição de ações técnicas, que continuam fragmentadas.

Entretanto, os valores que prevalecem nas instituições e serviços de saúde são a fragmentação, a hierarquização e a individualização das ações, caracterizando agrupamentos profissionais, ao invés de atuação em equipe (Peduzzi, 2007). Assim, para atingir algum grau de integração na equipe de saúde é necessário que cada indivíduo e todos de forma compartilhada realizem um investimento na articulação das ações.

Todavia, as ações de saúde não se articulam automaticamente. O profissional precisa reconhecer e colocar em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas, referentes ao seu próprio processo de trabalho e às ações executadas pelos demais integrantes da equipe (Peduzzi, 2007). As atitudes e os valores ou princípios constituem a dimensão ética da competência.

A solidariedade é uma atitude ética que é fortalecida na relação com o outro, sendo construída no cotidiano por meio de uma rede apoio. No processo formativo, a solidariedade estimula nos sujeitos o sentimento de pertencer ao grupo, quesito fundamental para o sentimento de liberdade. O grupo, por si só, não é garantia de solidariedade (Fernandes et al.,2008).

As atitudes solidárias associadas à responsabilidade do profissional necessitam permear as relações propriamente ditas. O desenvolvimento da responsabilidade dos estudantes pode ser feito pelo respeito e atitude solidária do docente, como na situação citada de não expor a reprovação acadêmica do estudante diante do grupo, mas sim oportunizar desenvolver a atitude responsável de reconhecer as próprias falhas que não possibilitaram a aprovação durante o estágio curricular.

A noção de responsabilidade é atrelada à de liberdade, uma vez que a liberdade e a responsabilidade são fontes do ato ético, assim como a consciência e os valores. “Alguém só pode ser responsável por seus atos se é livre e tem consciência deles” (Fernandes et al., 2008, p.399).

Cabe questionar qual a responsabilidade docente na formação profissional e como criar oportunidades para o desenvolvimento da responsabilidade social aos estudantes.

Os estudantes que copiam trabalhos, como relatado nas entrevistas, não estão desenvolvendo sua capacidade e o conhecimento sobre determinado assunto.

Estudantes que plagiam trabalhos durante a formação podem até vir ser capazes de desenvolver habilidades técnicas, mas lhes faltará o conhecimento para apoiar a prática (Kenny, 2007).

A falta de verdade dos estudantes evidenciou-se no plágio de trabalho de conclusão de curso e na falsificação da assinatura do docente. O plágio é mais que um desvio de conduta acadêmico, pois envolve integridade e honestidade. É especialmente sério no caso de estudantes que serão introduzidos em uma profissão em que a integridade, a honestidade e a confiança são essenciais para a relação enfermeiro-paciente (Kenny, 2007).

Tendo em vista as implicações que o plágio pode acarretar para a prática profissional, Kenny (2007) recomenda revisões das políticas e procedimentos institucionais e que os educadores de Enfermagem atuem como modelos exemplares de profissionalismo para os estudantes.

No século XXI, as questões éticas precisam ser estendidas para além dos direitos humanos individuais, o que não significa negligenciar a autonomia, a confidencialidade e o consentimento. Porém, para honrar os direitos pessoais, é necessário respeito à vida em comum e compromisso com a justiça e o cuidado (Pessini, Barchifontaine, 2008).

Uma ética aplicada ao contexto macro ou ética da saúde pública, voltada para a sociedade, é uma alternativa para a tradicional ética aplicada ao contexto micro ou ética clínica. Nela a ênfase recai na equidade na alocação de recursos e no acesso aos serviços.

Cabe ressaltar que os relatos de problemas éticos advindos dos princípios e diretrizes do SUS foram mencionados apenas por docentes e enfermeiros colaboradores, o que leva a questionar o quanto e como os estudantes de enfermagem percebem tais questões como problemas éticos.

De acordo com a Lei 8080 de 1990, o SUS tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular. Deve estar organizado para atender as necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades desde o nível da Atenção Básica, até o quaternário. O provimento de cuidados à saúde deve ser independente de origem, classe social, raça/cor dos usuários, evitando qualquer tipo de discriminação. (Brasil, 1990).

A convite da Sociedade Brasileira de Medicina da Família, Gérvas e Fernández (2011), dois médicos espanhóis, realizaram visita de observação e entrevistas em 70 unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no Brasil. Em relatório, analisaram a situação encontrada na maioria dessas unidades e descreveram-na como a “distorção” do direito a saúde, pois “o paciente e suas famílias giram em torno do sistema de saúde, e não o sistema de saúde que gira em torno do paciente e seus familiares”.

Chamaram sua atenção as grandes listas de espera para acesso a especialistas, mesclando casos graves com casos simples, impedindo o atendimento aos mais necessitados.

Os autores colocaram em evidência o fato do Brasil ter ocupado, em 2011, a sétima posição entre as nações no cenário econômico mundial e ter investido em saúde apenas 8,4% do Produto Interno Bruto, sendo 42% de investimento público sanitário, enquanto na Espanha o gasto sanitário público é de 72%, no Japão 81% e na Dinamarca, 85%.

Afirmaram que o Brasil não tem um sistema de saúde universal porque o financiamento público sequer atinge 50% (Gérvás, Fernández, 2011). Para esses autores:

O “bom governo sanitário” se define pelo compromisso de publicação com transparência das contas públicas (receitas e despesas) e da consecução de objetivos ajustados aos valores sociais e sanitários, assim como dos êxitos e resultados em saúde, e pelo acompanhamento dos princípios de ética democrática, fundamentalmente equidade e eficiência (Gervás, Fernández, 2011).

O SUS disponibiliza recursos insuficientes para atender as necessidades da população, em flagrante contradição com seus princípios estruturantes, que incluem garantir acesso universal e equitativo a toda população do Brasil (Paim et al., 2011).

A insuficiência de recursos materiais e medicamentos para a execução do trabalho em saúde pode gerar problemas éticos. No excerto de uma estudante o problema ético extrapolou o campo de atuação profissional, por se tratar de aspecto referente à organização do sistema de saúde.

Em um estudo realizado com médicos e enfermeiros hospitalares no Canadá com o objetivo de identificar problemas éticos demonstrou que os conflitos tinham como foco central o respeito entre os que prestam e os que recebem o cuidado. Médicos e enfermeiros fizeram menção aos mesmos temas: falta de respeito para com os profissionais; recursos insuficientes ou escassos, com impactos sobre a vida e o cuidado ao paciente, falta de transparência ou abertura da organização e administração do tipo *turning a blind eye* (Gaudine et al., 2011).

Também são poucos os investimentos na integração entre a Atenção Básica com os outros níveis de assistência. A atenção especializada é deficitária, uma vez que muitas vezes depende de contratos com serviços privados, especialmente nos casos de diagnóstico e terapêutica, acarretando em acesso desigual (Paim et al., 2011).

Para enfrentar a escassez de recursos, o Estado estabelece prioridades, o que significa dar a assistência a quem mais necessita, segundo o princípio da equidade, utilizado para alocação de recursos.

Equidade em saúde é atualmente mais entendida como aceitando, não a igualdade, mas sim a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessidades diferenciadas. Assim, uma noção guiada pela equidade deveria proporcionar a cada pessoa a satisfação de suas necessidades, que são diferenciadas. Equidade pode ser considerada como a cada um conforme sua necessidade (Fortes, 2008, p.699).

Os investimentos sanitários públicos brasileiro são baixos quando comparados aos países da Europa ou o Japão, por exemplo (Gérvas, Fernández, 2011). Ademais, as discussões sanitárias no Brasil também devem abarcar a responsabilidade pública, ou seja, a priorização de recursos públicos pelo Estado, atendendo as necessidades dos que mais precisam, segundo o princípio da equidade (Garrafa, Oselka, Diniz, 1997). Entretanto, na alocação dos recursos, os agentes públicos com frequência lançam mão do princípio utilitarista de maximizar o número de benefícios para o maior número de pessoas, a ele subsumindo o princípio da equidade (Fortes, 2008).

O Sistema de Saúde Brasileiro tampouco conta com mecanismos de regulação eficientes para o sistema de referência e contra-referência. Dessa forma, os pacientes têm probabilidades diferentes de acesso aos serviços. Moradores de municípios mais pobres têm menores chances de internação que os de municípios mais ricos, o que requer políticas de regionalização e redução das desigualdades de acesso (Paim et al., 2011).

Em relação às diretrizes do SUS, especialmente no que tange ao sistema de referência e contra-referência, o estabelecimento de parcerias entre os gestores municipais é um recurso para lidar com os problemas éticos advindos dos encaminhamentos inadequados de pacientes.

Para além dos investimentos financeiros, foram identificados outros desafios na Atenção Básica, como a observância do princípio da integralidade da assistência.

Nas Unidades Saúde da Família, a ênfase na visão preventiva acarreta escassa atividade clínica curativa e encaminhamento excessivo a especialistas e a serviços de urgência, além de longas listas de espera (Gérvas, Fernández, 2011).

A integralidade deve ser colocada nos centros das reflexões das práticas das equipes de saúde e sua gerência, uma vez que não acontece em um único espaço, mas sim depende de um esforço intersetorial para melhorar e prolongar a vida (Fracolli et al., 2011).

Na assistência integral e humana às necessidades da população, a qualidade da relação profissional/usuário/família é fundamental. Essa relação é formada por respeito e vínculo, o que requer mudança de comportamento e atitude (Haddad, Zoboli, 2010). Olhada na perspectiva do sistema de saúde, a integralidade do cuidado assume um caráter transversal.

Na atenção hospitalar, por exemplo, a integralidade pode ser visualizada tanto **no** hospital e quanto **a partir do** hospital. A primeira diz respeito ao atendimento no próprio hospital e ao cuidado que ocorrerá se houver a articulação da prática dos profissionais envolvidos, sendo que o grau de integralidade é resultado dessa articulação. Já a integralidade a partir do hospital compreende como o hospital está inserido no “sistema de saúde” e cada indivíduo necessita de cuidados que pode percorrer vários serviços de saúde (Cecílio, Merhy, 2003).

Contudo, o grande desafio para os enfermeiros é a visão de integralidade centrada na organização das redes de cuidado, a partir da Atenção Básica, identificando o sistema macro da organização da assistência à saúde e sua relação com os demais níveis do sistema (Fracolli et al., 2011).

A integralidade do cuidado tem origem do **pensamento integral, investigativo e reflexivo**, que busca articular a teoria e a prática, a prática e a teoria, identificando formas diferentes de questionar a realidade sob o olhar ético. Já integralidade das redes de serviços do Sistema Único de Saúde é um desafio à gestão, uma vez que nenhum nível de atenção detém todos os recursos e competência para atender as diversas demandas.

A Atenção Básica é o ponto de interseção das redes de serviços e ações de saúde, constituindo a porta de entrada, e deve organizar o cuidado de forma a propiciar sua integração com outras instâncias e a continuidade do acesso a depender das necessidades de saúde (Giovanella et al., 2009).

Os princípios de equidade, responsabilidade individual e pública, associados ao da justiça, culminam no direito à saúde, que não é apenas o direito à assistência (Garrafa, Oselka, Diniz, 1997).

A garantia de acesso e de resposta às necessidades de saúde propicia a criação de uma relação de vínculo entre o profissional de saúde e usuário, que deve ser calcada na ética. Uma ética formada não apenas por um *ethos* individualista (privacidade, autonomia, consentimento informado),

mas também um *ethos* comunitário (solidariedade e equidade) (Pessini, Barchifontaine, 2008).

Dessa forma, a ética individual deve ser complementada com a ética social, no sentido do compromisso com a sociedade, aproximando os aspectos intrasubjetivos e intersubjetivos, uma vez que a relação ética com outros acontece a partir da ética individual. Portanto, a busca da felicidade deve ser complementada pela busca da justiça (Cortina, 2003).

Quanto mais a sociedade passa a ser regulada juridicamente, menor a autonomia do indivíduo e as decisões são restritas à heteronomia. A existência da lei não garante uma sociedade justa por diversas razões, entre elas: as leis jurídicas não abarcam a totalidade dos direitos que são contemplados em uma moral cívica, as reformas legais são morosas, a lei não considera a particularidade de determinados casos; as pessoas, em especial as que detém o poder, podem minimizar os efeitos das leis e manipulá-las (Cortina, 2003).

Em alguns dos depoimentos aqui descritos, a ética foi reduzida ao cumprimento da lei, da norma, principalmente, nas falas dos estudantes de Enfermagem.

Quando o que deve ser realizado é determinado por instâncias exteriores, pela vontade do usuário ou pelas rotinas administrativas, a ação profissional é reduzida ao dever, em uma atitude heterônoma que Zoboli (2010) denomina “a falácia da bioética”.

O comportamento ético é consequência da internalização de princípios ou valores. De acordo com a Teoria do Desenvolvimento Moral de Kohlberg, durante a formação profissional, os estudantes estão em diferentes estágios ou mesmo em diferentes níveis de desenvolvimento do julgamento moral e podem progredir para estágios ou níveis mais elevados, rumo à tomada de decisões éticas conscientes, não influenciadas por normas e determinações externas, mas sim por valores e princípios éticos próprios.

Um estudo quantitativo que examinou os efeitos do ensino de ética sobre o julgamento moral dos estudantes do primeiro e do último ano de Enfermagem da Finlândia, baseado na teoria de Kohlberg, verificou que a educação de ética em Enfermagem pode ter um efeito no julgamento moral dos estudantes e que os alunos do último ano mostraram um julgamento moral mais elevado do que os do primeiro ano (Auvinen et al., 2004).

Há, entretanto, estudos sobre o desenvolvimento moral de estudantes de Medicina que demonstram pouca progressão na maturidade moral, sendo que alguns apresentam até mesmo regressão de seus valores. Branch (2000) formula a hipótese de que os estudantes suprimem seus princípios devido à pressão que sofrem dos membros da equipe.

Para humanizar as relações interpessoais, na dimensão atitudinal, a boa vontade é necessária, mas não é suficiente. Uma atitude fundamental para a humanização é a maturidade psicológica e humana.

Pessoas com personalidades maduras são aquelas que não têm muita dificuldade para reconhecer seus próprios erros, estão abertas aos demais e têm boa vontade para aprender com os outros, sabem escutar, buscam a compreensão de seus próprios limites e aceitam e respeitam a opinião dos outros (Gracia, 2010).

O profissional e o estudante da área de saúde deve se aproximar do usuário de uma forma equilibrada, proporcionando-lhe confiança, sem, contudo, ultrapassar os limites que impeçam suas decisões (Zoboli, 2010). A aproximação com os usuários permite conhecer suas necessidades de saúde e de qualidade de vida de forma integral, estabelecendo relações de cuidado e de solidariedade.

A profissão do enfermeiro é uma prática social e tem um importante papel de intervenção na realidade social desde que haja compreensão crítica dessa realidade. Estudantes de Enfermagem precisam de oportunidades para refletir sobre os valores e as normas profissionais próprios dos contextos culturais, de modo a torná-los relevantes para a prática clínica. Os modelos de profissionais que demonstrem valores e respeitem os direitos dos pacientes são necessários para que os estudantes possam aprender a enfrentar desafios éticos da prática clínica (Solum, Maluwa, Severinsson, 2012).

O estudante precisa aprender a discernir sobre o que ele pode mudar e no que ele precisa da colaboração dos outros profissionais, do serviço ou da organização do sistema de saúde.

O docente tem papel fundamental nesse processo de reflexão crítica sobre a realidade. Precisa deixar clara a distinção entre a ação e a prática profissional institucionalizada para a construção do conhecimento no estágio curricular supervisionado (Pimenta, Lima, 2006).

As ações do profissional constituem sua prática que, por sua vez, está inserida dentro de padrões de uma determinada instituição. Cabe a docentes e estudantes distinguirem suas ações das práticas institucionalizadas, sem cair em um “criticismo” vazio, em que os estagiários classificam os profissionais como tradicionais e autoritários, provocando um distanciamento entre a universidade e os serviços (Pimenta, Lima, 2006).

Para o desenvolvimento das atividades e ações profissionais é necessário utilizar técnicas e desenvolver habilidades específicas. Contudo, as habilidades não são suficientes para a resolução dos problemas, nem das situações complexas (Pimenta, Lima, 2006).

Apropriar-se da realidade com envolvimento é uma atitude requerida dos docentes, assim como a intencionalidade compartilhada com outros docentes e estagiários, para analisar e questionar criticamente o trabalho em saúde, à luz das teorias. O estágio não é meramente prática: é atividade teórica de conhecimento, fundamentação, diálogo e intervenção da realidade (Pimenta, Lima, 2006).

Em um estudo realizado na Turquia com estudantes de graduação em Enfermagem avaliando dispositivos de pensamento crítico comparou dois

programas de educação: um baseado na problematização e outro, no programa tradicional (Ozturk, Muslu, Dicle, 2008).

Os resultados não demonstraram diferenças significativas entre os dois programas. Contudo, evidenciaram que a natureza ativa e autodirigida do método baseado em problemas encoraja os estudantes a pensar criticamente, ser tolerante com as ideias dos outros e avaliar informações conflituosas antes de alcançar as conclusões (Ozturk, Muslu, Dicle, 2008).

A problematização é um método bastante utilizado no processo de ensino e aprendizagem dos estudantes de Enfermagem, que proporciona o exercício de reflexão crítica sobre a realidade. Em consequência, muitos relatos dos estudantes apontaram que a reflexão crítica é um recurso para a formação de atitudes e valores para atuação em saúde.

A mediação pelo docente é feita pelo diálogo. O diálogo é um encontro de sujeitos, fundamentado pelo pensamento crítico, que reconhece a solidariedade, tecendo uma relação horizontal em que a confiança no sujeito é consequência do amor, da humildade e da fé no ser humano. A ação educativa e política não pode ocorrer sem o conhecimento crítico da realidade e o diálogo sobre as diferentes visões de mundo (Freire, 2005).

O pensamento crítico e reflexivo e integral pode ser apreendido pelos estudantes por meio de ferramentas de ensino e aprendizagem: discussão em pequenos grupos, portfólio reflexivo, descrição narrativa, técnica de se colocar no lugar do outro (empatia) e docente mediador.

A discussão em pequenos grupos é uma intervenção educacional que pode influenciar positivamente no processo de formação de valores relacionados à empatia, o cuidado e o ser compassivo (Branch, 2000).

Além do ensino da ética em pequenos grupos é necessário desenvolver líderes de opinião em ética, uma vez que o objetivo final da ética é alterar a prática (Singer, Pellegrino, Siegler, 2001).

Relatos de experiência produzidos por meio da escrita podem compor um diário de campo ou um portfólio reflexivo. Um diário escrito envolve elementos de reflexão e registra as experiências significativas tão logo quanto possível. Também pode ser útil incluir, além da descrição da ação, questões como: como você sentiu com a experiência? Foi boa ou ruim? O que você aprendeu com ela? Alguma coisa poderia ter sido feita de maneira diferente? (Duncan, 2007).

A distinção entre o diário de campo e o portfólio reflexivo é que este último é uma atividade realizada com menos imediatismo, que propicia ao estudante a oportunidade de construir uma resposta à experiência e analisá-la em profundidade, além de lhe dar a chance de uma avaliação mais sistemática, integrando teoria e prática para o entendimento do que e por quê aconteceu (Duncan, 2007).

A narrativa escrita é outra alternativa utilizada para promover a reflexão e o aumento da autoconsciência.

Para determinar o impacto da narrativa escrita sobre a reflexão, Levine, Kem e Wright (2008) realizaram uma pesquisa qualitativa que envolveu 32 estagiários de nove programas de residência médica, acompanhados ao longo de um ano. A cada oito semanas, os estagiários escreveram narrativas sobre suas experiências. A estratégia mostrou-se útil e, nesse estudo em particular, em que estagiários foram incentivados a repensar seus valores essenciais e prioridades, alguns demonstraram que o exercício de escrever sobre experiências difíceis promove maior autoconsciência e induz à reflexão.

O desenvolvimento da dimensão ética da competência em um currículo integrado e por competência, com processos de ensino e aprendizagem ativos, aprendizagem baseada em problemas e problematização do contexto real vivenciado nos estágios curriculares favorece a compreensão da ética como instrumento problematizador da prática profissional, da organização e do sistema de saúde vigente, superando o formalismo moral, que diz respeito às normas e códigos de conduta profissional.

A relação dialógica e reflexiva entre a academia e os serviços de saúde nos espaços de supervisão dos estágios curriculares supervisionados nas instituições de saúde e nos encontros de educação permanente na universidade contribuíram para o desenvolvimento da dimensão ética da competência. Portanto, demonstrou um espaço de integração e superação da dicotomia entre ensino e serviço.

Cabe ressaltar a necessidade de um esforço dos docentes em conjunto com os estudantes e os enfermeiros dos serviços no sentido de aprofundar as discussões e as reflexões sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes na perspectiva da ética.

A incorporação de valores no processo de ensino e aprendizagem no campo da saúde torna o cuidado humano e o desenvolvimento de valores pode ser feito utilizando recursos nas três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes.

A capacidade de educadores de Enfermagem para favorecer o desenvolvimento das habilidades de empatia dos estudantes tem sido objeto de vários estudos, com resultados variados. Uma revisão sistemática do *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de verificar as evidências sobre a formação de empatia em cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, selecionou 17 estudos, concluindo que diversos aspectos podem influenciar a educação da empatia, entre eles o gênero e os valores culturais (Brunero, Lamont, Coates, 2010).

A habilidade de exercer a empatia pode ser aprimorada em modelos de educação mais promissores, a partir das experiências dos estudantes (Brunero, Lamont, Coates, 2010). A empatia auxilia a compreensão da realidade do outro, o contexto social, econômico, cultural e econômico e conseqüentemente auxilia a compreender as atitudes e o modo de viver e conviver do indivíduo frente ao processo saúde e doença.

O modelo do exemplo é outro método frequentemente citado para ensinar aos estudantes o comportamento ético de acordo com os padrões profissionais. Os exemplos dos membros da equipe influenciam mais fortemente o comportamento ético que as relações positivas estabelecidas com os estudantes. Outro princípio educacional para efetividade do modelo do exemplo inclui estabelecer objetivos de aprendizagem mútuos; permitindo ao professor destacar comportamentos que estão sendo modelos e promover *feedback* (Branch, 2000)

O currículo informal também exerce grande influência na formação ética dos estudantes. Profissionais de saúde que ocupam posições influentes e que não têm atitudes de respeito aos pacientes prejudicam a educação ética dos estudantes de uma forma que nenhum programa acadêmico de educação ética pode superar (Singer, Pellegrino, Siegler, 2001).

O currículo oculto na educação profissional socializa o comportamento e a prática profissional aos estudantes. Portanto, é importante compreender a influência do currículo oculto sobre o aprendizado dos estudantes nos sistemas de saúde com o intuito de integrar os valores acadêmicos com os da prática profissional (Allan, Smith, O' Driscoll, 2011).

Uma investigação realizada em duas instituições de ensino de Porto Alegre, com docentes do Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina, e que buscou a compreensão sobre a questão ético-moral na formação do discente, identificou nos discursos o docente como referência para a

formação ético-moral do discente por meio do modelo do exemplo, o que implica que as ações do docente devem ser coerentes com seu modo de pensar (Caregnato, 2008).

Para apoiar e melhorar as atividades do modelo de exemplos são necessárias atividades adicionais como promover *feedbacks* na educação moral e favorecer a reflexão crítica comprometida com a formação, criar oportunidades para o estudantes participar de discussões reflexivas em pequenos grupos, nos quais os valores e atitudes podem ser esclarecidos, e o buscar o apoio dos pares para lidar com dificuldades em decisões éticas (Branch, 2000).

A imitação, a observação, a reprodução e às vezes a reelaboração de modelos existentes podem ser uma maneira de aprender a fazer uma ação. A prática de uma profissão pode ser apreendida por imitação ou por meio de análise crítica do modo de ser dos profissionais (Pimenta, Lima, 2006).

Em um estudo transversal realizado em 2005 em um hospital da Espanha, com o objetivo de avaliar o conhecimento, a percepção e o nível de formação dos profissionais sobre vários aspectos bioéticos, detectou um déficit de conhecimentos e percepção sobre problemas éticos pela equipe de saúde, concluindo pela necessidade da formação inicial e continuada dos profissionais em temas de bioética (Zabala-Blanco et al., 2007).

A ética, os valores e a moral são construídos pelo indivíduo ao longo do seu desenvolvimento a partir das experiências vivenciadas e

observações. “Etimologicamente, valor provém do latim *valere*, ou seja, que tem valor, custo”. Esse conceito muitas vezes é confundido com a preferência na escolha de um objeto (Cohen, Segre, 2002, p.19).

O desenvolvimento da dimensão ética está atrelado ao desenvolvimento moral, psicológico e humano do indivíduo. Uma pessoa é considerada ética se possui maturidade emocional, harmonia interior para gerenciar os conflitos emocionais e capacidade de adaptação às situações e frustrações do dia-a-dia. Quanto maior a maturidade psicológica, melhor o aprendizado da ética (Cohen, Segre, 2002).

Bioética é um neologismo utilizado em 1970 por Van Rensselaer Potter, pesquisador e pioneiro nos estudos sobre bioética, em um artigo científico intitulado *Bioethics: science of survival* e, posteriormente, em seu livro *Bioethics: bridge to the future*. Para Potter, a bioética é uma ponte entre a ética e a ciência biológica (Pessini, Barchifontaine, 2008). A ética, própria da filosofia, está inserida na bioética, a qual trata dos assuntos relacionados à vida e, conseqüentemente, à morte (Cohen, Segre, 2002).

A bioética é definida por Schramm, Anjos e Zoboli (2007,p.43-44) como “o conjunto de ferramentas conceituais, metodológicas e práticas, aplicadas – direta ou indiretamente – ao atos humanos que têm, ou podem ter, efeitos significativos e/ou irreversíveis sobre os sistemas vivos”. É um “saber fazer” interdisciplinar e transdisciplinar.

A década de 90 do século XX marcou o início da Bioética no Brasil e

sua relação com a saúde pública, em um contexto de pobreza, desamparo social e omissão do Estado. A origem no Brasil deveu-se em grande parte ao processo de redemocratização do país na década de 70 e 80 e à formulação do SUS (Schramm, Anjos, Zoboli, 2007).

A bioética aplicada à saúde pública é um campo constituído por tensões, uma vez que universalizar o acesso à assistência à saúde gera a exclusão de determinados grupos. Como alternativa para essa circunstância, a bioética deve se voltar para o “*empowerment*” da população, aliando-se a políticas sanitárias de justiça (Schramm, Anjos, Zoboli, 2007).

Na atualidade, a bioética readquiriu um sentido global, envolvendo desde as profissões até as políticas sociais e de saúde. Entretanto, seu componente essencial é a ética, o que significa que está baseada em uma concepção filosófica. Dessa forma, ao nos referirmos à bioética estamos nos referindo à ética e sua relação com os aspectos da vida e da saúde. (Pellegrino, 1999).

Siqueira (2008) considera que há três modelos de educação em bioética: normativo ou deontológico, pragmático e deliberativo. Na área da saúde, o ensino da bioética é predominantemente feito na disciplina de Deontologia. Os professores transmitem aos estudantes as normas legais e o dever de obedecê-las. Trata-se do **modelo normativo ou deontológico** (Siqueira, 2008).

A distinção entre a ética e a deontologia é que a última se refere à ciência dos deveres, sendo constituída por normas que determinam o comportamento dos indivíduos, denominada de “ética profissional” (Fortes, 1998).

A apreensão acrítica do código de normas da profissão tem como consequência à estagnação do desenvolvimento moral dos estudantes, tornando tanto os profissionais como os pacientes em vítimas de normas legais. Esse modelo não é adequado para desenvolver a capacidade moral dos estudantes, pois, além de restrito, não acompanha a evolução dos costumes sociais e não abarca o pluralismo moral (Siqueira, 2008).

O modelo deontológico de educação ética não torna os estudantes aptos a tomar decisões frente aos problemas morais. Fazendo uma analogia com os níveis da Teoria do Desenvolvimento Moral de Kohlberg, pode-se dizer que não lhes é dada a oportunidade de sair do nível convencional do julgamento moral.

Entretanto, esse modelo ainda é bastante presente nas instituições formadoras em saúde, em detrimento da reflexão ética. Há diversas críticas à deontologia, especialmente pela imposição unilateral (Fortes, 1998).

**No modelo pragmático**, a tomada de decisão é calcada na preferência dos sujeitos em decorrência de sua autonomia e dos benefícios que podem auferir, segundo suas concepções morais. Privilegia a visão individualista e está voltado para a resolução de microproblemas. Baseado

na ética principialista, apoia-se em quatro princípios: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, denominados princípios *prima facie* (Siqueira, 2008).

O enfoque principialista é bastante difundido. Foi proposto por Tom Beauchamp e James Childress na obra clássica *Princípios da Ética Biomédica*, cuja primeira edição data de 1979 e que faz referência aos princípios a não maleficência, beneficência, justiça e autonomia (Pessini, Barchifontaine, 2008). O princípio da não maleficência tem origem na ética médica e caracteriza-se pela obrigação de não causar danos, não apenas físicos, mas também psíquicos, morais ou outros tipos de prejuízos. A beneficência é entendida como fazer o bem, aumentar os benefícios.

O princípio da justiça refere-se à distribuição equitativa social. Trata-se de um princípio relevante para a saúde pública. A autonomia é a capacidade do ser humano decidir o que é bom, conforme suas crenças, valores, expectativas, necessidades e prioridades. Não há hierarquia entre os quatro princípios, que são escolhidos para orientar a ação a depender do contexto no qual ocorre o conflito ético (Pessini, Barchifontaine, 2008).

Diego Gracia contesta a falta de hierarquia e defende a priorização dos princípios de não maleficência e justiça frente aos de beneficência e autonomia, por considerar que o dever de não causar danos é superior ao de promover benefícios. Para ele, os deveres públicos de não maleficência e justiça, juntamente com os deveres privados de beneficência e autonomia, constituem a ética da convivência pública (Gracia, 2010).

Entretanto, determinados problemas da bioética não encontram soluções satisfatórias nos quatro princípios. Siqueira (2008) considera, inclusive, que a utilização dos princípios característicos da educação baseada na ética pragmática, sem a devida fundamentação, pode levar a atitudes pouco prudentes.

O **modelo deliberativo** foca na relação dialógica entre os sujeitos envolvidos em um problema ético, respeitando todos os argumentos dos envolvidos para tomadas de decisões prudentes e razoáveis, não deixando de considerar as normas e as soluções práticas. Reflete sobre as condutas face aos problemas morais, considerando sempre os valores, as crenças e a cultura dos indivíduos (Siqueira, 2008).

O modelo deontológico submete a tomada de decisão às normas e regras; o principialista ou pragmático está focado na vontade do sujeito e não considera os fundamentos no processo de tomada de decisão (Siqueira, 2009). O modelo deliberativo distancia-se de ambos à medida que a deliberação é feita de forma que todos os envolvidos na situação participem como protagonistas do processo de tomada de decisão.

Nele resposta aos problemas éticos não está focada somente em normas legais, como no modelo deontológico e tampouco está centrada em um único indivíduo, como no modelo pragmático (Siqueira, 2008).

A alternativa para o ensino da ética clínica baseada na deontologia é a deliberação, que é um processo razoável de ponderação (Gracia, 2001). É

*prudente* a decisão tomada após longa discussão. A prudência e a cautela, associadas à reflexão crítica e à discussão são ferramentas que favorecem o desenvolvimento da dimensão ética da competência profissional.

Sempre que possível, a deliberação deve ser feita de forma coletiva. O processo de deliberação requer escuta atenciosa, vontade de compreender a situação e análise dos argumentos e dos valores sobre os cursos de ação possíveis (Gracia, 2001).

O debate e a reflexão também são os métodos de aprendizagem mais apropriados à deliberação moral (Siqueira, 2008). A necessidade de deliberação racional e responsável evita reduzir a tomada de decisões a dois polos, um positivo e outro negativo, o que provoca situações dilemáticas.

A participação de todos os envolvidos em uma deliberação de problemas práticos resulta em decisões prudentes, ou seja, que não são certas ou exclusivas, mas que fomentam a responsabilidade (Gracia, 2010). Problemas éticos reduzidos a situações dilemáticas, ou seja, opostas, do tipo “ou aceito ou nego”, provocam angústia. Todos os valores, as circunstâncias, os princípios e as consequências da situação devem ser avaliados, o que possibilita pensar em vários cursos de ação.

Os melhores cursos de ação não são extremistas, mas próximos do meio (Gracia, 2001). A partir do momento que o profissional trata as situações problemáticas como dilemáticas, forçando a decisão para um dos extremos, a situação passa a ter um “peso” muito maior. Uma decisão

prudente, ancorada na concepção socrática que recorre aos processos interativos e participativos, reconhecendo todas as variáveis do problema, requer ouvir todos os envolvidos e participar do processo deliberativo de forma dialógica.

Segundo Diego Gracia (2001, p.24), os passos a serem seguidos para a deliberação prudente acerca de um problema ético são:

apresentação do caso pela pessoa responsável pela tomada de decisão, discussão sobre os aspectos médicos referentes à história, identificação dos problemas morais que apresenta, eleição pela pessoa das preocupações morais que se quer discutir, identificação de possíveis cursos de ação, deliberação do curso de ação ideal e decisão final.

A qualidade ética de um curso de ação deve ser avaliada em dois momentos: contrastando com os princípios envolvidos e as consequências possíveis (Gracia, 2001). A deliberação e o cuidado são comportamentos éticos que na maioria das vezes exigem um esforço pessoal, enfatiza Zoboli (2010). É por isso que o “exercício virtuoso” precisa ser encorajado, com intuito de que renove diariamente na prática em saúde (Zoboli, 2010).

Para um estudante apreender as virtudes é necessário conviver com aquele que as ensina e exercitá-las por meio de treinamento intenso o suficiente para assegurar que não serão perdidas. A virtude motiva os profissionais de saúde e aqueles que ainda estão em formação a

compreender os sentimentos e os valores envolvidos na experiência (Zoboli, 2010).

Situações que envolvem conflitos de valores e de normas sociais geram tensões para os profissionais que não respondem a essas dificuldades sustentados exclusivamente por protocolos ou outras ferramentas que direcionam a ação (Oliveira, Ayres, Zoboli, 2011).

A reflexão é um retorno do pensamento para um fato, uma ideia, uma vivência ou certo objeto com a pretensão de visualizá-lo de outra maneira. Requer análise minuciosa e distanciamento (Rios, 2008a). Para Schön (2000), o distanciamento da ação permite analisá-la e realizar mudanças em ações futuras.

A reflexão ocorre quando há necessidade de enfrentar problemas. Não necessariamente é caracterizada pela dificuldade e pela complexidade, e sim pela busca pela sabedoria, que não se encontra no campo do senso-comum, mas na atitude crítica, de ver com clareza, profundidade e abrangência a realidade e nossas relações.

Para ver claro é necessário buscar a clareza, eliminando as armadilhas que atrapalham o olhar; ver fundo requer procurar os fundamentos sobre o objeto que se investiga, e ver largo demanda considerar o contexto e seus determinantes, confrontando diversos pontos de vista (Rios, 2008a).

A coragem e a humildade são qualidades necessárias para a atitude crítica, uma vez que para questionar o que está posto é preciso ter coragem e ao mesmo tempo humildade para reconhecer que não sabemos tudo. A atitude crítica reconhece que há vários pontos de vista e que a realidade não é singular (Rios, 2008a). O pensar crítico que capta a realidade como um processo dinâmico, o tempo todo em movimento, em oposição ao pensar ingênuo, em que o tempo é estático e normalizado e o sujeito acomoda-se em suas convicções (Freire, 2005).

As instituições de ensino devem se preocupar com a formação inicial ética de seus estudantes. A Universidade necessita fomentar mudanças tanto na evolução tecnológica quanto dos valores humanos, possibilitando questionamentos frente ao novo (Saito, Leal, Silva, 1999).

A ação das instituições formadoras precisa ser direcionada para melhorar as condições sociais e de saúde da população, pois a escola é um espaço que proporciona uma visão crítica, holística e dialética dos problemas de saúde (Pessini, Barchifontaine, 2008).

A educação problematizadora é genuinamente reflexiva e permite aos estudantes apropriar-se da realidade. Estimular a criatividade e a problematização da realidade é o grande desafio do professor. Quanto mais bem sucedido nessa tarefa, mais a compreensão dos educandos tornar-se-á crítica e não alienada (Freire, 2005).

Nesse tipo de educação, o educador é o grande facilitador da

aprendizagem e não mero transmissor de conhecimento para serem guardados e arquivados pelos estudantes. Nessa perspectiva, os educandos passam de objetos a serem sujeitos do processo de ensino e aprendizagem, que é baseado na problematização e na dialogicidade (Freire, 2005).

A educação moral é aquela em que os valores são percebidos e apreciados. Na educação de seres autônomos, os educadores passam os valores que nos tornam seres humanos e é a partir da apreciação desses valores que o estudante poderá elaborar seus próprios (Cortina, 2003).

Neste estudo, o Estágio Curricular Supervisionado revelou-se um espaço privilegiado de integração e desenvolvimento das dimensões técnica, estética, política e, em especial, a ética.

Os discursos apontaram por um lado falácias da ética/bioética, uma ética prescritiva e normativa e, por outro, ética reflexiva, participativa, discutida e prudente. Para superar as falácias da ética, é necessário incentivar a reflexão crítica sobre as atitudes, os valores e as normas, assim como favorecer a consciência sobre a influência dos modelos de exemplo para a formação de atitudes e valores.

O único modo de produzir um diferencial no currículo é analisar os atributos subjacentes à competência. O desempenho é a convergência de vários quesitos que constituem a competência, que é um saber interiorizado que permite enfrentar situações com responsabilidade e iniciativa, orientada por uma inteligência prática. A contextualização do conhecimento é uma

estratégia importante para atribuir significados às práticas em saúde, que se origina no currículo prescrito e se concretiza no currículo real (Ramos, 2001).

Embora o termo competência tenha origem a Psicologia cognitiva, que considera o aprendizado individual, sem necessariamente articulá-lo ao contexto, ao tempo e ao espaço, vinculado, portanto, a uma cultura educacional e um sistema de saúde individualista, é preciso instaurar o discurso coletivo da competência, incluindo o sistema organizacional e social para a natureza do cuidado em saúde (Lingard, 2009).

A competência, assim como a qualidade, necessita de ser construída coletivamente, pois envolve valores que tem caráter universal (Rios, 2008).

Daí a fundamental importância da dimensão ética ser a mediadora de todas as demais dimensões da competência que, tal como o aprendizado, concretiza-se em um contexto social.

O aprendizado é construído socialmente por participação e interação social, portanto, recebe influência do contexto social, organizacional e físico. No desempenho da equipe, a competência passa a ser a união do conhecimento produzido em equipe e não a reprodução de informações. Então, as partes influenciam o todo (Lingard, 2009).

No contexto do cuidado, o aprendizado da ética clínica é mais efetivo. Docentes e preceptores devem ter habilidades para explorar ao máximo os momentos de cuidado que propiciam o ensino de ética. O ensino de ética

clínica formal precisa ser apoiado ao ensino de ética na “cabeceira” dos pacientes. (Singer, Pellegrino, Siegler, 2001).

Devido à grande complexidade e desafio em ensinar ética, os cursos da área da saúde dão prioridade à dimensão técnica. Entretanto, as aulas teóricas tradicionais não são satisfatórias para o ensino de ética, uma vez que muitas questões éticas enfocadas não são direcionadas à prática cotidiana que o profissional irá exercer no futuro (Siqueira, 2008).

Dentre as situações complexas enfrentadas na prática profissional, muitas não dependem apenas de habilidades e conhecimentos. É por isso que o domínio de certas habilidades não caracteriza o indivíduo como competente.

O profissional que se reduz somente ao aspecto prático da profissão em geral assume posturas dicotômicas em relação à teoria e à prática, revelando falhas em sua formação profissional. “A prática pela prática e o emprego de técnicas sem a *devida reflexão* pode reforçar a ilusão de que há uma prática sem teoria ou de uma teoria desvinculada da prática” (Pimenta, Lima, 2006, p.9).

A inserção ou retirada de disciplinas de ética ou alterações de carga horária dos currículos dos cursos da área da saúde restringe-se apenas em mudanças programáticas, não alterando o paradigma, o que é fundamental (Siqueira, 2008).

A ética é uma disciplina voltada à reflexão sobre valores, princípios e comportamento moral. Suscita a reflexão, no sentido de buscar interpretar, discutir e problematizar. Assim, não pode ser confundida com as normas jurídicas. A primeira depende da decisão individual em harmonia com os interesses coletivos, e a segunda é obrigatória e única (Fortes, 1998).

Para as normas jurídicas não cabem questionamentos, reflexões e discussões porque já são dadas e devem ser cumpridas. Da mesma forma, as normas deontológicas. Mas será que tais normas jurídicas ou normas deontológicas fornecem respostas aos problemas éticos? Se limitada a deveres e obrigações, a ética fica reduzida à moral e não favorece a reflexão crítica, o debate e a tomada de decisão responsável do estudante.

Cursos de ética podem ensinar conhecimentos e habilidades específicas para os assuntos clínicos e podem até mesmo inspirar alguns estudantes, mas somente esta aprendizagem não é suficiente para lidar de forma satisfatória com o desenvolvimento das atitudes (Sulmasy, 2000).

Para o aprendizado da ética, é necessária a vivência de situações durante a formação inicial, de modo a permitir aos futuros profissionais agir melhor no futuro e evitar reproduzir exemplos não condizentes com a ética. A reelaboração de um modelo de ação próprio, por meio da autoanálise crítica, é indicativo de maturidade na dimensão ética. O estudante copia o que é bom não simplesmente por modismo, imposição ou porque está culturalmente instituído, mas porque incorpora determinados valores por meio de uma escolha refletida.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve o propósito de contribuir para o processo de ensino e aprendizagem da dimensão ética, partindo do relato de problemas vivenciados nos estágios curriculares supervisionados em um currículo integrado e por competência.

A partir do relato desses problemas foi possível abordar o aprendizado diante da situação, os sentimentos relacionados e a formação de atitudes e valores em saúde, culminando nas sugestões para o aprimoramento institucional nos aspectos relacionados a competência profissional, em especial a dimensão ética.

O currículo integrado que utiliza a problematização proporciona a reflexão crítica sobre a prática profissional, o serviço e o sistema de saúde. Favorece, portanto, o desenvolvimento de uma postura questionadora, o que pode auxiliar a reflexão crítica sobre as regras, as normas jurídicas e administrativas dos serviços de saúde, as políticas de saúde e suas implicações para a justiça e de bem comum.

Na formação inicial, a formação dos valores é tão necessária quanto à aquisição de conhecimentos, pois ambos influenciam a tomada de decisão e a qualidade dessas decisões. No ensino da ética, o âmbito da clínica ou a ética aplicada ao contexto micro e da saúde pública ou a ética aplicada ao contexto macro devem ser complementares.

A abrangência, a profundidade e a exploração dos valores referentes à esfera *micro*, de preservação da autonomia, responsabilidade e respeito, devem dialogar com os valores *macro* de responsabilidade pública, equidade e justiça social.

Os problemas de saúde pública que envolvem questões éticas estão presentes nos serviços de saúde no dia a dia dos profissionais de saúde. Contudo, ainda há pouca percepção de tais problemas como éticos, pois, são incorporados na rotina dos profissionais de saúde e não são colocados em evidência para os estudantes da área da saúde.

A parte afetiva também deve ser considerada no processo de ensino e aprendizagem da ética. Os sentimentos negativos frente a uma situação colocada na forma de dilema podem ser transformados de uma maneira muito mais tranquila quando a ética é posta como um problema a ser deliberado, com a participação e discussão de todos os envolvidos.

A formação de enfermeiros deve pautar-se no agir ético, que instrumentaliza para a mudança por meio do desenvolvimento de autonomia, liberdade e responsabilidade dos sujeitos, senso crítico e capacidade de defender um ponto de vista baseado em valores (Fernandes et al., 2008).

O aprendizado da dimensão ética da competência profissional do enfermeiro que parte do reconhecimento da complexidade das situações na prática em saúde, auxilia o desenvolvimento da percepção, a análise e o

equacionamento dos problemas éticos, à luz das teorias disponíveis e suas implicações sociais, buscando a transformação das práticas sociais.

No campo do processo de ensino e aprendizagem da dimensão ética há muitos desafios a serem aprofundados e superados, como a preparação de docentes e preceptores para sensibilizar, oportunizar e ensinar a ética relacionada ao contexto clínico e ao sistema de saúde, o acompanhamento prudente do estudante, observando sua maturidade moral desde o primeiro ano. Aos estudantes compete uma atitude pró-ativa na busca da integração de conhecimentos, habilidades e atitudes e da problematização dos valores pautados no valor humano, extrapolando o contexto clínico.

Ferramentas de ensino e aprendizagem como a discussão em pequenos grupos, o portfólio reflexivo, a descrição narrativa, a técnica de se colocar no lugar do outro (empatia) e o docente mediador podem potencializar o desenvolvimento da atitude crítica e reflexiva dos estudantes, além do modelo de exemplos, calcado em *feedbacks* construtivos de docentes e preceptores a respeito dos valores e das atitudes.

O comportamento ético é consequência da internalização de princípios ou valores. Defende-se aqui o ensino de uma ética pluralista e reflexiva, calcada na escolha de valores internos de respeito, solidariedade, justiça e não a ética reduzida a determinações exteriores impostas por legislações, cultura ou até modismos passageiros.

Retornando a premissa da pesquisa, a dimensão ética da competência profissional, entendida como a problematização das práticas

profissionais, da organização do trabalho e do sistema de saúde, encontra campo fértil para seu desenvolvimento em um currículo integrado e orientado por competência como o analisado neste estudo.

Em um contexto educacional fundamentado na metodologia problematizadora, no qual as situações vivenciadas e significativas para os estudantes de Enfermagem são compartilhadas com os docentes e enfermeiros dos serviços em espaços democráticos e dialógicos, na supervisão dos estágios por meio de processos reflexivos descritivos e dialógicos, assim como encontros periódicos de educação permanente articulando academia e serviços contribuíram para o desenvolvimento da dimensão ética da competência profissional.

Dessa forma a supervisão e educação permanente são espaços de superação da dicotomia entre o ensino e serviço, permitindo utilizar e potencializar as ferramentas do processo de ensino e aprendizagem ativo, a reflexão crítica e o diálogo, para o desenvolvimento da competência profissional; em especial a dimensão ética.

## 8. REFERÊNCIAS

Abdalla FTM, Nichiatta LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa da Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc.* 2008;17(2):140-52.

Alarcão I, Rua M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento das competências. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(3):373-82.

Allan HT, Smith P, O'Driscoll M. Experiences of supernumerary status and the hidden curriculum in nursing: a new twist in the theory-practice gape. *J Clin Nurs.* 2011;20(5-6):847-55.

Anastasiou LGC. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em sala de aula. 6ª ed. Joinville: Univille; 2006.

Auvinen J, Suominen T, Leino-Kilpi H, Helkama K. The development of moral judgment during nursing education in Finland. *Nurse Educ Today.* 2004;24(7):538-46.

Biaggio A. Lawrence Kohlberg: ética e educação moral. 2ª ed. São Paulo: Moderna; 2006.

Braccialli LAD. Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Branch WT. Supporting the moral development of medical students. *J Gen Intern Med.* 2000;15(7):503-8.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

[Internet]. Brasília; 1990 [citado 2011 jun. 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

Brasil. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Lei das Diretrizes e Bases. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional [Internet]. Brasília; 1996 [citado 2009 mar. 03]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/legis/pdf/ldb.pdf>

Brasil. Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, e a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis n. 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória n. 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2012 jan. 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm)

Brasil. Ministério da Educação; Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 113/2001. Estabelece as Diretrizes Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2009 ago. 10]. Disponível em: <http://www.mec.gov/ftp/ces/ces1133.doc>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08. Estabelece o Programa de Educação pelo trabalho e para a saúde destinado a fomentar grupos de aprendizagem. [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2012 julh. 01]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/prosaude-maio2009/resumoPET-SAUDE-29-04-09.pdf>

Bryan CS, Babelay AM. Building character: a model for reflective practice. Acad Med. 2009;84(8):1283-8.

Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nurs Inq.* 2010;17(1):65-74.

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(3):745-9.

Car MR, Bertolozzi MR. O processo da análise de discurso. In: Chianca TM, Moraes MJA, organizadores. *A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC.* Brasília: ABEn; 1999. p. 348-55. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

Caregnato RCA. A questão ético-moral na formação dos enfermeiros e médicos: efeitos de sentidos nos discursos dos docentes [tese doutorado]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2003. p. 197-210.

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 2007;12(2):236-40.

Cohen C, Segre M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: Segre M, Cohen C, organizadores. *Bioética.* 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 2002. p.17-26.

Cortella MS. A escola e o conhecimento: fundamentos epistemológicos e políticos. 3ª ed. São Paulo: Cortez/Instituto Paulo Freire; 2000.

Cortina A. O fazer ético: guia para a educação moral. São Paulo: Moderna; 2003.

Costa LM, Germano RM. Estágio curricular supervisionado na graduação em Enfermagem: revisitando a história. Rev Bras Enferm. 2007;60(6):706-10.

Cunha MI. Inovações pedagógicas: o desafio da reconfiguração de saberes na docência. São Paulo: Pró-Reitoria de Graduação, Universidade de São Paulo; 2008. (Cadernos de Pedagogia Universitária).

Delors J. Educação: um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Duncan P. Critical perspectives on health. Oxford: Palgrave Macmillan; 2007.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Marília; 2008.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Unidade de Prática Profissional: UPP 4: Curso de Enfermagem - 2011. Marília; 2011.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Informações sobre o Curso de Enfermagem [Internet]. [citado 2012 fev. 02]. Disponível em: <http://www.famema.br/enfermagem/>

Feuerwerker L. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(18):489-506.

Fernandes JD, Rosa DOS, Vieira TT, Sadigursky D. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):396-403.

Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. 9ª ed. São Paulo: Contexto; 2000.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde; contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.

Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003. p.11-24.

Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direito do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.

Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade Cad Saúde Pública. 2008;24(3):696-70.

Fraccolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1135-41.

Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética. 1997;5(1):27-33.

Gaudine A, LeFort SM, Lamb M, Thorne L. Ethical conflicts with hospitals: the perspective of nurses and physicians. Nurs Ethics. 2011;18(6):756-66.

Gérvias J, Fernández MF. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia da Saúde da Família. Madrid, Espanha; 2011.

Giovanella L, Mendonça MH, Almeida P, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):783-94.

Gonczi A. Competency based assessment in the professions in Australia. Assessment Educ. 1994;1(1):27-44.

Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2010.

Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin. 2001; 117(1):18-23.

Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB. A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2006. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. Mundo Saúde. 2010;34(1):86-91.

Hager PJ. Conceptions of competence [Internet]. Sidney: University of Technology; 1993 [cited 2010 Feb. 27]. Available from: [http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-Yearbook/93\\_docs/HAGER.htm](http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-Yearbook/93_docs/HAGER.htm)

Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):570-5,

Kenny D. Student plagiarism and professional practice. Nurse Educ Today. 2007;27(1):14-8.

L'Abbate S. Capacitação em educação e comunicação em saúde. Projeto-piloto da VER-SUS: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Caderno de Textos – VERSUS – Brasil [Internet]. 2004 [citado 2010 fev. 03]. Disponível em: <http://www.bvms.gov.br>

Levine RB, Kem DE, Wright SM. The impact of prompted narrative writing during internship on reflective practice: a qualitative study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2008;13(5):723-33.

Libâneo JC. *Organização e gestão da escola: teoria e prática.* 5ª ed. São Paulo: Alternativa; 2004.

Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(17):369-79.

Lingard L. What we see and don't see when we look at "competence": notes on a good term. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009;14(5):625-8.

Loch JA, Closet J, Goldim, JR. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(3): 240-6.

Marília. Prefeitura do Município. Informações sobre a cidade [Internet]. [citado 2012 jan. 2]. Disponível em: <http://Marília.sp.gov.br/prefeitura/index.html>

Marília. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Marília; 2011.

Mamede S, Schimidt HG. Correlates of reflexive practice in medicine. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2005;10(4):327-37.

Machado EP, Haddad JGV, Zoboli ELCP. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. *Rev Bioethikos Centro Universitário São Camilo.* 2010;4(4):447-52.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(3):621-6.

Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP. Bioética, vulnerabilidade e saúde. São Paulo: Ideias e Letras/Centro Universitário São Camilo; 2007. p.

Ozturk C, Muslu GK, Dicle A. A comparison of problem-based and traditional education on nursing student's critical thinking dispositions. *Nurse Educ Today*. 2008;28(5):627-32.

Oliveira LA, Ayres JCRM, Zoboli ELCP. Conflitos morais e atenção à saúde em AIDS: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(37):363-75.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet Séries Saúde no Brasil*. 2011;1(1):11-31.

Pellegrino ED. The origins and evolution of bioethics: some personal reflections. *Kennedy Instit Ethics J*. 1999;9(1):73-88.

Pessalacia JD, Oliveira VC, Rennó HM, Guimarães EA. Perspectivas do ensino de bioética no curso de Graduação em Enfermagem. [Rev Bras Enferm](#). 2011;64(2):393-8.

Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2008.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO; 2007. p. 161-78.

Pimenta SG, Lima MSL. Estágio e docência: diferentes concepções. *Rev Poíesis*. 2005/2006;3(3-4):5-24.

Ramos MN. A Pedagogia das competências: autonomia ou adaptação. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Ramos MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. Formação. 2001;1(2):17-26.

Rios TA. A autonomia como projeto: horizonte ético-político [Internet]. São Paulo: FDE; 1995 [citado 2012 mar. 1]. Disponível em: [http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias\\_16\\_p013-018\\_c.pdf](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_16_p013-018_c.pdf)

Rios TA. A presença da filosofia e da ética no contexto profissional. Organicom. 2008a;5(8):79-88.

Rios TA. Compreender e ensinar: por uma docência de melhor qualidade. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2008b.

Rios TA. Ética e competência. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2008c.

Rios TA. Ética na docência universitária: a caminho de uma universidade pedagógica? São Paulo: Pró-Reitoria de Graduação, Universidade de São Paulo; 2009. (Cadernos de Pedagogia Universitária).

Saito MI, Leal MM, Silva EV. A confidencialidade à saúde de adolescentes: princípios éticos. Pediatria (São Paulo). 1999;21(2):112-6.

Santos AS, Araujo EA. A competência e os aspectos ético-políticos no curso de enfermagem: a partir do olhar de docentes enfermeiros. ConScientiae Saúde. 2008;7(1):93-100.

Saupe R, Wendhausen ALP, Benito GAV, Cutolo LRA. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único no Brasil. Texto Contexto Enferm. 2007;16(4):654-61.

Schön, D. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface Comun Saúde Educ.* 1997;1(1):123-38.

Schramm FR, Anjos MF, Zoboli E. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas.* São Paulo. Idéias & Letras: 2007, p. 29-56.

Segre M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: Segre M, Cohen C, organizadores. *Bioética.* 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 2002. p. 27-34.

Silva CC, Egry EY. Constituição de competências para intervenção no processo saúde-doença da população: desafio do educador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2003;37(2):11-6.

Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. Clinical ethics revisited. *BMC Med Ethics.* 2001;2:E1.

Siqueira JE. Bioética, tecnociência e impacto nos serviços de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli EMLP, organizadores. *Bioética e saúde pública.* São Paulo: Loyola; 2008. p. 133-47.

Siqueira JE. O ensino da ética no Curso de Medicina. *Mundo Saúde.* 2009; 33(1):8-20.

Solum EM, Maluwa VM, Severinsson E. Ethical problems in practice as experienced by Malawian student nurses. *Nurs Ethics.* 2012;19(1):128-38.

Sulmasy DP. Should medical schools be schools for virtue? *J Gen Intern Med.* 2000;15(7):514-6.

Tomasi A, organizador. *Da qualificação à competência: pensando o século XXI.* Campinas: Papyrus; 2004.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):507-14.

Vieira ALS, Amâncio A, Garcia ACP, Donato M. Os enfermeiros no Mercosul: recursos humanos, regulação e formação profissional comparada. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2006.

Zabala-Blanco J, Alconer-Camarero AR, Casaus-Pérez M, Gutiérrez-Torre E, Saiz Fernández G. Evaluación de aspectos bioéticos em los profesionales de salud. Enferm Clin. 2007;17(2):56-62.

Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Zoboli ELCP, Sartório NA. Bioética clínica e enfermagem: uma interface no cuidado. Mundo Saúde. 2006;30(3):382-97.

Zoboli ELCP, Sartório NA. Bioética clínica e sua prática em enfermagem. In: Kipper DJ, Zoboli ELCP, Siqueira JE. Bioética clínica. São Paulo: Gaia; 2008. p.133-59.

## **APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, Juliane Cristina Burgatti, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, nível de doutorado, estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da professora Maria Amélia de Campos Oliveira, intitulada “*A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em Enfermagem*”.

O estudo tem o objetivo de identificar e analisar como os estágios curriculares supervisionados repercutem no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos de Enfermagem. Sua finalidade é contribuir para o aprimoramento do processo ensino e aprendizagem durante a formação inicial (graduação) em Enfermagem.

Gostaria de convidá-la(o) a participar como voluntária(o) desta pesquisa. Sua participação ocorrerá por meio de uma entrevista.

Esta pesquisa não lhe oferece riscos ou prejuízos. Sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, se você desejar. Os registros individuais dos seus dados serão mantidos em sigilo.

Os resultados do presente estudo poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicações; porém a sua identidade não será revelada e a confidencialidade dos dados será preservada.

Caso aceite fazer parte deste estudo, peço que assine este documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Outras informações a respeito deste estudo podem ser obtidas com a:

Pesquisadora: Juliane Cristina Burgatti. Telefone pessoal: (11) 9114-8393.  
E-mail: [juliburgatti@usp.br](mailto:juliburgatti@usp.br)

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Amélia de Campos Oliveira. Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva: (11) 3061 7652 E-mail: [macampos@usp.br](mailto:macampos@usp.br)

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, (letra de forma ou datilografada) concordo em participar e autorizo o meu ingresso como voluntária desse estudo, desenvolvido por Juliane Cristina Burgatti. Declaro que fui convenientemente esclarecida (o) e informada (o) que os procedimentos adotados respeitam os princípios da ética e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília - Protocolo nº 450/2010.

---

Assinatura do Voluntário

Data

---

Assinatura da Pesquisadora

Data

## APÊNDICE 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

### Discentes

- Idade
- Sexo
- Carga horária diária do estágio:
- Trabalha: Carga horária:
- Dedicção semanal de estudo:
- Participa de grupo de pesquisa:
- Iniciação científica:
- Por que optou por este campo de estágio?

### Docentes

- Idade
- Sexo
- Tempo de formado:
- Tempo de atuação na instituição:
- Pós- graduação: ( ) sim ( ) não. Quais:
- Participação na elaboração do projeto político-pedagógico ( ) sim ( ) não
- Participação em reuniões para discussão sobre desempenho/ avaliação/ desenvolvimento dos estudantes: ( ) Sim ( ) Não. Periodicidade:.....

### Enfermeiros

- Idade
- Sexo
- Tempo de formação:
- Tempo de atuação na instituição:
- Tempo em que atua na supervisão de estudantes no estágio curricular supervisionado:

- Trabalha em outro serviço. Qual? Tempo:
- Pós- graduação. ( ) sim ( ) não. Quais:
- Participa de reuniões com os docentes supervisores: ( ) sim ( ) não

### **Gestores**

- Idade
- Sexo
- Formação em:
- Tempo de formação:
- Tempo de atuação na instituição:
- Tempo em que atua na gestão da unidade:
- Trabalha em outro serviço. Qual? Tempo:
- Pós- graduação. ( ) sim ( ) não. Quais:
- Tipo de contrato: concursado ( ) contratado de emergência: ( ) outros ( ) Qual?
- Participa de reuniões com os docentes supervisores: ( ) sim ( ) não

## **APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS**

### **Discentes**

- Relate uma situação que você vivenciou durante o estágio curricular que motivou sua reflexão sobre questões éticas.
- Como você se sentiu com a experiência?
- O que você aprendeu com ela?
- Alguma coisa poderia ter sido feita de maneira diferente?
- Qual a contribuição do estágio curricular supervisionado para a formação em saúde?
- Como este estágio curricular interferiu em sua formação de valores e atitudes relativas à dimensão ética da competência profissional?
- Que sugestões você teria para o aprimoramento do campo de estágio, de modo que favoreça o desenvolvimento da dimensão ética da competência dos estudantes?

### **Docentes**

- Relate uma situação que você vivenciou em sua prática profissional e no acompanhamento dos estudantes de Enfermagem durante o estágio curricular supervisionado que motivou sua reflexão sobre questões éticas.
- Como você se sentiu com a experiência?
- O que você aprendeu com ela?
- Alguma coisa poderia ter sido feita de maneira diferente?
- Qual sua opinião sobre os estágios curriculares supervisionados para a formação em saúde?
- Como o acompanhamento do estágio curricular supervisionado interfere em seus valores e atitudes para atuar como docente?

- Quais são as suas sugestões para o aprimoramento organizacional, de modo a favorecer o desenvolvimento da competência profissional dos estudantes neste campo de estágio?

### **Enfermeiros**

- Relate uma situação que você vivenciou durante sua prática profissional e no acompanhamento dos estudantes de Enfermagem no estágio curricular supervisionado que motivou sua reflexão sobre questões éticas.
- Como você se sentiu com a experiência?
- O que você aprendeu com ela?
- Alguma coisa poderia ter sido feita de maneira diferente?
- Qual sua opinião sobre os estágios curriculares supervisionados para a formação em saúde?
- Como o acompanhamento deste estágio curricular supervisionado interfere em seus valores e atitudes para o trabalho em saúde?
- Quais são as suas sugestões para o aprimoramento organizacional, de modo a favorecer o desenvolvimento da competência profissional dos estudantes neste campo de estágio?



**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**  
**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo**  
**Seres Humanos – CEP/FAMEMA**

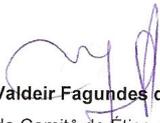
Marília, 21 de Setembro de 2010

Ilmo(ª) Sr.(ª)  
Juliane Cristina Burgatti  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 450/10, intitulado: "O Estágio Curricular Supervisionado no Desenvolvimento da Dimensão Ética da Competência de Graduandos em Enfermagem", foi considerado **APROVADO "Ad Referendum"** após responder as pendências apontadas em Reunião Ordinária – 30/08/10, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,



**Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humano

Av. Monte Carmelo, 800 - Marília - S.P. - CEP: 17.519-030  
Fone: (14) 3433 1744 - E-mail: dirpos@famema.br