UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DANIELLA YAMADA BARAGATTI

O TEMA DA VIOLÊNCIA EM CURRÍCULOS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ribeirão Preto
2013

DANIELLA YAMADA BARAGATTI

O TEMA DA VIOLÊNCIA EM CURRÍCULOS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Zeyne Alves Pires Scherer

Ribeirão Preto

2013

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.

Baragatti, Daniella Yamada

O TEMA DA VIOLÊNCIA EM CURRÍCULOS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. Ribeirão Preto, 2013.

142 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psquiátrica.

Orientador: Zeyne Alves Pires Scherer

1. Violência. 2. Currículo. 3.Ensino.
4. Educação em enfermagem.

BARAGATTI, Daniella Yamada

O TEMA DA VIOLÊNCIA EM CURRÍCULOS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências,

Programa Enfermagem Psquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha mãe, Shizuê, exemplo de mulher, luta e vida! Amor eterno e verdadeiro!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me permitiu a vida!

Aos meus pais, Shizuê e Wilson, que me aceitaram e zelaram por mim. Mas em especial à minha mãe, sempre presente, com exemplos e cuidados durante toda minha caminhada. Graças a ela, entendi a importância de estudar e escolhi este caminho.

Ao Daniel (*in-memorian*), irmão querido, que mesmo por uma curta jornada ao meu lado ensinou a busca por ser alguém melhor todos os dias, além de ter sido meu primeiro exemplo de dedicação aos estudos. Eu nunca vou te esquecer!

À Profª Drª Zeyne, muito obrigada mesmo! Por permitir que a pesquisa fosse realizada com base em um grande questionamento pessoal meu, orientando com sua experiência e sabedoria, mas acima de tudo tendo dado liberdade às minhas escolhas, meus pensamentos e reflexões, bem como ter respeitado o fato de eu trabalhar e morar em Campinas, bem longe de Ribeirão Preto.

À Profª Drª Eliete, que me ensinou os primeiros passos de uma pesquisa científica e na enfermagem, além de ser exemplo de mulher, mãe, enfermeira e docente. Uma grande amiga!

Ao pessoal do GEPEPES- UNICAMP, pelas inúmeras discussões que contribuíram (e muito!) não só para meu desenvolvimento acadêmico, mas também pessoal. Fiz grandes amigos no grupo.

À Profª Drª Celene, por ter instigado minhas primeiras reflexões a respeito da violência.

À Mari, tão longe, mas tão perto! Minha grande amiga e irmã de coração, obrigada por ouvir minhas angústias e acalmar meu coração sempre.

À Cris, amiga querida, por tantas conversas e momentos divididos, amizade verdadeira, com amor eterno.

Ao Celso, pessoa inigualável que Deus me presenteou, indescritível amizade e carinho, por tantos momentos de caminhada lado a lado, pelas palavras certas nos momentos de necessidade, amor de irmão!

Ao Leandro, pelo apoio incondicional às minhas escolhas e pelo incentivo aos estudos, sempre. O tempo todo acreditando no meu potencial e me fazendo ver que era possível, mesmo com a correria da vida, realizar um bom trabalho! Também pela ajuda com o Abstract!

Ao Horácio, pelo auxílio com o Resumen, muito obrigada!

Ao Márcio, pela amizade especial de longa data, e pelo auxílio com as referências bibliográficas, obrigada mesmo!

Aos companheiros do CS Capivari, por entenderem minha angústia na fase final do trabalho, por contribuírem com o carinho, os risos e o apoio, em especial à Edneide e ao Celso, que não pouparam esforços para me ajudar quando precisei me ausentar para cuidar desta dissertação.

À Dra Adriana, também companheira de lutas diárias no CS Capivari, pelo auxílio cuidadoso com as correções finais!

Aos grandes amigos que conheci em Ribeirão Preto, e ao pessoal da Casa 12, muito obrigada! Pelas tantas vezes que me receberam em suas moradias, por entregarem documentos na EERP/USP em meu nome quando necessário, por sanarem minhas dúvidas, pela companhia nas disciplinas e em momentos de diversão... muitos e incontáveis momentos em que me auxiliaram. Serei eternamente grata, estarão para sempre em meu coração, em especial Elton, Sandra e Laís, pela ajuda e amizade que levarei para sempre! Sem vocês não seria possível.

À minha família e amigos, pelo carinho e apoio sempre, e às pessoas que direta ou indiretamente ajudaram de alguma forma, minha eterna gratidão!

IMAGINE

Imagine there's no heaven
It's easy if you try
No hell below us
Above us only sky
Imagine all the people
Living for today

Imagine there's no countries
It isn't hard to do
Nothing to kill or die for
And no religion too
Imagine all the people
Living life in peace

You may say
I'm a dreamer
But I'm not the only one
I hope some day
You'll join us
And the world will be as one

Imagine no possessions
I wonder if you can
No need for greed or hunger
A brotherhood of man
Imagine all the people
Sharing all the world

You may say,
I'm a dreamer
But I'm not the only one
I hope some day
You'll join us
And the world will live as one

John Lennon

RESUMO

BARAGATTI, D. Y. **O tema da violência em currículos de cursos de graduação em enfermagem.** 2013. 142f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

A violência é um problema social e relacional da humanidade que gera prejuízos pessoais, sociais e econômicos, sendo considerado um problema de saúde pública mundial. Os enfermeiros estão em contato com diversos tipos de violência no seu trabalho, e estão em posição estratégica para identificar e agir nesses casos sendo, portanto, fundamental que a violência seja abordada nos currículos de graduação. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar o tema da violência nos currículos dos cursos de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e descrever a expectativa dos professores em abordar tal temática. Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório, com análise de dados qualitativa, realizado com 15 docentes das duas instituições de ensino. Utilizamos neste estudo como procedimento para a realização da coleta de dados a pesquisa documental, a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. As entrevistas foram analisadas pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados da busca pela palavra chave violência e correlatos na EERP/USP procederam em cincos disciplinas e na UNICAMP três disciplinas. Os docentes responsáveis por essas disciplinas foram 05 da EERP/USP e 10 da UNICAMP. A maioria era do sexo feminino, todos com titulação de Doutores, sendo que na EERP/USP os docentes eram mais velhos e atuavam há mais tempo que na UNICAMP. Os docentes referiram que abordam a violência, para que os alunos reconheçam e intervenham nos casos de violência. Apesar dos docentes não saberem definir as tipologias da violência, a maioria delas são abordadas. O tema é trabalhado na teoria e na prática. Formalmente são gastas entre 04 e 12 horas com a temática, com uso de estratégias de ensino ativas e inovadoras, embora muitas vezes prevaleça o modelo tradicional. Os docentes não conseguiram avaliar a relação entre a aprendizagem do tema e a prática dos profissionais; não sabem dizer se os alunos estão preparados para lidar com a violência; mencionaram que a atuação e o preparo dependem do aluno, e não da graduação. Todos os docentes reconheceram a importância do tema na graduação. Conclui-se que o tema deva ser discutido amplamente com todos os docentes, e trabalhado de maneira transversal no currículo. Sugere-se conhecer a opinião dos egressos sobre a abordagem do tema na graduação e a inserção de disciplina específica sobre a violência. Pode inferir-se que uma das dificuldades da violência ser abordada nos cursos de graduação seja devido os currículos priorizarem as questões biológicas. É requerido que o enfermeiro se reconheça enquanto agente de mudanças para que realidades como a violência possam ser transformadas.

Descritores: Violência; Currículo; Ensino; Educação em enfermagem.

ABSTRACT

BARAGATTI, D. Y. **Violence topic in nursing graduation course curriculum.** 2013. 142f. Master thesis, School of Nursing in Ribeirão Preto, University of São Paulo, Brazil, 2013.

Violence is a social problem, related to human beings, that generates personal, social and economic losses, and is considered a public health problem worldwide. Nurses are in contact with several types of violence in their duties and are in a strategic position to identify and act on these cases, therefore, it is mandatory that the violence subject is offered in faculty curriculum. The goal of this study was to search the curriculums of Bachelor of Nursing at School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo (EERP/USP) and the State University of Campinas (UNICAMP) to identify if the violence subject was offered and describe how teachers deal with it. This is a descriptive-exploratory, qualitative data analysis, conducted with 15 teachers from two schools. To collect the data, we used in this study research techniques as documental research, a semi-structured interview and the systematic observation. The interviews were analyzed using the Collective Subject Discourse. Five courses were found at EERP/USP and three at UNICAMP after searching for violence and related keywords. Five teachers responsible for these courses were interviewed at EERP/USP and ten at UNICAMP. Most were women, all with Doctors degree, and the EERP/USP teachers are older and have been working longer than teachers at UNICAMP. Teachers reported that they address violence subject in order to students recognize and intervene in cases of violence. Although the teachers did not know how to define types of violence, most of them address the subject in courses. The theme is worked in theory and in practice. Formally 04 to 12 hours are spent with the subject and many teaching strategies cited are active and innovative, though often prevails the traditional model. Teachers could not evaluate the relationship between learning and professional practice, and could not tell if students were prepared to deal with violence. Many teachers mentioned that the performance and preparation depend on the student, not on the school. All teachers recognized the importance of the subject to be part of faculty course. It is concluded that the subject should be discussed extensively with all teachers because it must be spread along all curriculums. Furthermore, it would be important to know the students opinion about the subject. It is also suggested the inclusion of specific course about violence. It can be inferred that the lack of violence subject in university curriculums is because they are still focused on biological matters. It is required that nurses recognize themselves as agents of changes in order to change the violence realities.

Descriptors: Violence; Curriculum; Teaching; Nursing Education.

RESUMEN

BARAGATTI, D. Y. **El tema de la violencia en los programas del curso de graduación en Enfermería.** 2013. 142f. Disertación (Maestría) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2013.

La violencia es un problema social y relacional de la humanidad que genera pérdidas personales, sociales y económicos, y se considera un problema de salud pública en todo el mundo. Los enfermeros están en contacto diversos tipos de violencia en su trabajo, y se encuentran en una posición estratégica para identificar y actuar en estos casos, por lo tanto, es fundamental que la violencia se aborde en los programas de graduación. El objetivo de este estudio fue identificar el tema de la violencia en los programas de Bachillerato en Enfermería de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP/USP) y de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP) y describir la expectativa docente para abordar esta cuestión. Este fue un análisis de datos cualitativos descriptivo exploratorio, realizado con 15 profesores de de las dos instituciones de enseñanza. Utilizamos en este estudio como procedimiento para la realización de la recolección de datos, técnicas tales como la investigación documental, una entrevista semi-estructurada y la observación sistemática. Las entrevistas se analizaron con la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados de la búsqueda de la palabra clave violencia y afines en la EERP/USP procedieron en cinco disciplinas universitarias y en tres disciplinas en la Unicamp. Los profesores responsables de estas disciplinas fueron entrevistados, por un total de 05 en la EERP/USP y 10 en la UNICAMP. La mayoría eran mujeres, todos con titulación de doctordo y que los maestros de la EERP/USP eran de mayor edad y trabajaban a más tiempo que los de la Unicamp. Los maestros informaron que abordan la violencia para que los estudiantes puedan reconocer e intervenir en casos de violencia. Aunque los profesores no sabían definir tipologías de violencia, la mayoría de ellas son abordadas. El tema se trabajó en la teoría y en la práctica. Formalmente se gastan 04 a 12 horas con el tema, y muchas estrategias de enseñanza citadas fueron activas e innovadoras, aunque a menudo prevalece el modelo tradicional. Los profesores no lograron evaluar la relación entre el aprendizaje del tema como alumnos y la práctica profesional, y no pueden decir si los estudiantes están preparados para hacer frente a la violencia. Muchos maestros mencionaron que el rendimiento y la preparación dependen del estudiante, no de la graduación. Todos los profesores reconocen la importancia de la cuestión para ser trabajada en graduación. Se concluye que el tema debe ser discutido ampliamente con todos los maestros, ya que esta cuestión debe ser trabajada de manera transversal al curriculum. Además, sería importante conocer la opinión de los titulados en el enfoque del sujeto en la graduación. También se sugiere la inclusión de disciplina específica sobre la violencia. Se puede inferir que una de las dificultades de que la violencia se aborde es que los planes aún se centran en cuestiones biológicas. Se requiere que el enfermero se reconozca como un agente de cambio para que realidades como la violencia puedan ser transformadas.

Descriptores: Violencia; Curriculum; Enseñanza; Educación en Enfermería.

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AC	Ancoragem
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONSU	Conselho Universitário
CS	Centro de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECH	Expressões-Chave
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUA	Estados Unidos da América
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FFCLRP	Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto
GEPEPES	Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde
GREIVI	Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência
HC	Hospital das Clínicas
IC	Ideia Central
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NSE	Nova Sociologia da Educação

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PPP	Projeto Político Pedagógico
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RJ	Rio de Janeiro
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIARARAS	Centro Universitário Hermínio Ometto
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
WEB	World Wide Web

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **15**

1. INTRODUÇÃO **18**

2. OBJETIVOS **21**

2.1. OBJETIVO GERAL 22

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22

3. REFERENCIAL TEÓRICO **23**

3.1. VIOLÊNCIA E SUAS MULTIFACETAS 24

Violência sob a ótica da saúde brasileira 28

3.2. A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO 30

Afinal, o que é o currículo? 30

Um pouco da história dos currículos da enfermagem no Brasil 32

Os modelos de currículos: principais características 36

O modelo curricular da EERP/USP 37

O modelo curricular da UNICAMP 39

3.3. A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA NOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO 41

3.4. A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL 44

4. MÉTODO **46**

4.1 TIPO DE ESTUDO 47

4.2. CAMPO DE ESTUDO 47

Breve Histórico da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP 48

Breve Histórico do Departamento de Enfermagem da UNICAMP 49

4.3. SUJEITOS DO ESTUDO 50

Critérios de inclusão 50

Critérios de exclusão 50

4.4. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 51

4.5. PROCEDIMENTO 51

4.5.1. Coleta de dados 51

Pesquisa documental 51

As entrevistas 55

Observação Sistemática 57

4.5.2. Análise dos dados 58

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 59

5.1. VIOLÊNCIA E CORRELATOS NOS PROGRAMAS DAS DISCIPLINAS DA EERP/USP 61

5.2. VIOLÊNCIA E CORRELATOS NOS PROGRAMAS DAS DISCIPLINAS DA UNICAMP 63

5.3. PERFIL DOS DOCENTES ENTREVISTADOS 65

Docentes da EERP/USP 66

Docentes da UNICAMP 67

5.4. A VIOLÊNCIA NOS CURRÍCULOS PELO OLHAR DOS DOCENTES DA EERP/USP E UNICAMP 72

5.4.1. O que o docente espera ao abordar o tema da violência 72

5.4.2. Tipos de violência abordados 81

5.4.3. Como o docente trabalha a violência: estratégias de ensino 82

5.4.4. Horas dedicadas à questão da violência 93

5.4.5. A vivência de casos de violência em aulas práticas 96

5.4.6. Relação entre a aprendizagem do tema na graduação e a prática enquanto enfermeiro 99

5.4.7. Os alunos estão preparados para lidar com casos de violência? 105

5.4.8. A inserção da violência nos currículos da área da saúde 109

5.4.9. Comentários adicionais do docente 115

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 118

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 122

APÊNDICES 133

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 134

APÊNDICE B: PROTOCOLO DE PESQUISA 134

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA 136

Parte I: Dados de identificação 136

Parte II: Questões abertas (gravadas) 137

ANEXOS 138

ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO DA EERP/USP PARA PESQUISA 139

ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO DA UNICAMP PARA A PESQUISA 140

ANEXO 3- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 141

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Todo trabalho de investigação científica tem início com um grande questionamento pessoal sobre determinado assunto. Assim, para entender o porquê dessa pesquisa, faz- se necessário entender a história de quem a desenvolveu.

Sou enfermeira, e no dia a dia de trabalho, em momentos de convivência com diferentes pessoas e em diferentes locais, percebi que a violência se apresentava em suas diferentes formas, seja física, psicológica, negligência, entre outras.

O meu grande questionamento em relação à violência surgiu em 2008, quando comecei a trabalhar em um Centro de Saúde no município de Campinas- SP. O trabalho na atenção básica me fez entender que vivemos em um contexto violento, uma vez que nesse trabalho tive contato direto com as populações de baixa renda e pude vivenciar uma realidade completamente diferente da minha. Percebi que a violência, nitidamente, faz parte do cotidiano dessas pessoas, por meio do poder que os traficantes exercem no bairro, do poder que os homens exercem sobre as suas mulheres, da negligência sofrida por idosos e pessoas com problemas mentais, do descaso sofrido por pessoas que tentam o suicídio, em serviços de saúde, entre tantas outras situações de violência presentes e presenciadas no meu cotidiano.

Como parte de uma equipe de saúde da família, além do atendimento a pessoas em situação de violência também realizo visitas domiciliares a essas famílias e é comum a necessidade de discussão, em reunião de equipe, de possíveis intervenções nesse contexto, o que implica contato contínuo com essa problemática.

Mas, houve um encontro que me marcou profundamente. Fez com que eu questionasse qual meu real poder e papel enquanto enfermeira da atenção básica. No Centro de Saúde, para o acompanhamento das gestantes, há uma ficha preenchida pelo enfermeiro na primeira consulta de pré natal com dados sobre sua história de vida e ginecológica, sendo um dos itens “antecedentes de violência”. Num determinado atendimento de rotina, ao ser questionada sobre violência, a gestante respondeu afirmativamente. Relatou que o marido a agredia verbal e fisicamente. Prosseguiu dizendo que não o deixava porque não tinha profissão, nem emprego, e agora ainda estava grávida. Como se sustentaria? A paciente desabafou: “Ninguém contrata uma mulher gestante”. Perguntei sobre o apoio da família e a resposta foi que não tinha apoio, pois foi ela quem quis sair de casa para morar com ele, portanto ela que deveria resolver o problema. Pensei muito no que poderia fazer para ajudar aquela jovem.

Percebi que, na verdade, eu não sabia lidar com aquela situação: o que eu poderia sugerir (e se deveria sugerir?), não sabia que palavras usar (ou deveria calar?). Enfim, concluí que, definitivamente, não sabia lidar com uma pessoa em situação de violência.

Refletindo sobre o porquê de tanta dificuldade em lidar com a situação, passei a me questionar se, na graduação, esse tema havia sido abordado, e diferente de tantas outras vezes, não conseguia me lembrar desse assunto durante o curso. Na época estava cursando uma pós-graduação em saúde coletiva, e para o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), resolvi investigar: das gestantes acompanhadas na unidade em que eu trabalhava, quantas haviam respondido positivamente a questão da violência? Para minha surpresa, em nenhum dos casos em que a gestante referiu sofrer violência houve intervenção da equipe de saúde, o que aumentou ainda mais meu questionamento em relação à graduação: será que um tema que aparece tanto no cotidiano de trabalho é abordado de alguma forma nos cursos de graduação ou não?

A fim de aprimorar meus conhecimentos sobre a temática da violência, resolvi me aproximar de grupos de pesquisas. Inseri-me no Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência (GREIVI), sob coordenação da Profª Drª Zeyne, e começamos a trabalhar juntas nessa pesquisa. A partir das reuniões houve o interesse de estudar também, dentro da abordagem qualitativa de pesquisa, a orientação metodológica do discurso do sujeito coletivo (DSC). Realizei, então, o curso em São Paulo, ministrado pelos mesmos autores que desenvolveram a metodologia do DSC, para auxiliar-me no desenvolvimento dessa pesquisa.

Fizemos a escolha dos campos de estudo, ou seja, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) não só por se tratarem de universidades públicas do interior de São Paulo com grande destaque acadêmico, mas também por estarmos inseridas nessas instituições. Sendo assim, se o questionamento era sobre a formação do enfermeiro fazia sentido investigar como esta se dava em instituições que fazem parte de nossa formação e atuação: a UNICAMP por ser a instituição onde cursei a graduação em enfermagem, e a EERP/USP local de atuação da orientadora, Profª Drª Zeyne, onde nos encontramos e decidimos desenvolver juntas essa pesquisa.

Assim, desenvolvemos esse estudo para tentar responder a pergunta sobre a abordagem da violência nos currículos de graduação em enfermagem, e passamos agora a descrever os caminhos que percorremos nessa investigação científica.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A violência acontece desde o início da existência humana, sob as mais diversas formas, sendo, atualmente, a principal causa de morte de pessoas entre 15 e 44 anos de idade. São gastos bilhões de dólares para cuidados com a saúde devido à violência, ou seja, trata-se de problema de saúde pública (KRUG et al., 2002).

Muitas são as tentativas para explicar e definir o que é o fenômeno da violência. Tais explicações estão relacionadas às questões biológicas, psicológicas ou sociais. A violência é uma realidade plural, que "[...] consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual" (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 514). Portanto, considerando a violência como um processo social, a área da saúde deve, além de atender suas vítimas, elaborar estratégias para sua prevenção.

Refletindo sobre a violência como problema de saúde pública, os currículos de graduação devem contemplar esta temática, pois a forma de se fazer e entender educação, na sala de aula, é o que irá determinar o sentido da formação profissional, formação que pode ser em um "[...] sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador e tecnicista" (SORDI; BAGNATO, 1998, p. 85).

A educação do futuro requer práticas pedagógicas que levem em consideração o contexto em que o educando está inserido e as necessidades do mundo contemporâneo. Morin (2007) sinaliza sete saberes fundamentais para a educação do futuro, que são: ensinar as cegueiras do conhecimento (o erro e a ilusão); os princípios do conhecimento pertinente; a condição humana; a identidade terrena; a enfrentar as incertezas; a compreensão; e a ética do gênero humano. Por meio desses saberes, haverá a universalização da cidadania, ou seja, o aluno será um cidadão que se situa no seu contexto de modo crítico e participativo e que poderá contribuir para a transformação da espécie humana em humanidade.

De acordo com Freire (1996), o processo de ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo. Os educadores devem programar sua ação político-pedagógica tendo consciência de que mudar é difícil, mas é possível, independentemente da área de ensino em que atuem. Os conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos podem resultar na reprodução da ideologia dominante ou no seu desmascaramento.

Freire (1996) refere que desde a formação deve haver clareza quanto ao papel que o educador desempenha e que ele não é o único detentor do conhecimento; e que ao educando não cabe ser apenas mero receptor de tais conhecimentos. Para alcançar os objetivos é fundamental que os formadores estejam engajados nessas propostas, oferecendo suporte aos alunos por meio de propostas pedagógicas que desenvolvam o aprimoramento do saber, sem perder de vista as visões humanitárias (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006). Segundo Batista (2004, p. 60):

> [...] o sujeito que aprende o faz em um contexto histórico-cultural, construindo modos singulares e individuais de assimilar e transformar as informações, desdobrando-se em formas de atuação na realidade.

A formação de alunos críticos, reflexivos, ativos diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a aprender a aprender e comprometidos com as questões de cidadania envolve uma sinergia com os quatro pilares da educação, ou seja, aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver e aprender a ser (DELOR'S, 2001).

Os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos de graduação em enfermagem devem contribuir para a formação de profissionais que considerem as necessidades sociais e de saúde das pessoas, famílias e comunidades, a partir de suas realidades. Um dos eventos atualmente presentes em diversos contextos da realidade social é a violência. A enfermagem é uma profissão de relações humanas. É nas relações entre os homens que as práticas sociais acontecem, pois seus praticantes aplicam seu saber e desenvolvem ações em resposta às necessidades de uma pessoa ou da sociedade. Há transformação da realidade, ao mesmo tempo que os sujeitos são transformados por ela. Desta forma, a enfermagem pode ser considerada como prática social (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008).

Assim, levando-se em consideração a magnitude da violência e a importância desse tema ser abordado na graduação, na presente pesquisa investigamos como a violência é abordada em dois cursos de graduação da área da saúde, especificamente nos cursos de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), considerando que as atitudes, os conhecimentos e as habilidades dos futuros profissionais são influenciados pela formação adquirida durante a graduação.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Identificar o tema da violência nos currículos de cursos de graduação em enfermagem.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar em quais disciplinas é abordada a temática da violência;
- Identificar que tipos de violências são abordadas nas disciplinas;
- Conhecer e descrever a expectativa dos professores acerca da abordagem da violência;
- Conhecer o planejamento e as estratégias de ensino utilizadas para abordar o tema violência.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. VIOLÊNCIA E SUAS MULTIFACETAS

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentados no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde **(**KRUG et al., 2002), estima-se que no ano 2000 morreram 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro devido aos diversos tipos de violência (autoinfligida, interpessoal ou coletiva), o que corresponde a 28,8 mortes violentas por 100 mil habitantes, sendo que a maior parte dessas mortes ocorreu em países de renda baixa.

No Brasil, desde 1960, o quadro de mortalidade geral revela uma mudança com o processo de urbanização. A violência passa a ser um fenômeno relevante em detrimento da mortalidade por doenças infecto-parasitárias. A partir da década de 1980, as mortes por causas violentas passam a ser a segunda causa de morte no obituário geral, abaixo apenas das doenças cardiovasculares. É considerada, também no país, a primeira causa de óbito de pessoas entre 5 e 49 anos de idade, mortes essas que são prematuras, evitáveis e onerosas se pensarmos nos anos perdidos de vida (MINAYO, 1994; MINAYO; SOUZA, 1998; 1999). Os dados sobre os casos de morbidade por violência em nosso país são insuficientes, pois deve-se considerar também a mutilação de pessoas, custos financeiros e a demanda do setor saúde, e não somente os dados de mortalidade (DESLANDES, 1999).

Segundo a OMS, a violência é definida como:

> O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Em 2001, antes da publicação da definição da violência pela OMS, o Ministério da Saúde, no Brasil, já havia divulgado um conceito de violência semelhante ao da OMS, na Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências. Sendo assim, “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001a).

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS encontramos a descrição dos diferentes tipos de violência, segundo as características daqueles que cometem o ato violento. A tipologia é apresentada em três categorias: autoinfligida (mutilação e suicídio); interpessoal (violência intrafamiliar e doméstica – abuso infantil, juvenil, contra idosos, violência praticada por parceiros íntimos, em grupos institucionais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos) e coletiva (social, política e econômica – inclui ações terroristas e guerras) (KRUG et al., 2002; MINAYO, 1998).

Quanto à natureza dos atos violentos, deparamos com a violência física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência. Ao considerar a natureza dos atos violentos, a relevância dos ambientes onde estes ocorrem, a relação entre o perpetrador e a vítima e as possíveis motivações, mostra-se como ferramenta para melhor compreensão da complexidade do fenômeno da violência. As linhas divisórias entre os quatro tipos de atos violentos não são, contudo, tão claras (KRUG et al., 2002; MINAYO, 1998).

A violência autoinfligida inclui os comportamentos suicidas, como ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio, e os autoabusos, que contemplam as autoagressões e as automutilações (MINAYO, 2006). Estima-se que, no ano 2000, no mundo todo, 815 mil pessoas se suicidaram, totalizando uma taxa de mortalidade de 14,5 em cada 100 mil pessoas. O suicídio é a décima terceira causa de mortes no mundo (KRUG et al., 2002).

A violência interpessoal é dividida em violência da família e de parceiro (a) íntimo (a) e violência comunitária. O primeiro tipo é a violência que acontece entre parceiros íntimos e membros de uma família, geralmente dentro de casa (não exclusivamente), como por exemplo, o abuso infantil, a violência praticada por parceiro íntimo e o abuso contra idosos. Já o segundo tipo, violência comunitária, é a que ocorre entre pessoas sem parentesco, que podem se conhecer ou não, e ocorre geralmente fora de casa, como atos aleatórios de violência, estupro, violência juvenil e violência em grupos institucionais como escolas, prisões, asilos, locais de trabalho (KRUG et al., 2002; MINAYO, 2006).

Destacamos como violência interpessoal, as cometidas contra as crianças, mulheres e idosos, por serem violências da família comuns no atendimento dos profissionais de saúde. A violência cometida por pais ou responsáveis contra crianças vão do abuso infantil à negligência, incluindo atos como sacudir e espancar a criança, abusar sexualmente, ser negligente, abuso psicológico, e pode ter, como consequências, lesões na cabeça ou em órgãos internos, como traumatismo craniano, além de consequências psicológicas. Já violência perpetrada por parceiro íntimo é uma das mais comuns cometidas contra a mulher e incluem atos como agressão física (estapear, socar, chutar, surrar), abuso psicológico (humilhação,

intimidação), relações sexuais forçadas, comportamentos controladores (isolar a pessoa de sua família e amigos, entre outros), sendo que existem diversos fatores de risco para a ocorrência de violência por parceiro íntimo, dentre eles, histórico de violência na família, uso de álcool pelo homem, baixo nível socioeconômico e educacional da mulher, distúrbios de personalidade (insegurança e baixa autoestima do homem), fatores de relacionamento (conflito e discórdia). Como consequências da ocorrência desse tipo de violência pode-se citar efeitos mortais (suicídio, homicídio), problemas físicos (lesões, transtornos gastrintestinais, etc), efeitos na saúde mental (depressão, angústia, transtornos alimentares, disfunção sexual, baixa autoestima), comportamentos negativos para a saúde (tabagismo, abuso de álcool e drogas). O abuso de idosos é definido por um ato de acometimento ou negligência, podendo ser intencional ou involuntário. Quanto à natureza, o abuso pode ser físico (coação, força, dor) psicológico (envolve agressão emocional ou verbal), envolver maus-tratos de ordem financeira ou material (exploração ilegal dos proventos do idoso), abuso sexual (sem permissão do idoso) ou negligência (abstenção dos cuidados). Este tipo de violência pode resultar em sofrimento, lesão e dores, perda ou violação de direitos humanos, além de poder ocasionar redução da qualidade de vida para o idoso (KRUG et al., 2002).

Já a violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica. A violência social inclui crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas, atos de multidões; a violência política acontece nas guerras e na aniquiliação de povos e nações por outros e violência do Estado; a violência econômica contempla ataques econômicos entre grupos e nações motivados por interesses de dominação, como por exemplo, negar acesso a serviços essenciais, criar fragmentações econômicas (KRUG et al., 2002; MINAYO, 2006).

Minayo (2006) acrescenta ainda a violência “estrutural”, que:

> [...] se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e ‘cronificam’ a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes.

Esse tipo de violência é aceito pela cultura, sendo responsável por formas de dominação e privilégio e perpetuada nos micro e macroprocessos sócio-históricos. A maioria dos tipos de violência em discussão tem como base a violência estrutural.

Para entender a natureza multifaceta da violência, a OMS tem usado o modelo ecológico. Este referencial vem explicar as raízes da violência como resultado da influência mútua de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. O primeiro nível do modelo ecológico, o individual, busca identificar os fatores históricos (biológicos e pessoais)

que podem influenciar o comportamento violento. O segundo nível é o relacional, que discute como as relações com parceiros íntimos, companheiros e membros da família aumentam o risco da vitimização ou da perpetração da violência. O terceiro nível é o comunitário, que analisa os contextos em que acontecem as relações, como escolas, vizinhança, locais de trabalho. Um exemplo são as comunidades caracterizadas por problemas como tráfico e altos índices de desemprego, que têm maior probabilidade de vivenciar a violência. O quarto e último nível do modelo ecológico é o social. Este, avalia os fatores sociais que aumentam os índices de violência. Como exemplo são citadas as normas culturais que apoiam a violência como forma de relação e resolução de conflitos, normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre a criança ou ao domínio masculino sobre as mulheres, normas que validam o uso da força de maneira abusiva pela polícia, normas que apoiam os conflitos políticos, atitudes que consideram o suicídio como questão de escolha individual, entre outros fatores sociais. Portanto, o modelo ecológico ressalta como a violência pode ser causada por distintos fatores em diferentes estágios da vida (KRUG et al., 2002).

Há, na literatura, estudos científicos que mencionam a existência de três correntes que buscam explicar as causas da violência segundo determinados parâmetros. Na primeira corrente os estudiosos defendem que a violência resulta de necessidades biológicas (causa biológica). Na segunda, os autores explicam a violência como resultado do arbítrio de cada sujeito ou resultante da soma de comportamentos (causa psicológica). Na terceira, a violência é resultado das interações sociais, onde as questões biológicas e psicológicas são transformadas e tomam corpo (causa social). Para a autora, é no contexto histórico-social que as particularidades psicológicas e biológicas se redefinem para que ocorra a violência (MINAYO, 2003).

Para Dias e Gambini (1999) as raízes da violência social, no Brasil, têm início com a chegada dos portugueses como dominadores. Deu início, assim, uma miscigenação, fruto de estupros com os indígenas, com ausência de sintonia cultural, moral e espiritual, resultando em sentimentos que alimentam a segregação e a crueldade que persistem até hoje, principalmente contra a população pobre. Igualmente, a escravidão seguiu por esse mesmo caminho, onde as mulheres escravas também eram usadas pelos senhores e seus filhos, criando uma geração com orfandade dos pais. Outro fato histórico importante na questão da violência social brasileira foi a ditadura militar que, como consequência, deixou o aprofundamento da cultura autoritária. Assim, apesar do Brasil ser reconhecido como um país receptivo e pacífico, a violência social tem raízes profundas e históricas, que têm como resultado elevadíssimos níveis de desigualdade.

Atualmente, a violência que invade o imaginário e a opinião pública brasileira é a criminal e deliquencial. Esta se expressa nas grandes cidades por meio da manutenção de negócios ilegais de origem globalizada, como a circulação de produtos ilegais como drogas e armas. Um dos pontos mais graves do crime organizado é a inclusão dos jovens carentes nos seus negócios lucrativos como uma opção no mercado de trabalho. Assim, a falta de oportunidade de se inserir como cidadão, além da possibilidade de acesso à cultura, consumo e reconhecimento social tornam o mercado da violência uma escolha viável, e "[...]essa população incluída pelo crime e excluída do mercado de trabalho legal reproduz o que existe de mais autoritário e cruel em nossa sociedade [...]" (MINAYO, 2006, p. 34).

A violência é um problema social e relacional da humanidade, pois não há sociedade onde a violência não apareça. É um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, que não pode, portanto, ser considerado sem a análise de sua especificidade histórica (MINAYO, 1994). É, muitas vezes, uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural, o que a torna um fenômeno complexo (MINAYO; SOUZA, 1999). Assim, os saberes hegemônicos do campo da saúde, ligados às causas biológicas das doenças, não são suficientes para lidar com o fenômeno da violência, pois apesar de causar dor, lesões, sofrimento e morte, não se trata de doença, não se inicia por ação de micro-organismos, representando assim um paradoxo para a área da saúde (DESLANDES, 1999).

Antropologicamente, somente os humanos possuem intecionalidade em seus atos ou omissões, então para Minayo (2006) a questão da intencionalidade contida na definição da violência do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde é um tema filosófico essencial, pois situa a violência no âmbito eminentemente humano. Dessa forma, a violência é um fenômeno sobre o qual existe responsabilidade dos sujeitos individuais e coletivos sendo, portanto, possível sua análise, compreensão, intervenção e superação.

Violência sob a ótica da saúde brasileira

A violência não é problema específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela. Por se tratar de um processo social, sendo que suas vítimas são atendidas pelo setor, cabe à saúde elaborar estratégias de prevenção, uma vez que afeta a saúde individual e coletiva. A área da saúde busca, atualmente, ir além de sua função tradicional curativa de cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, sendo de fundamental importância a definição de medidas preventivas e de promoção à saúde, o que inclui a violência (MINAYO; SOUZA, 1998; MINAYO, 2006; 2007a).

Tanto no mundo quanto no Brasil as violências e acidentes, ao lado das doenças crônicas e degenerativas, configuram um novo perfil do quadro dos problemas de saúde. Esse perfil ressalta a influência que o estilo de vida e as condições sociais têm na saúde, exigindo novas abordagens com as quais os sistemas de saúde não estão acostumados (MINAYO, 2006).

A violência vem sendo reconhecida de maneira lenta e fragmentada como problema de saúde no Brasil, mas de maneira progressiva (MINAYO, 2006). O término oficial da ditadura militar coincide com a inclusão da violência e da criminalidade na agenda da cidadania no Brasil. Devido aos movimentos sociais, há uma discussão sobre a violência social ser também questão pública. É na década de 1980 que o tema da violência começa a ser discutido com mais atenção na política e aparece como questão social e de saúde, e a sensibilização em relação ao tema se inicia com a questão da violência contra crianças (MINAYO, 2007a).

Minayo (2007a) traça a trajetória histórica da inclusão da violência na agenda da saúde no Brasil de acordo com suas áreas (saúde da criança, da mulher, do idoso e da saúde mental), destacando os principais documentos desenvolvidos. No âmbito da atenção a criança, a autora destaca a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil de 2002. Em relação à saúde da mulher, a participação do movimento das mulheres brasileiras foi fundamental para a inclusão da pauta da violência contra mulher em documentos importantes, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2004), e um plano de ação que aprofunda as proposições do PAISM no período de 2004 a 2007. Na saúde do idoso, a promulgação do Estatuto do Idoso em 2003 trouxe o tema da violência como pauta inclusive para a saúde, o que é oficializado em 2005 por um plano de ação intersetorial de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Em relação à Saúde Mental, a autora destaca que a partir de 2001 a área passou a discutir a inserção do atendimento a mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a) é um instrumento orientador da atuação do setor saúde que reafirma a violência como um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, o que causa impacto na morbidade e mortalidade da população, destacando a importância da articulação de diversos setores sociais. Assim, essa Política busca, por meio de ações articuladas e sistematizadas, contribuir para a qualidade de vida da população, reduzindo a morbimortalidade por acidentes e violências no país.

Para Minayo (2007a), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências representa importante tomada de consciência sobre o problema da violência, tratando o tema como um problema histórico e social, situando-a nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida; destaca, também, o papel das universidades nesse processo, ao enfatizar que elas não podem ficar alheias ao problema da violência, que afeta profundamente a sociedade brasileira.

O Ministério da Saúde, responsável pela Política Nacional de Saúde, assinou um Acordo de Cooperação Técnica com o Ministério da Justiça visando ações conjuntas da Estratégia Saúde da Família e do Programa Nacional de Segurança Pública. Neste acordo consta que os profissionais de saúde devem estar capacitados para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção da violência, uma vez que se encontram em posição estratégica para detectar os riscos da violência e identificar suas principais vítimas (BRASIL, 2009). Dentro desta lógica é recomendado que os profissionais estejam capacitados para lidar com as diferentes formas de violência. Para tanto é de fundamental importância considerarmos a inserção do tema violência nos currículos de graduação.

3.2. A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Afinal, o que é o currículo?

Os estudos curriculares definem o currículo de muitas maneiras diferentes, pois, afinal, “o que é o currículo?” não tem uma resposta simples. O currículo pode ser a organização prévia ou não de tudo o que pode levar a cabo um processo educativo. Abrange desde a grade curricular com disciplinas, cargas horárias e atividades até o que ocorre em sala de aula, as propostas trazidas pelas experiências dos alunos (LOPES; MACEDO, 2011).

Para muitos autores os estudos curriculares se iniciam por volta de 1900, com o início da industrialização americana, e no Brasil nos anos 1920, com a ideia de que era preciso decidir o que ensinar. Com as demandas da industrialização, a escola adquire a responsabilidade de voltar-se para a resolução dos problemas sociais, ou seja, o conteúdo precisa ser útil, surgindo assim dois movimentos: o eficentismo social, que busca socializar os jovens americanos nos parâmetros da sociedade industrial (currículo como instrumento de controle social) e o progressivismo, que se caracteriza como um meio de diminuir as

desigualdades sociais, pois para os autores dessa corrente as desigualdades são construções sociais passíveis de mudanças. Em 1949, as teorias curriculares utilizam as abordagens técnicas eficientistas com o pensamento progressivista, produzindo a mais duradoura resposta sobre a seleção e organização do currículo que perdurou por mais de 20 anos no Brasil e nos EUA, com as ideias de Ralph Tyler, que também estabeleceu um vínculo estreito entre currículo e avaliação, centrada na formulação de objetivos, com repercussões até nos dias atuais. Até então, o currículo tem um caráter prescritivo, o que mais tarde seria denominado "currículo formal" (LOPES; MACEDO, 2011).

As críticas às teorias curriculares de até então acontecem pelo currículo ser considerado aparato de controle social, por enfatizarem o prescrito e separarem concepção e implementação. Então, nos anos 1970, começam as chamadas teorias da correspondência ou da reprodução, ancoradas nas concepções de Louis Althusser sobre como o sistema educativo prepara os sujeitos de cada classe social para assumir os papéis que o sistema capitalista destina a eles. O cerne da teorização crítica em currículo é baseado na ideologia de Althusser. Nessa época começa o movimento chamado Nova Sociologia da Educação (NSE), organizado por Michael Young, que discute como a diferenciação social é produzida por meio do currículo, espaço de reprodução simbólica, surgindo perguntas sobre porque alguns conteúdos estão no currículo, outros não.

No Brasil, nos anos 1980, vivíamos o processo de abertura política após a ditadura militar, e ganham força as ideias de Michael Apple sobre a correspondência entre dominação econômica e cultura, de como os currículos escolares (re)criam a hegemonia ideológica dominante, defendendo que além do currículo formal há o que acontece dentro da escola, e o chamado currículo oculto, em que as relações de poder estão escondidas nas escolhas curriculares. Com o crescimento das críticas às teorias de currículo prescritivas, começam a ser desenvolvidas as concepções que enfatizam a importância do aluno compreender seu próprio mundo de vida, a chamada teoria crítica da educação. Uma das importantes influências da concepção de currículo focada na compreensão do mundo de vida dos alunos foi deixada por Paulo Freire (LOPES; MACEDO, 2011).

Paulo Freire, educador e filósofo brasileiro, foi um dos grandes defensores da pedagogia crítica no Brasil, que com base nas teorias marxistas defendia a oposição entre opressor e oprimido, defendendo a ideia de que o conhecimento dos educandos deve ser valorizado e considerado no sistema educacional. Acreditava que, com o diálogo, é possível exercer uma pedagogia libertadora, em que os oprimidos, por meio da educação, podem se conscientizar e iniciar uma luta contra os opressores (FREIRE, 1987).

O currículo é algo multifacetado, e para descrevê-lo é preciso considerar o formal, o oculto e o vivido, não só pensando na integração desses itens, mas pensando sem eles. No Brasil, após a década de 1990, o pós-estruturalismo, nos estudos curriculares, aponta para essa outra definição de currículo, com as produções de Tomaz Tadeu da Silva. No pós-estruturalismo, os autores assumem alguns pressupostos do estruturalismo e questionam outros. Para o estruturalismo, a linguagem é composta por significante (som ou palavra) e significado (seu conceito), o que é questionado pelo pós-estruturalismo, pois a linguagem constrói, não só nomeia o que existe no mundo, mas cria aquilo de que se fala, ou seja, os significantes são construídos histórica e socialmente, tendo significados diferentes em cada época ou local. Além disso, o pós-estruturalismo compreende o poder como uma das funções do discurso, sendo que "[...] pode-se entender os discursos pedagógicos e curriculares como atos de poder, o poder de significar, de criar sentidos e hegemonizá-los" (LOPES; MACEDO, 2011).

De maneira resumida, no Brasil, até a década de 1980 os currículos eram organizados e descritos seguindo instrumentos de teorizações americanas, adaptados com base no funcionalismo. Com o advento da redemocratização, a partir da década de 80 o currículo passa a seguir vertentes Marxistas, partindo de discussões de pesquisadores brasileiros que buscavam referências no pensamento crítico. Já a partir da década de 1990, pesquisas publicadas sobre currículos buscavam compreendê-los como espaço de relações de poder, sendo que o mesmo só pode ser compreendido no contexto político, econômico e social, ou seja, a partir desta fase o currículo é marcado pelo hibridismo, uma vez que sua construção se dá por meio de múltiplos sujeitos híbridos (LOPES; MACEDO, 2005).

O currículo é uma prática discursiva e de poder, de atribuição de sentidos, de significação, que constrói a realidade, controla nosso comportamento, projeta nossa identidade; um discurso formado pela junção de diferentes discursos sociais e culturais que tenta direcionar, mas que o faz parcialmente; as distinções entre currículo formal, vivido e oculto são inóquas, pois o currículo deve produzir sentidos, sendo uma prática de significação. Assim, os conteúdos de ensino são escolhas que se dão historicamente e de acordo com os grupos de poder (LOPES; MACEDO, 2011).

Um pouco da história dos currículos da enfermagem no Brasil

A primeira escola de enfermagem no Brasil se institui no Rio de Janeiro em 1923, hoje Escola Ana Néri, seguindo o modelo americano, uma vez que sua estruturação foi feita por

enfermeiras americanas. Essas enfermeiras americanas, além de fundarem a Escola, estruturaram o serviço de saúde pública na cidade, pois uma crise decorrente de endemias e epidemias ameaçava a população e, consequentemente, a economia, que era baseada na exportação de café e dependia do saneamento dos portos. A primeira mudança no currículo de enfermagem acontece em 1949, passando a ser exigido o equivalente ao ensino médio completo como nível de escolaridade. Em decorrência do desenvolvimento técnico-científico e da utilização de equipamentos modernos, houve a expansão do setor hospitalar e do modelo curativo[1] de atenção à saúde (GERMANO, 2003).

Em 1962 ocorre outra reforma curricular, que privilegia ainda mais a área curativa e orienta que os enfermeiros deveriam dar ênfase em técnicas avançadas em saúde, sendo que a saúde pública foi dispensada desses currículos. Havia, assim, um descompasso entre o que se privilegiava no ensino (modelo biologicista, individualista, voltado para o hospital) e as necessidades de saúde da maioria da população brasileira. A partir da década de 70 se inicia o movimento da Reforma Sanitária[2], que questiona o modelo vigente de saúde que era incapaz de responder às demandas da população, destacando, por exemplo, a importância da formação de recursos humanos com uma visão ampliada do processo saúde-doença, buscando explicá-lo e compreendê-lo em sua estreita relação com as condições de vida e trabalho da população, não só pelas causas biológicas das doenças (GERMANO, 2003).

A partir da década de 80 a enfermagem brasileira participa de discussões que buscam uma maior democratização na saúde, ao mesmo tempo em que ocorrem importantes discussões precursoras do atual sistema de saúde, como a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, que concebeu a saúde como direito de todos e foi um marco na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) (GERMANO, 2003). Dessa forma, nas décadas de 80 e 90, acompanhando as discussões que aconteciam no contexto histórico, o direcionamento para a formação na enfermagem era com base nas necessidades sociais da população e nas condições de saúde do país (BAGNATO; RODRIGUES, 2007). Nesse período, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), sempre ativa nas discussões relativas à formação da enfermagem, intensifica ainda mais sua atuação por meio de sua Comissão de Educação, mobilizando discussões com discentes, docentes, profissionais para a

[1] Também chamado de "Modelo médico assistencial privatista", predomina no Brasil, apesar de não contemplar os problemas de saúde da população; com foco na saúde individual, reforça que os indivíduos procurem os serviços de saúde somente quando se sentem doentes, sem realizar medidas de prevenção (PAIM, 2003).

[2] A Reforma Sanitária Brasileira antecedeu a criação do SUS e foi um movimento desencadeado por diversos movimentos sociais, de universidades e de experiências que defendia a determinação social do processo saúde-doença, a luta pela participação social, a luta pela transformação da sociedade e por um sistema de saúde público e de acesso universal (NUNES, 2006).

construção coletiva de um Projeto Político Pedagógico, algo novo e desafiador, pois as reformas curriculares anteriores vinham das instâncias hierárquicas superiores (GERMANO, 2003).

Nesta mesma época (décadas de 1980 e 1990), as publicações sobre a violência e acidentes sob a ótica da saúde cresceram em número, abrangência, inclusão de temáticas e complexidade de abordagens (SOUZA et al., 2003). Na revisão dos estudos sobre violência na década de 1990, Souza et al. (2003) encontraram que a violência é considerada tema relevante para as necessidades de saúde do país, sendo que em relação à prevenção e à atenção à saúde os estudos evidenciam a importância de formação específica dos profissionais de saúde para lidar com a temática.

Em 1994 foi aprovado, conforme o parecer 314/94 do Conselho Federal de Educação (CFE), um novo currículo mínimo na área da enfermagem, com carga horária mínima de 3500 horas, sendo 500 horas de estágio com ênfase na integração docente-assistencial; além disso, os conteúdos de saúde pública, antes excluídos, voltam a fazer parte dos currículos, porém manteve-se a subdivisão em especialidades médicas (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). Nessa mesma época é estabelecida a Lei n° 9394/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996), que é a principal lei que rege a educação brasileira, contendo inovações e mudanças na educação nacional, sendo prevista a reestruturação dos cursos de graduação com a adoção de Diretrizes Curriculares específicas para cada curso, extinguindo-se assim os currículos mínimos (BRASIL, 1996). Com a LDB houve uma maior flexibilidade e novas responsabilidades para as Instituições de Ensino Superior. Assim, foi lhes conferido a formação de diferentes perfis profissionais a partir da perspectiva de cada curso e das necessidades do mercado de trabalho (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Com a extinção dos currículos mínimos são criadas as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação na área da saúde, que trazem orientações para a elaboração dos currículos destes cursos. Para os novos currículos é considerado o perfil acadêmico e profissional, dentro de perspectivas nacionais e internacionais, garantindo a capacitação profissional com autonomia, responsabilidade, qualidade e humanização do atendimento prestado (BRASIL, 2001b).

As Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em enfermagem (DCN/ENF) são criadas em 2001. Segundo a resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001, que institui as DCN/ENF, os conteúdos curriculares essenciais para este curso devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade. Além disso, de acordo com as DCN/ENF:

> [...] a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento" (BRASIL, 2001c, p. 2).

É importante destacar o contexto da década de 1990 em que se institui o currículo mínimo da enfermagem em 1994, a LDB em 1996, e a criação das DCN/ENF em 2001. O currículo mínimo da enfermagem de 1994 foi fruto de intensas discussões internas da categoria, que buscava romper com o modelo biológico, com enfoque em uma formação voltada para as necessidades de saúde da população. Mas a LDB teve forte influência do contexto mundial e de agências financiadoras internacionais como o Banco Mundial, que considerava um equívoco manter o Estado no fornecimento de educação superior, assegurando que as instituições privadas se ampliassem e tivessem seus interesses assegurados, sendo a educação, então, tratada como mercadoria. Assim, a construção das DCN/ENF foi marcada pelo embate das discussões internas e o cenário externo, sendo que muitos conceitos e princípios incorporados ao texto dessas diretrizes curriculares não foram resultado da vontade expressa pela categoria (BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

O paradigma linear, pautado pela orientação racional técnica e voltado às necessidades do mercado e não às necessidades sociais predomina em muitos cursos universitários, inclusive na saúde. Tal paradigma pode estar presente no modelo de competências das diretrizes curriculares, pois os professores universitários, com suas práticas pedagógicas, podem reproduzi-lo se houver absolutização dos conhecimentos, certezas prescritivas, explicações unidimensionais que colaboram para uma formação pouco crítica (BAGNATO; MONTEIRO, 2006). Para Renovato et al. (2009) o modelo de competências defendido nas DCN/ENF pode ter aproximações com as perspectivas neoliberais, sendo que não refletir criticamente sobre sua transposição para o campo da educação da enfermagem é perigoso.

Bagnato e Monteiro (2006) destacam que a formação dos enfermeiros é algo complexo, pois a saúde é também algo de dimensão social, estando, portanto, condicionada a um contexto político, econômico, social e cultural mais geral, sendo que assumir processos de formação nessa perspectiva poderá incomodar os que participam desse processo e iniciar mudanças nesses contextos, contribuindo para que os futuros profissionais olhem para as diferentes realidades político-socioculturais em que irão atuar e desenvolvam saberes e competências que incluem dimensões éticas, políticas e humanas, e não somente técnicas.

Em artigo sobre as DCN/ENF, Fernandes el al. (2005) destacam que as diretrizes devem fornecer referências para as discussões a respeito da formulação dos projetos políticos

pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem, mas não necessariamente devem estabelecer currículos e sua formatação, pois os PPP devem ser fruto de amplas discussões, com participação de docentes e discentes, voltados não só para o mercado de trabalho, mas também para a consolidação do SUS, para as necessidades locais de saúde e para as condições de inserção social específicas de cada curso.

Pensando nas considerações sobre a história dos currículos de graduação em enfermagem e nas atuais políticas e discussões sobre as construções de PPP voltados para as necessidades sociais da população, a violência deve ser considerada, pois a temática da violência é uma questão da práxis sócio-política, que se realiza como parte da história humana e social, independentemente de qual seja sua especificidade (SOUZA et al., 2003), sendo fundamental, portanto, sua inserção nos currículos de graduação em enfermagem.

Os modelos de currículos: principais características

As principais formas de organização curricular são definidas de forma sintética por Davini (1994) em currículo formal, currículo por assuntos (ou interdisciplinar) e currículo integrado. Observa-se que, historicamente, os currículos dos cursos de enfermagem passaram (e continuam passando) por transformações, configurando-se nesses diferentes tipos de modelos de currículo.

O currículo formal considera que a educação escolar é um processo institucional de transmissão de conhecimentos e de inclusão de valores socialmente aceitos por meio de uma metodologia que se fundamenta na passagem de informações de professores para alunos, com um plano de ensino organizado em disciplinas isoladas e divididas simultaneamente (estrutura horizontal) e correlativamente (estrutura vertical). As disciplinas que compõem esse currículo são campos de conhecimentos específicos que devem ser esgotados por professores e alunos em prazos estabelecidos (de um semestre ou um ano), e geralmente as disciplinas se classificam em científicas e técnicas ou aplicadas. A principal característica desse tipo de currículo é o formalismo, que se define por transmissão de conhecimentos parcelados em disciplinas, estudo isolado dos problemas e processos do contexto social, aprendizagem por acúmulo de informações, convencionalismo e rigidez, sendo que nessa concepção pedagógica aprender é, em grande medida, memorizar informações ou executar mecanicamente processos, o que dificulta a formação de pessoas pensantes e criativas (DAVINI, 1994).

Com o objetivo de superar as limitações do currículo formal, ensaiaram-se diversas experiências, como universidades departamentalizadas ou “junção” de disciplinas afins,

porém com resultados irrelevantes. Mas, um passo importante foi dado para superar o currículo formal por meio das experiências com o currículo por assuntos ou interdisciplinar. Nesse modelo de currículo são selecionados assuntos trazidos da realidade própria da prática social de uma determinada profissão, e a partir daí procuram-se os dados e as teorias com componentes científicos e técnicos, o que estimula que os alunos investiguem e compreendam o problema pela participação ativa nesse processo. Houve muitos avanços pedagógicos com a elaboração dos currículos por assuntos ou interdisciplinares, porém é preciso ter cuidado, pois após determinar as unidades de ensino nesse currículo corre-se o risco delas funcionarem, em última instância, como disciplinas (DAVINI, 1994).

O currículo integrado é definido como um plano pedagógico e organização institucional que articulam de maneira dinâmica trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, sendo que todas essas relações devem ter como pano de fundo as características sócio-culturais do meio em que esse processo se desenvolve. Esse tipo de currículo permite uma efetiva integração entre ensino e prática profissional, um avanço na construção de teorias a partir da prática, a busca de soluções para diferentes situações, a integração ensino-trabalho-comunidade, a integração professor-aluno na busca de soluções e propostas, a adaptação à realidade local e padrões culturais de determinadas estruturas sociais. Entretanto, a proposta traz alguns riscos na sua operacionalização, como por exemplo, o fato de haver a aproximação entre ensino e trabalho não garante que haja sua integração; também corre-se o risco de tomar a realidade do serviço como parâmetro de ensino, reproduzindo acriticamente essa realidade (DAVINI, 1994).

Para Plata (2008) o currículo é como uma ponte que promove interação da universidade e o contexto em que ela se insere, além de fornecer subsídios para tal relação. O autor discute três tipos de currículos: baseados na racionalidade técnica (sustentado nas teorias psicológicas), na racionalidade prática (embasado pela teoria cognitiva e pelo construtivismo), e na racionalidade crítica (com base na teoria crítica).

O modelo curricular da EERP/USP

O curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) completa 60 anos de existência em 2013. Se pensarmos na discussão realizada sobre a história dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil, o curso da EERP/USP passou por todas as mudanças curriculares ocorridas no país, inclusive já funcionava há bastante tempo quando aconteceram a Reforma Sanitária e as

discussões que deram início aos SUS. Passou pela implementação do currículo mínimo em 1994, da implantação da LDB e das DCN/ENF em 2001, ou seja, uma longa trajetória histórica curricular que teve que se adaptar às mudanças e se reestruturar conforme surgiam novas propostas curriculares.

Clapis et al. (2004) fazem uma discussão acerca do ensino de graduação em enfermagem na EERP/USP ao longo dos seus 50 anos, descrevendo sua trajetória de ensino e buscando trazer subsídios para as discussões sobre os projetos político-pedagógicos necessários para a formação dos enfermeiros. Nos anos 50 e 60 o ensino na EERP/USP buscava integrar os aspectos sociais e psicológicos para o exercício da enfermagem, buscando articular aspectos preventivos e curativos e com enfoque na administração dos serviços. A duração do curso era de quatro anos no período de 1953 a 1966; em 1967 o curso passou para três anos, sendo opcional um ano a mais para a formação em saúde pública; em 1969 era possível, no 4º ano de graduação, optar por enfermagem médico-cirúrgica, psiquiátrica e pediátrica. Na década de 1970 ocorreu a instalação de Departamentos dentro da EERP/USP e foram incluídas na estrutura curricular uma série de disciplinas para atender às exigências mínimas da formação do enfermeiro, cuja ênfase era no mercado de trabalho e no contexto hospitalar. Na década de 1980, acompanhando as discussões que aconteciam no Brasil sobre o ensino ser voltado para a atenção primária em saúde, a Escola reformula seu currículo, voltando-se para a formação do enfermeiro generalista. A implantação curricular aconteceu em 1989, composto por um ciclo pré-profissional (núcleo de disciplinas biológicas, epidemiológicas e de educação em saúde) e outro profissional, voltado para o desenvolvimento da assistência individual e coletiva, sendo que o último semestre era para administração de serviços de saúde. Em 1998 ocorre nova reformulação curricular para implantação do Estágio Curricular em Enfermagem, com o objetivo de proporcionar aos alunos experiências acadêmico-profissionais, com reflexões ativas sobre o trabalho do enfermeiro e o compromisso social de sua atuação (CLAPIS et al., 2004).

Em 2005, foi implantada uma nova estrutura curricular para o curso de bacharelado em enfermagem em concordância com as DCN/ENF, com base na Teoria crítica da educação. O Projeto Político Pedagógico (PPP) da EERP/USP fundamenta-se no referencial pedagógico das competências e nas metodologias que combinam elementos de problematização (dialógica) e de aprendizagem significativa (SCHERER; SCHERER, 2012). O curso de bacharelado exige o cumprimento de carga horária de 4.170 horas para a sua conclusão, com duração mínima de oito semestres (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011).

Na EERP/USP há três departamentos, responsáveis por ministrar disciplinas no curso de bacharelado em enfermagem. O Departamento de Enfermagem Geral e Especializada é responsável por 23 disciplinas. Já o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública ministra 15 disciplinas. O Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas é responsável por 22 disciplinas. Há também disciplinas ministradas pelos três Departamentos em conjunto, chamadas de disciplinas interdepartamentais, totalizando 12 disciplinas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1999-2013).

Assim, o currículo adotado pela EERP/USP atualmente é o chamado currículo integrado. Este tipo de currículo faz interações entre diferentes saberes e áreas do conhecimento, colocando o aluno como agente principal, ativo e reflexivo no processo de ensino-aprendizagem, utilizando a interdisciplinaridade, sendo importante modelo de construção de projetos pedagógicos flexíveis no ensino de graduação em enfermagem que busca um rompimento com o modelo tradicional e contribui para a formação de profissionais capazes de atender as demandas da sociedade (OPTIZ et al., 2008). Em contrapartida, para Bagnato e Rodrigues (2007) é preciso ter cuidado com a forma como se dão esses novos currículos não tradicionais para que a formação centrada no aluno não se torne assistemática demais e inconsistente em relação ao conhecimento historicamente construído por essa área profissional.

O modelo curricular da UNICAMP

O curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) completa 35 anos em 2013. O curso iniciou em 1978, momento em que ocorriam amplas discussões sobre os currículos de enfermagem no Brasil influenciados pelo Movimento da Reforma Sanitária. No período em que tem início o curso, o município de Campinas, ao lado de outros municípios como Londrina, Montes Claros e Niterói, em oposição ao regime militar, começava experiências de organização de serviços visando estender a atenção à saúde à população total, ou seja, antes mesmo da criação do SUS o município já contava com 20 postos comunitários de saúde (NOZAWA et al., 2003).

Assim, o curso de graduação em enfermagem da UNICAMP foi criado com o argumento de suprir as necessidades do Hospital das Clínicas da UNICAMP e da rede municipal de saúde do município de Campinas. O currículo adotado do início até 1996 correspondia ao determinado no currículo mínimo de 1972. Assim sendo, havia as disciplinas do tronco básico no primeiro ano, ministradas pelo Instituto de Biologia e por alguns

Departamentos da Faculdade de Ciências Médicas, e as disciplinas do tronco profissionalizante, específicas de enfermagem, com a participação de enfermeiros que trabalhavam no Hospital das Clínicas, pois não havia um corpo docente estruturado. A estrutura curricular oferecia uma formação compartimentalizada, voltada ao modelo curativo, com enfoque biomédico, reprodução das especialidades médicas sem atentar-se, portanto, às necessidades sociais de saúde (NOZAWA et al., 2003).

Mesmo com as discussões organizadas pela Comissão de Ensino de Graduação em 1985 e 1991, somente em 1993, por ocasião da comemoração dos 15 anos de existência do curso, resultou a proposta de um novo currículo de graduação implantado em 1997. Nesse novo currículo houve uma inversão de eixos norteadores de ensino, ou seja, enfoque coletivo do processo saúde-doença em vez do individual, reconhecimento das condições sociais, políticas e culturais como influenciadoras do processo. Apesar do currículo reformulado, há resistência do corpo docente em revisar a organização interna do trabalho, mantendo-se a divisão anterior de áreas de ensino (NOZAWA et al., 2003).

Apesar de, mesmo antes das DCN/ENF, o curso de enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) ter assumido compromisso com a formação de profissionais com características muito semelhantes àquelas propostas pelas diretrizes, no final de 2005 houve uma reformulação no PPP. Assim, em concordância com as DCN/ENF, o PPP visa à reorientação da formação em saúde com a integração entre a graduação e pós-graduação, inserção do corpo docente em serviços de saúde do SUS e integração ensino e serviço. O curso tem duração mínima de oito semestres com carga horária total de 3.945 horas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2006).

Atualmente, o currículo da UNICAMP é estruturado em seis áreas de conhecimento em enfermagem que são: Enfermagem Fundamental, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido, Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, Enfermagem em Saúde Pública e Saúde Mental e Administração Aplicada à Enfermagem, sendo que essas áreas de conhecimento são responsáveis pelas disciplinas de graduação. O currículo do bacharelado é composto por 60 disciplinas, sendo 33 delas sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem, sete do Instituto de Biologia, nove de outros Departamentos da Faculdade de Ciências Médicas, uma da Faculdade de Educação Física e uma do Instituto de Matemática e Estatística e Ciências da Computação (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2013a).

Assim, apesar de muitas discussões e mudanças, o currículo da UNICAMP é o tradicional, dividido em disciplinas. Albuquerque et al. (2009) destaca que o modelo

disciplinar ainda é muito comum nos currículos da área da saúde, porém faz críticas à sua utilização, que pode trazer consequências negativas ao modo que os futuros profissionais produzem a atenção à saúde, sendo necessária a transposição desse modelo.

3.3. A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA NOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO

É sabido que os profissionais de saúde poderão lidar na sua prática assistencial com diferentes tipos de violência. A violência interpessoal, da família e comunitária também denominada intrafamiliar e doméstica respectivamente, tem grande importância e pode ser prevenida por esses trabalhadores no seu dia a dia. Portanto, no cotidiano, esses profissionais de saúde podem se deparar com a violência cometida por pais e responsáveis contra crianças, a violência perpetrada por parceiro íntimo, o abuso contra idosos e a violência sexual. Neste sentido, estudiosos de centros formadores têm mostrado preocupação com a temática da violência na formação dos futuros profissionais da área da saúde. Na literatura foram encontradas publicações recentes de pesquisas em que o objeto de estudo foi o tema da violência no meio acadêmico (WOODTLI; BRESLIN, 2002; PENNA, 2005; SQUINCA; DINIZ; BRAGA, 2004; SOUZA et al., 2008; 2009; ROSA et al., 2010).

Considerando que o conteúdo violência na graduação é fundamental para que os futuros profissionais enfermeiros saibam prevenir, avaliar e tratar a violência de maneira competente, Woodtli e Breslin (2002) enviaram questionários para 648 cursos de enfermagem nos Estados Unidos, credenciados pela liga nacional de enfermagem, para saber a localização e extensão dos conteúdos violência contra mulher, criança e idosos no currículo. Os questionários buscavam responder: Qual conteúdo relacionado à violência é incluído no bacharelado em enfermagem? Qual conteúdo da violência é ensinado? Como os alunos ganham experiência clínica? Que atividades têm acontecido nas faculdades e que outras atividades são necessárias na faculdade? Foram devolvidos 395 questionários. Os resultados deste estudo revelaram que 68% dos programas não avaliaram sistematicamente o conteúdo violência; 75% não desenvolviam a competência violência com foco nos estudantes; 68% das escolas não relataram atividades relacionadas à violência com o corpo docente nos últimos quatro anos; e a maioria dos conteúdos sobre violência são ministrados em no máximo quatro horas de aula.

Penna (2005), em sua tese de doutorado, inseriu a temática da violência contra a mulher em um curso de graduação em enfermagem no Rio de Janeiro (RJ). A autora primeiramente realizou um diagnóstico situacional, conhecendo o programa curricular e a opinião dos atores sociais envolvidos. Os achados da pesquisa revelaram que antes da inserção da temática não havia programação adequada sobre o tema no curso de graduação em enfermagem em estudo, pois os docentes não direcionavam sua prática para o tema. Após a inserção da temática percebeu-se que os discentes, além de ampliarem seus conhecimentos sobre a violência, ampliaram seu compromisso profissional e de cidadãos na promoção à saúde e prevenção da violência contra a mulher, passando a considerar a importância da inserção do tema na formação dos enfermeiros por meio de uma pedagogia crítica e transformadora da realidade.

Considerando que os cursos de enfermagem e serviço social são paradigmáticos para compreender as ações desenvolvidas pelas universidades em relação ao tema da violência sexual contra a mulher nas atividades de ensino, pesquisa e extensão desses cursos, Squinca, Diniz e Braga (2004) realizaram um estudo bibliográfico sobre o assunto. As autoras destacam a importância da capacitação profissional, além de enfatizarem a importância da universidade nesses campos, que deve considerar a violência como um fenômeno social a ser inserido nos currículos acadêmicos.

Em outro estudo sobre a inserção do tema violência intrafamiliar nos currículos de cursos de graduação em enfermagem e medicina de universidades públicas e particulares do Rio de Janeiro (RJ) e Cuiabá (MT) foi constatado que, na enfermagem, o tema é trabalhado sob o ponto de vista psicossocial e da promoção da saúde, enquanto que na medicina trabalha-se sob o ponto de vista biomédico vinculado ao trauma físico. Os autores destacaram que é preciso trabalhar com os alunos o desenvolvimento da consciência de forças sociais maiores que afetam a vida e a saúde da comunidade, dentre elas a violência como uma questão social (SOUZA et al., 2008).

Ao entrevistar coordenadores de disciplinas de graduação em enfermagem e medicina sobre a questão da violência, Souza et al. (2009) divulgaram que a violência, especificamente a intrafamiliar, é um tema pouco discutido na formação dos alunos. Os autores, em suas considerações, indicam a necessidade de mudanças urgentes nos currículos desses cursos, pois os professores revelaram que não se sentem capacitados para discutir a problemática da violência. Acrescentaram, ainda, a preocupação com a formação de futuros profissionais da saúde, pessoas que atuarão no SUS e que, portanto, estão sujeitos a atender e cuidar de indivíduos que sofreram ou sofrem das diversas formas de violência (SOUZA et al., 2009).

Na Universidade Federal de Santa Catarina foi realizada uma pesquisa com acadêmicos do último ano de cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia (ROSA et al., 2010). Os achados deste estudo revelaram que: a inserção do tema violência durante a formação aconteceu de forma esporádica e superficial; quanto à manifestação dos atos violentos, as agressões, os danos físicos foram os mais evidenciados; foi apontado que o profissional de saúde encontra dificuldade em identificar situações de violência quando presta assistência de forma superficial às vítimas; e um último achado foi referente à formação acadêmica, concluindo que esta não discute o tema suficientemente.

Apesar dos estudos que encontramos (WOODTLI; BRESLIN, 2002; PENNA, 2005; SQUINCA; DINIZ; BRAGA, 2004; SOUZA et al., 2008; 2009; ROSA et al., 2010) discutirem a inserção do tema violência nos currículos de graduação, destacamos que essa abordagem deve estimular a formação de profissionais críticos e ativos diante da violência, sendo que a pedagogia crítico social é um dos meios de se alcançar tal objetivo.

Os conceitos da pedagogia crítico social, ou seja, a articulação das teorias de aprendizagem ao contexto social em que vivem os seres humanos foi defendida pelo educador Paulo Freire (FREIRE, 1996). Freire (1996) acrediatava que os educandos, já inseridos em um contexto sócio histórico construído ao longo de sua vida, trazem crenças, valores e conhecimentos que devem ser considerados no processo educativo, pois o aluno não é uma folha em branco a ser preenchida. Acrescenta ainda que ninguém educa ninguém. O processo de ensinar e aprender é dinâmico e contínuo, pois "[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção" (FREIRE, 1996, p. 47).

Para um processo ensino-aprendizagem efetivo, Freire defendia a ideia de uma prática pedagógica dialógica, em que a interação, educador e educando é contínua para a construção do processo, criticando assim o ensino bancário em que o aluno é depositário do conhecimento absoluto passado pelo professor, ensino este que limita tanto o educador quanto o educando, pois não há busca de novos conhecimentos e criatividade numa relação dialógica (FREIRE, 1979; 2007).

Para Freire (1967), existir ultrapassa o viver, pois existir é mais do que estar no mundo: é estar nele e com ele, e para existir é preciso transcender, discernir e dialogar, o que faz com que o homem se integre ao seu contexto e, assim, por meio da integração, o homem ajusta-se à realidade e é capaz de transformá-la.

Assim, diante do exposto sobre a magnitude do problema da violência e sobre os currículos de graduação em enfermagem concordamos com a ideia defendida por Paulo Freire

de que a educação é uma forma de conscientização e intervenção no mundo (FREIRE, 2007). Acreditamos que a introdução da temática da violência na formação dos enfermeiros e a forma como os docentes trabalham tal temática podem levar à conscientização sobre o assunto, e, consequentemente, uma possível intervenção no mundo enquanto trabalhadores comprometidos com as desigualdades e realidades sociais existentes, o que conforma a enfermagem como uma prática social.

3.4. A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL

Para Trezza, Santos e Leite (2008, p. 906) prática social é definida por:

> [...] ação que se desenvolve em resposta a um interesse e/ou necessidade da pessoa e da sociedade, exercida por seus praticantes sobre o objeto do seu fazer, através da qual estabelecem relações, aplicam o seu saber como forma de transformar uma realidade concreta. Esses praticantes, ao participar desse processo de transformação, transformam-se também.

Entender a enfermagem como prática social demanda uma série de questões. Em relação à utilidade social da enfermagem, há uma estreita relação entre cuidado humano e o trabalho em enfermagem. O cuidar em enfermagem envolve um encontro interpessoal com objetivo terapêutico de conforto, cura ou até mesmo preparo para a morte; o cuidar em enfermagem procura promover o bem estar dos seres humanos na sua individualidade, complexidade e integralidade. Porém, na prática de enfermagem dentro das instituições é preciso olhar a enfermagem na perspectiva da categoria trabalho (PIRES, 2009).

O trabalho humano é marcado pela intencionalidade e pela socialidade, ou seja, o trabalho é sempre uma ação transfomadora intencional. A enfermagem enquanto prática social é a enfermagem enquanto trabalho. Compreender a enfermagem dessa forma fundamenta-se em concebê-la como uma profissão além da competência técnica científica, pois a incorporação da categoria trabalho na análise das práticas de saúde possibilita a compreensão de que estas práticas são determinadas pela finalidade social do trabalho (PEREIRA et al., 2009). Assim, “[...] a Enfermagem é uma profissão desenvolvida por um grupo de trabalhadores qualificados e especializados para a realização de atividades socialmente necessárias” (PIRES, 2009, p. 740).

A enfermagem precisa se aproximar de diversas disciplinas do campo das humanidades. Cuidar de seres humanos tem potencial para se aproximar mais das múltiplas dimensões do objeto de trabalho em saúde. Porém, sua prática assistencial ainda é muito influenciada pela ciência positivista e pelos padrões da biomedicina (PIRES, 2009). Mas, compreender a enfermagem como uma prática social, historicamente construída, permite ampliar a visão sobre a organização do processo educacional, propiciando assim uma aproximação entre a academia e os serviços (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008).

A enfermagem é uma prática social, pois enquanto trabalho, incorpora a compreensão de que suas práticas são determinadas pela finalidade social do trabalho, cuja inserção se dá em um determinado contexto, sendo, portanto, uma profissão que vai além da competência técnico-científica (PEREIRA et al., 2009). Assim sendo, a violência é um problema social, devendo ser discutida nos currículos de graduação em enfermagem por meio de uma pedagogia crítica, pois, afinal, a enfermagem é uma prática social cuja questão da violência faz parte do dia a dia de trabalho.

4. MÉTODO

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares, trabalhando com a realidade social dos seres humanos, ou seja, trabalha com os significados, crenças, motivos, valores, atitudes e aspirações das pessoas, pois o que diferere os seres humanos é sua capacidade de agir, pensar e interpretar suas ações a partir da realidade vivida (MINAYO, 2007b). Para Minayo (2010, p. 57):

> [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e de documentos.

Assim, para esse estudo de abordagem qualitativa optamos pela pesquisa descritiva exploratória, que tem por objetivo descrever determinado fenômeno, por meio de descrições qualitativas e informações detalhadas (MARCONI; LAKATOS, 2010). Os estudos exploratórios são utilizados quando se deseja conhecer determinado fenômeno, mas não se tem informações sobre o tema; já os estudos descritivos propõem-se a descobrir características de um fenômeno como tal, como por exemplo uma situação ou grupo específico, sendo realizado quando o pesquisador deseja entender melhor o comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam um fenômeno (RICHARDSON, 2008).

4.2. CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo desta pesquisa foram os cursos de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), localizada no município de Ribeirão Preto (SP) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) no município de Campinas (SP).

Escolhemos os dois cursos por serem oferecidos em universidades públicas localizadas em dois polos regionais (Ribeirão Preto e Campinas) do estado de São Paulo. A região de

Ribeirão Preto é composta por mais de 80 municípios e, aproximadamente, três milhões de habitantes, sendo a renda per capita o dobro da média brasileira. A cidade se destaca como sede da região e é conhecida mundialmente como a capital do agronegócio. Dispõe de um dos principais centros universitários, a Universidade de São Paulo, com destaque em pesquisas nas áreas da saúde, além de contar com alta qualificação de profissionais (RIBEIRÃO PRETO, 2013?).

Campinas, cidade com grande vigor econômico e social, em especial pela ampliação de sua população trabalhadora, transformou-se em um dos polos da região metropolitana de São Paulo, formada por 19 cidades e uma população estimada em 2,33 milhões de habitantes. É o décimo município mais rico do país e o terceiro maior polo de pesquisa e desenvolvimento brasileiro, sendo responsável por pelo menos 15% de toda produção científica nacional CAMPINAS, 2013?).

Breve Histórico da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

A EERP/USP iniciou suas atividades em 10 de agosto de 1953, sob a Direção da Profª Glete de Alcântara. Em 1957 formou-se a primeira turma, e instalou-se o curso de auxiliar de enfermagem. Em 1963 a Professora Glete defende, nesta instituição, a primeira tese de doutorado em enfermagem do Brasil e da América Latina. No ano seguinte, um decreto transforma a Escola em estabelecimento de ensino superior. Em 1975 a EERP foi transferida para prédio próprio, no campus universitário; além disso, no mesmo ano tem início o mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e a última turma do curso de auxiliar de enfermagem. Em 1979 iniciou o mestrado em Enfermagem Fundamental. Em 1981 se inicia o primeiro curso de doutorado em enfermagem da América Latina. Desde 1988 a EERP é designada como centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem. Em 1989 tem início o doutorado em Enfermagem Fundamental. Já em 1991 tem início o curso de mestrado em Enfermagem em Saúde Pública. A Revista Latino-Americana de Enfermagem é lançada em 1993. Em 1994 começa a licenciatura em enfermagem. Em 1998 começa o doutorado em Enfermagem em Saúde pública, assim como instala-se o Comitê de Ética em Pesquisa; no ano seguinte tem início o doutorado em Enfermagem Psiquiátrica. Em 2003 é aprovado um novo curso de Bacharelado e Licenciatura em enfermagem, assim como extinção do anterior (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2013).

Atualmente, na graduação, há os cursos de bacharelado em enfermagem e bacharelado e licenciatura em enfermagem. Na pós-graduação (formação de mestres, doutores e pós-doutores) a EERP mantém três programas: Enfermagem Fundamental, Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Pública, além do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem em parceria com a Escola de Enfermagem da USP de São Paulo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2013).

A EERP/USP edita a Revista Latino-Americana de Enfermagem e a Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas mantendo-se também como centro colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2013).

Breve Histórico do Departamento de Enfermagem da UNICAMP

Em 1966 foi autorizada a instalação de uma Faculdade de Enfermagem na UNICAMP, porém a graduação (bacharelado e licenciatura) teve início em 1978 não como uma Faculdade de Enfermagem, mas dentro da Faculdade de Ciências Médicas (FCM). A FCM é composta por 16 Departamentos (dentre eles o Departamento de Enfermagem), e é a unidade de ensino responsável pelas graduações em medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia (em conjunto com os Institutos de Biologia e Química) (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2013b?).

No início, o curso de enfermagem era coordenado pelo Professor Luiz Cietto, que também era diretor da Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas. A primeira turma se formou em 1981, mesmo ano em que são reconhecidos os cursos de bacharelado e licenciatura em enfermagem pelo Conselho Estadual de Educação (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2013b?).

No primeiro ano as disciplinas básicas foram ministradas predominantemente pelo Instituto de Biologia, mas também por alguns Departamentos da FCM. A partir de 1979, quando se iniciaram as disciplinas específicas de enfermagem, começou a haver necessidade de participação de diversos enfermeiros e, a partir desse conjunto de profissionais houve a criação oficial do Departamento de Enfermagem, em 1981. É o único Departamento da FCM exclusivamente composto por docentes não médicos (ZULSKE; NOZAWA, 2006).

Até 1986 a FCM permaneceu funcionando na Santa Casa de Campinas, quando então começa a funcionar em Barão Geraldo, distrito do município de Campinas. Em 1997 é

concluído o complexo hospitalar da UNICAMP. Em 1999 inicia-se o Programa de Pós-graduação em enfermagem (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2013b?).

Assim, atualmente a graduação em enfermagem da UNICAMP é oferecida nas modalidades bacharelado e licenciatura, além de contar com o Programa de Pós-graduação (nível mestrado e doutorado). Em 2012 o Conselho Universitário (CONSU) da UNICAMP, órgão máximo deliberativo da Universidade aprovou a criação da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2013c).

4.3. SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos dessa pesquisa foram 15 docentes atuantes nos cursos de Bacharelado em Enfermagem, sendo 5 da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e 10 da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Critérios de inclusão

- Ser docente dos cursos de graduação em enfermagem da EERP/USP ou UNICAMP;
- Ministrar disciplinas nas universidades pesquisadas onde o termo “violência” ou correlatos apareça nos programas das disciplinas;
- Aceitar participar da pesquisa;
- Responder o instrumento de coleta de dados da entrevista;
- Aceitar gravar a entrevista;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclerecido.

Critérios de exclusão

- Não aceitar participar da pesquisa;
- Aceitar participar da pesquisa, mas recusar-se a responder ou gravar a entrevista;
- Recusar-se a assinar o Termo de Consetimento Livre e Esclarecido.

4.4. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Obtivemos autorização das duas instituições para realizarmos a pesquisa, sendo que a aprovação da EERP/USP aconteceu dia 01 de fevereiro de 2011, e a do Departamento de Enfermagem da UNICAMP aconteceu em 24 de fevereiro de 2011.

Enviamos este projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 196/96 CNS, e obtivemos aprovação em março de 2011 (Parecer CEP nº 158/2011).

Cada sujeito da pesquisa leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, sendo que uma cópia ficou com o entrevistado e a outra com o entrevistador.

4.5. PROCEDIMENTO

4.5.1. Coleta de dados

Utilizamos neste estudo como procedimento para a realização da coleta de dados técnicas de pesquisa como a documental, a entrevista e a observação sistemática. O estabelecimento de técnicas que visem ao levantamento de dados possibilita ao pesquisador ampliar o entendimento do fenômeno em suas variadas dimensões, com aplicação de instrumentos como os selecionados neste estudo, ou seja, protocolo, entrevista semi-estruturada e diário de campo (MINAYO, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2010).

Pesquisa documental

A fonte da coleta de dados na pesquisa documental está restrita a documentos, escritos ou não, que se constituem as denominadas fontes primárias (MARCONI; LAKATOS, 2010). Na primeira parte da coleta de dados utilizamos como fontes para anotações os escritos

primários retrospectivos, ou seja, os registros escritos nos programas de disciplinas oferecidas nos currículos dos cursos de bacharelado em enfermagem da EERP/USP e da UNICAMP.

Para analisarmos os programas de disciplinas das duas universidades, elaboramos um protocolo de pesquisa (Apêndice B), contemplando informações referentes a aspectos de identificação da disciplina, objetivos, ementa, programa e conteúdo programático, referências, tempo de existência da disciplina, aparecimento do termo "violência" ou correlatos e estratégias de ensino descritas para abordagem da violência.

Acessamos o currículo do curso de graduação em enfermagem da EERP/USP pela internet, por meio do sistema Júpiter de informática que contém os dados da graduação em enfermagem. Estes dados são de livre acesso. Assim, obtivemos os programas completos das 72 disciplinas, oferecidas nos quatro anos com todas as ementas, objetivos e referências bibliográficas.

Já o currículo do curso de graduação em enfermagem da UNICAMP tivemos acesso depois da autorização do Departamento de Enfermagem. A comissão de graduação nos concedeu os programas completos de todas as disciplinas de graduação, uma vez que não é possível acessar tais programas pela internet.

De posse dos programas dos dois cursos realizamos uma busca por palavras-chave. Buscamos por "violência" e termos correlatos (abuso, agressivo, agressividade, agressão, vítima, vitimização, violento, violenta, trauma, negligência, luta, poder, briga, lesão, ferir, bater, drogas, provocação, provocações, mutilação, estupro, coação, perpetração, perpetrador, perpetrada, abandono, espancar, espancada). Acreditamos que qualquer um destes termos poderia trazer para discussão questões correspondentes à violência nas disciplinas.

Pesquisa documental na EERP/USP

O currículo do curso de bacharelado em enfermagem da EERP/USP é composto por 72 disciplinas. Organizamos as ementas de todas as disciplinas em um arquivo de texto. Digitamos, no comando de busca do programa de texto, o termo violência ou correlatos.

Iniciamos a busca pelo termo violência, que foi encontrado nos programas de quatro disciplinas: Cuidados em saúde mental, Educação para a saúde, Saúde e segurança no trabalho de enfermagem, Educação/orientação sexual nas escolas. O termo também foi encontrado nas referências bibliográficas de três disciplinas: Enfermagem em gerontologia, Enfermagem gerontológica e geriátrica, e o Uso e abuso de álcool e drogas: visão geral.

Além disso, o termo “violência” e o correlato “drogas” aparecem na disciplina “Ações de enfermagem em atenção básica de saúde”, que não é mais oferecida. O conteúdo dessa disciplina agora está inserido na disciplina “Integralidade do cuidado em saúde III”, porém no programa desta nova disciplina o termo “violência” e o correlato “drogas” não aparecem.

O termo correlato “abuso” foi encontrado em duas disciplinas da EERP/USP que já foram citadas anteriormente: “Educação/orientação sexual nas escolas” e “O uso e abuso de álcool e drogas: visão geral”. Em ambas o termo correlato se refere ao abuso de drogas, situação essa que pode gerar violência.

“Agressão” foi encontrada em situação não relacionada à violência no currículo da EERP/USP, em uma disciplina de patologia, sobre a resposta do organismo frente à agressão de um micro-organismo.

A palavra “trauma” aparece na disciplina “Urgência e emergência em enfermagem”, relacionada ao atendimento ao adulto e idoso após um trauma físico, porém fica claro ao se ler o programa que a abordagem trata do atendimento ao trauma físico em si, não de suas causas ou prevenção, o que poderia fazer com que questões sobre violência fossem trabalhadas.

O termo “luta” aparece no programa de duas disciplinas da EERP/USP, relacionado às questões sociais e históricas pela conquista de direitos, nas disciplinas “História da enfermagem” e “Políticas e organização da atenção básica”.

A palavra “poder” aparece diversas vezes, nas disciplinas “Sociologia”, “Abordagem antropológica de saúde e doença”, “Administração aplicada à enfermagem hospitalar”, “Cuidado integral à criança e ao adolescente”, “Cuidado integral à saúde da mulher”, “Cuidado integral em saúde (I, II e III)”, “Cuidado integral em saúde mental e enfermagem psiquiátrica” e “Integralidade do cuidado em saúde II”, relacionada às questões sociais de poder, principalmente em relação às lutas de classes que podem refletir nas relações de poder dentro do trabalho da enfermagem. Os professores podem, pelo que aparece nos programas, trabalhar questões como a violência institucional, por exemplo, e outros tipos de violência, mas não é possível afirmar que a temática é trabalhada apenas lendo o programa.

O termo “lesão” aparece em duas disciplinas: uma de patologia, relacionada à lesão celular ou causada por microorganismo, e “Urgência e emergência em enfermagem”, no mesmo contexto em que aparece o termo “trauma”, já discutido anteriormente.

O termo “drogas” aparece várias vezes, na maioria delas em disciplinas de farmacologia, discutindo o termo drogas em relação ao uso farmacológico (anestésicos, psicotrópicos, diluição de medicamentos, etc), mas também aparece muitas vezes na disciplina “O uso e abuso de álcool e drogas: visão geral”.

Os seguintes termos correlatos não foram encontrados nas disciplinas da EERP/USP: agressivo, vítima, vitimização, violento, violenta, negligência, briga, ferir, bater, provocação, provocações, mutilação, estupro, coação, perpetração, perpetrador, perpetrada, abandono, espancar, espancada e agressividade .

Assim, na EERP/USP optamos por entrevistar os docentes responsáveis pelas disciplinas em que o termo violência aparece nos programas das disciplinas: Cuidados em saúde mental, Educação para a saúde, Saúde e segurança no trabalho de enfermagem, Educação/orientação sexual nas escolas, totalizando até então quatro docentes. Também optamos por entrevistar a docente responsável pela disciplina "O uso e abuso de álcool e drogas: visão geral", por ser uma disciplina em que encontramos o dois termos correlatos (abuso e drogas), totalizando assim cinco docentes entrevistados na EERP/USP.

As demais disciplinas em que encontramos violência ou correlatos foram excluídas. Ao lermos com atenção os programas e aplicar nosso protocolo de pesquisa verificamos que não se tratavam de termos relacionados à abordagem da violência na graduação. Tais termos foram encontrados relacionados a outras questões, e não à violência.

Assim, os termos "agressão" e "lesão" foram excluídos por falar da agressão de patógenos ao organismo. "Trauma" foi excluído por se relacionar à lesão física. Algumas disciplinas com o termo "drogas" foram excluídas pela palavra ser apresentada no sentido de fármacos. "Poder" e "Luta" excluímos por se referirem às questões de disputas sociais.

Pesquisa documental na UNICAMP

O currículo do curso de bacharelado em enfermagem da UNICAMP é composto por 44 disciplinas. Novamente, organizamos as ementas de todas as disciplinas em um arquivo de texto. Digitamos, no comando de busca do programa de texto, o termo violência, e depois cada um dos correlatos que elencamos.

A busca pela palavra-chave "violência" nos programas da graduação em enfermagem da UNICAMP resultou em duas disciplinas encontradas: Assistência de enfermagem na saúde da criança e do adolescente I e Assistência de enfermagem à saúde da mulher.

"Agressividade", na UNICAMP, aparece em uma disciplina da área de psiquiatria, "Processo de cuidar em enfermagem psiquiátrica", relacionada às questões de violência, pois trata de heteroagressividade e a visão da psicanálise sobre a agressividade. Nesta mesma disciplina é encontrado o termo correlato "espancada": na bibliografia aparece uma referência sobre o espancamento de uma criança, ou seja, trata-se de violência física.

O termo “abuso” consta em uma disciplina de farmacologia, ou seja, não tem relação com a violência.

Já o termo “trauma” aparece na disciplina “Processo de cuidar do adulto e do idoso” relacionado ao atendimento ao adulto e idoso após um trauma físico, porém fica claro ao se ler os programas que a abordagem trata do atendimento ao trauma físico em si, não de suas causas ou prevenção, o que poderia fazer com que questões sobre violência fossem trabalhadas

A palavra “poder” aparece na disciplina “Elementos de ciências sociais aplicados à saúde”, relacionados às questões sociais de poder, principalmente em relação às lutas de classes que podem refletir nas relações de poder dentro do trabalho da enfermagem.

O termo “lesão” aparece na disciplina de patologia, relacionada à lesão celular ou causada por micro-organismo.

O termo “drogas” aparece várias vezes, na disciplina de farmacologia, ou seja, o termo aparece como uso farmacológico de substâncias químicas.

Os seguintes termos correlatos não foram encontrados: agressivo, vítima, vitimização, violento, violenta, negligência, briga, ferir, bater, provocação, provocações, mutilação, estupro, coação, perpetração, perpetrador, perpetrada, abandono, espancar, luta, agressão.

Na UNICAMP, optamos por entrevistar os docentes responsáveis pelas disciplinas Assistência de enfermagem na saúde da criança e do adolescente I e Assistência de enfermagem à saúde da mulher, nas quais encontramos o termo violência, sendo oito docentes responsáveis. Achamos pertinente entrevistar, também, os dois docentes responsáveis pela disciplina “Processo de cuidar em enfermagem psiquiátrica”, pois encontramos termos correlatos que tratam da questão da violência. No total, foram 10 docentes entrevistados na UNICAMP.

Excluímos as disciplinas cujos termos correlatos não se relacionam à questão da violência. Assim, excluímos o termo “abuso” por se relacionar ao abuso de medicamentos. “Trauma” por se referir ao tratamento físico relacionado à traumas. “Poder” por falar das questões sociais. “Lesão” por se referir à lesão celular causada por um patógeno. “Drogas” por serem utilizados como sinônimo de fármacos.

As entrevistas

A entrevista é uma técnica de pesquisa na qual há o encontro entre duas pessoas para que uma delas obtenha informações sobre determinado assunto. É uma conversação de

natureza profissional utilizada nas investigações sociais, e que proporciona ao entrevistado, verbalmente, as informações necessárias (MARCONI; LAKATOS, 2010). As entrevistas, segundo Minayo (2010), são conversas a dois, destinadas a construir informações pertinentes, ou seja, conversas com finalidade.

Optamos pela entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas. Nesse tipo de entrevista é utilizado um roteiro pelo pesquisador, o que facilita a abordagem e assegura que as hipóteses ou pressupostos da pesquisa sejam cobertos na conversa (MINAYO, 2010). O intuito, portanto, foi desvelar, por meio de entrevistas, a opinião dos docentes sobre a violência e as estratégias de ensino utilizadas por eles para abordar esta temática.

O roteiro que utilizamos (Apêndice C) foi dividido em duas partes: Parte I - onde constavam dados pessoais de identificação dos entrevistados, com questões fechadas, que foram registradas manualmente. As variáveis incluíam: local da entrevista, instituição, data, nome, idade, sexo, titulação, locais de formação, tempo de atividades docentes, tempo de atividade docente na instituição pesquisada, disciplinas ministradas na instituição. Parte II - composta por dez questões abertas relacionadas ao tema da violência abordado nos programas das disciplinas dos dois currículos dos cursos de graduação em enfermagem. Esta segunda parte da entrevista foi gravada, para que houvesse registro fidedigno das informações, um dos instrumentos mais usuais, segundo Minayo (2010).

O instrumento de entrevista que criamos foi submetido à apreciação de três juízes a fim de verificar se estava em conformidade com os objetivos propostos pela pesquisa. Fizemos as alterações sugeridas, e os professores que avaliaram o instrumento não fizeram parte como sujeitos da pesquisa.

O total de entrevistados foi de 15 docentes, sendo cinco da EERP/USP e 10 da UNICAMP. Fizemos as entrevistas entre os 12 dias do mês de junho de 2012 (quando fizemos a primeira) e 19 dias do mês de setembro do mesmo ano (quando realizamos a última).

Para realizarmos as entrevistas, primeiramente enviamos um e-mail aos sujeitos da pesquisa, apresentando-nos e explicando o motivo do contato, com anexo o termo de consentimento. Solicitamos o agendamento da entrevista se caso houvesse concordância em participar da pesquisa. Da EERP/USP, duas docentes reponderam colocando-se à disposição para a entrevista, e da UNICAMP seis docentes responderam. Todos os docentes que agendaram data e horário por e-mail foram entrevistados conforme combinado.

Os demais docentes procuramos pessoalmente sendo que aceitaram ser entrevistados na mesma hora ou agendaram uma data para tal. Apenas uma docente da EERP/USP não foi encontrada pessoalmente, mas agendou a entrevista via telefone.

É importante ressaltar que, na maioria das vezes, foi necessário enviarmos e-mail mais de uma vez, tentamos ligar várias vezes nas salas dos docentes, além de inúmeras tentativas de encontrar pessoalmente os sujeitos.

Sempre iniciávamos as entrevistas apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitando o preenchimento do mesmo pelo sujeito, para então iniciar o preenchimento manual das questões fechadas e, por último, fazíamos as entrevistas gravadas utilizando o roteiro.

Fizemos a maior parte das entrevistas na sala dos docentes. Somente duas fizemos em locais diferentes, como sala de aula que não estava sendo utilizada, e na cantina da Universidade. A maioria dos docentes fechou a porta da sala, desligou o celular e se preocupou com possíveis barulhos: fechou janela e desligou ventilador. Houve um docente que atendeu o celular durante a entrevista.

Houve duas entrevistas que não puderam ser realizadas no dia, hora e local combinados, pois, em uma, quando chegamos o docente não estava, e na outra, o docente disse que não estava bem e pediu para reagendar. Em ambos os casos marcamos nova data e fizemos as entrevistas.

Fizemos a transcrição literal de todas as 15 entrevistas gravadas, totalizando 94 páginas digitadas em espaço 1,5.

Para que não fosse possível identificar os docentes entrevistados, optamos por chamá-los pela letra “D”, correspondendo a “docente” e um número sequencial de acordo com a ordem em que realizamos as entrevistas, independentemente da instituição a que pertenciam, sendo o primeiro docente entrevistado “D1” e o último “D15”.

Observação Sistemática

A técnica da observação sistemática consiste em recolher e registrar os fatos em determidada situação. Para tanto o observador deve ser objetivo, reconhecer possíveis erros e eliminar sua influência sobre o que vê ou recolhe (MARCONI; LAKATOS, 2010). Utilizamos neste estudo a anotação como instrumento na observação.

Para Minayo (2010) o diário de campo é um caderninho de notas em que o pesquisador anota suas impressões pessoais e o que observa dia por dia, como, por exemplo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos, dentre outros aspectos.

Após cada entrevista sentávamos e anotávamos todas as impressões pessoais bem como os comportamentos observados com relação à entrevista recém realizada. Utilizamos esses registros para a análise do nosso objeto de investigação, pois "É exatamente esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo" (MINAYO, 2010, p. 295).

4.5.2. Análise dos dados

Para a organização dos dados utilizamos a orientação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Nas pesquisas que utilizam o DSC,

> [...]o pensamento é coletado por entrevistas individuais com questões abertas, o que faz com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado, possa se expressar (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 21).

O DSC representa uma inovação nas pesquisas em que a opinião dos entrevistados é coletada por meio de depoimentos provenientes de questões abertas. Os resultados, ou seja, os sentidos do pensamento da coletividade são processados não sob a forma de categorias, mas discursivamente, o que apresenta vantagens como "[...]ser semanticamente mais rica, pois é mais plena de conteúdos significativos, fazendo emergir os variados detalhamentos individuais de uma mesma opinião coletiva diante do tema pesquisado" (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 31).

Segundo Lefevre e Lefevre (2003; 2005), para se chegar ao DSC, o material empírico foi analisado utilizando-se as seguintes operações:

- **Expressões-chave (ECH)**: são trechos do discurso que melhor descrevem seu conteúdo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). Para chegar às expressões-chave sublinhamos e separamos trechos das transcrições que demonstravam a essência do depoimento.
- **Ideias centrais (IC):** fórmulas sintéticas que descrevem o sentido de cada um dos discursos analisados ou do conjunto de respostas de diferentes indivíduos que

apresentam sentido semelhante ou complementar. O conjunto de IC semelhantes, assim como o conjunto homogêneo de ECH vai dar origem ao DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). Separamos as ideias centrais semelhantes para analisar os resultados da pesquisa e construir nosso DSC.

- **Ancoragem (AC):** as ancoragens são como as ideias centrais, fórmulas sintéticas, mas que descrevem as ideologias, os valores e as crenças presentes nas respostas dos entrevistados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). Na análise, separamos os depoimentos que continham AC e constituímos, assim, o DSC.
- **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):** utiliza-se as ECH que têm a mesma IC ou AC para a construção do DSC, que é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Para realizarmos as operações propostas pelos autores do método do DSC, utilizamos para tratamento dos dados, a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática proposta por Minayo (2010). Seguimos as três etapas propostas pela autora:

Pré- análise (primeira etapa): composta por leitura flutuante, etapa em que tivemos contato intenso com o material de campo, impregnando-nos assim com seu conteúdo e retomando as hipóteses e objetivos iniciais; realizamos então a constituição do corpus, validando qualitativamente nosso material, e para finalizarmos essa etapa formulamos e reformulamos as hipóteses e objetivos, por meio da leitura exaustiva do material.

Exploração do material (segunda etapa): consiste em uma operação que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, ou seja, buscamos palavras e expressões significativas no texto para a organização do material.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação (terceira etapa): fase em que o analista propõe inferências e realiza interpretações. Nessa etapa relacionamos os resultados encontrados com os referenciais teóricos.

Assim, analisamos o material coletado, extraímos dos depoimentos as IC e/ou AC e as suas correspondentes ECH, o que permitiu a construção dos discursos síntese na primeira pessoa do singular, conforme a orientação metodológica do DSC (LEFREVE; LEFREVE, 2003).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, apresentamos as disciplinas que abordam a temática da violência, descrevendo, primeiramente, o que encontramos na EERP/USP e depois na UNICAMP. Em seguida, a caracterização dos sujeitos da pesquisa e a interpretação das entrevistas.

5.1. VIOLÊNCIA E CORRELATOS NOS PROGRAMAS DAS DISCIPLINAS DA EERP/USP

Na EERP/USP entrevistamos os docentes responsáveis por cinco disciplinas.

A disciplina "Cuidados em Saúde Mental" é uma disciplina teórica, obrigatória, oferecida no 4° semestre, articulada à disciplina "Cuidado Integral em Saúde II". O Departamento responsável por ela é o de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Possui carga horária de 45 horas, sendo oferecida desde 2009. A área de conhecimento da disciplina é a Saúde Mental. Pretende introduzir o aluno no conhecimento dos aspectos mentais e comportamentais que determinam a conduta humana. A avaliação do aluno é baseada em sua participação nas discussões de casos trazidos da prática. Não há estratégias de ensino específicas para abordar a violência descritas no programa, mas inferimos que são utilizados estudos de caso. O termo violência aparece uma vez no conteúdo programático da disciplina, descrito como uma das formas inadaptadas de enfrentar o sofrimento humano, maneiras da enfermagem lidar com essas situações de inadaptação.

"Educação para a saúde" é uma disciplina teórica, obrigatória, oferecida no 3° semestre, sendo que o Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas é o responsável. Sua carga horária é de 45 horas, sendo oferecida desde 2007. A área de conhecimento da disciplina é educação. Pretende trabalhar com os alunos questões de educação em saúde. No programa são descritas como estratégias de ensino o uso de textos para resolução de problemas, elaboração de estudos dirigidos com trabalhos individuais e escritos, exposição oral, aula dialogada, dinâmicas de grupo, porém nenhuma estratégia é específica para abordagem da violência. A avaliação é contínua, mas no final o aluno deverá

elaborar um trabalho e exercícios para resolução de problemas. O termo violência aparece duas vezes: na ementa e no conteúdo prográmatico, mas escrita da mesma maneira nas duas vezes (repete), relacionando à sexualidade humana na interface com a violência.

"Saúde e segurança no trabalho" é uma disciplina teórica, optativa, oferecida no 3º semestre, sendo responsável o Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. A carga horária é de 30 horas. A disciplina é oferecida desde 2011, sendo da área de conhecimento saúde do trabalhador. Trabalha com os alunos questões sobre a saúde do trabalhador, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. A avaliação é baseada na apresentação oral e escrita de seminário abordando riscos ocupacionais no hospital. Como estratégias de ensino são utilizadas aula teórica e apresentação de seminários. Como estratégia específica para abordar a violência é feita aula teórica de três horas (não só sobre violência, mas também riscos psicossociais, prevenção de acidentes de trabalho).

O termo violência aparece três vezes, sendo uma delas no conteúdo programático, relacionado à violência ocupacional presente no trabalho, e duas delas nas referências bibliográficas (A violência oculta no trabalho, e Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira).

"Educação/orientação sexual nas escolas" é uma disciplian teórica, optativa, oferecida no 3º semestre. O Departamento responsável é o de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. A carga horária é de 30 horas, sendo oferecida desde 2010. Considerando a importância do papel educativo do enfermeiro, espera que o aluno esteja apto a lidar com questões de educação e orientação sexual. A avaliação é feita de maneira contínua durante a disciplina. Não há estratégias de ensino descritas no programa. O termo violência aparece três vezes, sendo duas no programa da disciplina (descrevendo que irá abordar assuntos como violência sexual e doméstica), e uma vez nas referências bibliográficas (sobre educação preventiva em vários assuntos, dentre eles a violência).

A disciplina "O uso e abuso de álcool e drogas: visão geral" é uma disciplina teórica, optativa, oferecida no 4º semestre desde 2002. A carga horária é de 30 horas, e o Departamento responsável é o de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Pretende capacitar o graduando para a compreensão e abordagem das questões e problemas gerais relacionados ao uso e abuso de álcool e drogas. Para a avaliação são utilizados os trabalhos desenvolvidos em grupos: exposição dialogada, painéis, teatros, entre outros, ou seja, a avaliação é contínua. As estratégias de ensino descritas são exposição de trabalhos pelos alunos, sendo que nenhuma estratégia é descrita especificamente para a abordagem da violência. O termo violência não aparece no programa, porém foram encontrados correlatos.

“Abuso” aparece quatro vezes (uma nos objetivos, uma na ementa, uma no conteúdo programático e uma nas referências bibliográficas). “Drogas” aparece 19 vezes (uma vez nos objetivos, uma vez na ementa, cinco vezes no conteúdo programático e 12 vezes nas referências bibliográficas).

5.2. VIOLÊNCIA E CORRELATOS NOS PROGRAMAS DAS DISCIPLINAS DA UNICAMP

Na UNICAMP entrevistamos os docentes responsáveis por três disciplinas.

“Assistência de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente I” é uma disciplina teórico-prática, obrigatória, oferecida no 5º semestre desde 2004. A carga horária é de 120 horas, sendo que a área de concentração é Saúde da criança. Pretende oferecer aos alunos subsídios para lidar com questões relacionadas à saúde das crianças em todas suas fases de desenvolvimento. A avaliação é feita por meio de prova escrita, atividade educativa sobre doenças infecciosas e parasitárias, e avaliação de desemprenho em atividades teórico-práticas. As estratégias de ensino descritas no programa são: aula expositiva e dialogada, elaboração de jogos educativos, dinâmica de grupo, projeção de vídeos e aulas teórico-práticas. Não há estratégias de ensino específicas relacionadas à violência. O tema violência aparece duas vezes: no conteúdo programático e no cronograma. Aparece descrito, em ambos os casos, da mesma maneira: “Violência contra a criança e o adolescente”. No cronograma aparece como um dia de aula de quatro horas.

“Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher” é uma disciplina teórico-prática, obrigatória, oferecida no 4º semestre desde 2004. A carga horária é de 120 horas. A área de concentração é saúde da mulher. Tem como objetivo fornecer subsídios para que o aluno saiba prestar assistência integral de enfermagem à saúde da mulher. Para avaliação são utilizados prova teórica, relatório das atividades de campo, avaliação das atividades práticas, atividade educativa e estudo dirigido. Não há estratégias de ensino descritas, especificamente, para abordagem da violência, mas as estratégias de ensino descritas são: trabalhos em grupo, pesquisas de texto, aulas expositivas, estudos dirigidos, seminários. O termo violência aparece três vezes: nos objetivos específicos descrito como “Violência contra a mulher”; no conteúdo programático como “Violência contra a mulher: implicações sobre saúde reprodutiva”; e no

cronograma de aulas como “Abordagem à mulher que sofre violência”, descrito como aula teórica de três horas.

“Processo de cuidar em enfermagem psiquiátrica” é uma disciplina teórico-prática, obrigatória, oferecida no 5º semestre desde 2004. A carga horária é de 105 horas. Pretende desenvolver o processo de cuidar em enfermagem psiquiátrica. A área de concentração é a enfermagem psiquiátrica. Para a avaliação dos alunos são utilizados portfólios, avaliação do desempenho nas atividades práticas e apresentação de um trabalho no final da disciplina. São descritas como estratégias de ensino utilizadas: aulas teóricas expositivas dialogadas, leitura e discussão de textos, seminários, eloração de textos, discussão de casos clínicos, atividades práticas e construção de portfólios. Não há estratégias específicas para abordagem da violência. O termo violência não aparece no programa. Aparecem os correlatos agressividade e espancada. No cronograma de atividades agressividade aparece duas vezes. Na primeira é relacionada ao atendimento de enfermagem em casos como de heteroagressividade. Na segunda aparece na abordagem da agressividade de acordo com a psicanálise. Espancada aparece uma vez nas referências bibliográficas específicas das turmas.

Em comparação com a EERP/USP, encontramos menos a palavra violência ou termos correlatos na UNICAMP. Em relação às disciplinas serem teórico ou práticas, encontramos que, das selecionadas para entrevistarmos os docentes da EERP/USP todas (100%) eram teóricas. Na UNICAMP 100% das disciplinas eram teórico-práticas. Em pesquisa sobre o termo violência intrafamiliar nos currículos de graduação em enfermagem do Rio de Janeiro e Cuiabá, Souza et al. (2008) encontraram que 53,7% das disciplinas eram teórico-práticas e 26,8% teóricas.

Encontramos poucas referências bibliográficas sobre a violência nos programas das disciplinas. Para Souza et al. (2008) são encontradas poucas referências bibliográficas sobre a violência porque o tema não foi suficientemente divulgado entre os docentes, além de serem restritos os livros didáticos específicos sobre a temática.

Observamos que a UNICAMP utiliza metodologias tradicionais para avaliação dos alunos, como provas escritas. A EERP/USP utiliza menos este tipo de avaliação, usando mais avaliação contínua durante a disciplina.

As disciplinas da UNICAMP são todas obrigatórias. Na EERP/USP a maioria das disciplinas analisadas é optativa sendo que somente duas delas são obrigatórias.

5.3. PERFIL DOS DOCENTES ENTREVISTADOS

Antes de descrevermos o perfil dos sujeitos entrevistados faz-se necessário apresentarmos algumas observações realizadas no decorrer das entrevistas. Como pesquisadores, sabemos e entendemos que a agenda dos docentes é bastante ocupada, com acúmulo de tarefas e muitas cobranças por serem docentes de universidades públicas, com grande reconhecimento acadêmico e até mesmo social. Entretanto, esperávamos maior receptividade, pois como os sujeitos desse estudo também são pesquisadores, realizam pesquisas e sabem da importância delas, acreditávamos que haveria maior esforço em contribuir.

Uma das entrevistas que fizemos na sala do docente havia vários orientandos no ambiente. Perguntamos se poderíamos procurar outra sala, e o docente respondeu negativamente. Então, fizemos a entrevista com os alunos conversando entre si na sala, ou entrando e saindo dela. Observamos, nesse caso, descompromisso com relação à pesquisa de uma maneira geral, pois não houve preocupação com a qualidade das informações fornecidas pelo entrevistado, nem com a qualidade da gravação.

Em outros dois casos não houve receptividade do docente ou demonstração de interesse em realizar a entrevista, pois afirmaram que não tinham tempo, ou que não tinham contribuição para a pesquisa. Após explicarmos a importância e o porquê da entrevista, ambos disseram que então só poderiam contribuir se a entrevista fosse naquela hora. Em um dos casos o docente retirou os papéis de nossas mãos para ler o conteúdo das questões. No outro, fizemos a entrevista na cantina da Universidade, na hora do almoço, ou seja, havia muito barulho, muitas pessoas passando, os atendentes da cantina gritando o nome dos clientes cujo prato ficava pronto. Um dos clientes era o sujeito da pesquisa, que também se levantou para pegar seu pedido e respondeu às questões enquanto almoçava.

Para Richardson (2008) a escolha de um local de pesquisa e familiaridade do pesquisador com os membros do grupo entrevisado são aspectos fundamentais da pesquisa qualitativa. A escolha do local da entrevista é importante, pois há característcas locais que podem influenciar negativamente as opiniões do entrevistado e, portanto, a qualidade dos dados coletados. Consideramos que os fatos acima relatados sobre os locais de algumas entrevistas, bem como a postura dos entrevistados, influenciaram negativamente a qualidade das informações das entrevistas.

Para Minayo (2010) a interação humana numa entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados. Ambos, pesquisador e pesquisado, são responsáveis pelo produto de suas relações, e as informações dadas pelos sujeitos são profundamente afetadas pela natureza desse encontro. A autora também destaca que, numa entrevista, é o pesquisador quem dirige, controla e orienta o que será dito, mesmo quando deixa o entrevistado à vontade, pois não é o entrevistado que toma a iniciativa, nem é ele que conhece os objetivos reais da pesquisa. No caso de nossa pesquisa, parece ter sido uma situação incomum aos entrevistados, pois como docentes e pesquisadores, são habituados a estarem na posição de entrevistador. A postura adotada por alguns pode ser vista como uma forma de tentar manter o domínio da situação.

Docentes da EERP/USP

D10, sexo feminino, 59 anos, titulação máxima Professora titular. Sua graduação em enfermagem, assim como mestrado e doutorado foram na EERP/USP, área de saúde do trabalhador. Há 35 anos atua como docente da EERP/USP, sendo seu único local de experiência como tal. Ministra as disciplinas Saúde do trabalhador e Integralidade do cuidado em saúde II.

D12, sexo feminino, 62 anos, titulação máxima Professor titular. Fez a graduação em enfermagem na UNIFESP, e mestrado e doutorado na EERP/USP, área enfermagem psiquiátrica. Atua como docente há 38 anos, sendo 32 deles na EERP/USP. Atua nas disciplinas Saúde mental e Urgência e emergência.

D13, sexo feminino, 43 anos, titulação máxima Professor titular. Fez graduação em enfermagem na FAMEMA, mestrado e doutorado na UNIFESP, e pós-doutorado na Universidade de Alberta, no Canadá; todas as titulações relacionadas ao uso de álcool e drogas. Atua há 11 anos como docente na EERP/USP, sendo responsável pelas seguintes disciplinas: Enfermagem psiquiátrica e Álcool e drogas.

D14, sexo feminino, 65 anos, titulação máxima Livre docência. Fez graduação em pedagogia na USP (campus de Ribeirão Preto), mestrado e doutorado na EERP/USP, na área de educação em saúde, e mestrado e doutorado na Universidade de Sorbonne (Paris), em educação em saúde. Atua há 35 anos como docente, sendo 30 desses na EERP/USP. Ministra as seguintes disciplinas: Didática I, II e III, Estrutura e funcionamento do ensino de 1º e 2º graus, Processos pedagógicos e Educação sexual.

D15, sexo feminino, 52 anos, titulação máxima Professor titular. Graduação em enfermagem na EERP/USP, mestrado em psicobiologia na USP e doutorado na EERP/USP, em enfermagem fundamental. Há 25 anos atua como docente na EERP/USP. Ministra as disciplinas: Saúde do trabalhador, Fundamentos de enfermagem e Integralidade do cuidado II.

Na tabela abaixo (Tabela 1) apresentamos dados sobre os docentes da EERP/USP entrevistados:

Tabela 1 – Perfil dos docentes entrevistados em Ribeirão Preto – 2012

EERP/USP			
		N	**%**
SEXO	Feminino	5	100%
	Masculino	0	0%
FAIXA ETÁRIA	Entre 41 e 50 anos	1	20%
	Entre 51 e 60 anos	2	40%
	Mais que 60 anos	2	40%
FORMAÇÃO	Enfermagem	4	80%
	Pedagogia	1	20%
TITULAÇÃO	Professor Titular	4	80%
	Livre Docente	1	20%
ÁREA DE ATUAÇÃO	Saúde Mental	2	40%
	Saúde do Trabalhador	2	40%
	Educação	1	20%
TOTAL DE DOCENTES		5	100%

Fonte: da pesquisa.

Docentes da UNICAMP

D1, sexo feminino, 58 anos, tem como titulação máxima doutorado. Fez a graduação em enfermagem, mestrado e doutorado na EERP/USP, sendo que o mestrado foi na área de enfermagem fundamental e o doutorado na área materno-infantil e saúde pública. Atua como docente há 35 anos. Há 14 anos atua na UNICAMP. Ministra disciplinas nas áreas de Saúde da mulher, Enfermagem obstétrica e ginecológica.

D2, sexo feminino, 38 anos, tem como titulação máxima doutorado. Fez a graduação em enfermagem no Centro Universitário Hermínio Ometto (UNIARARAS), e mestrado e doutorado em enfermagem psiquiátrica na EERP/USP. Atua como docente há 16 anos, e há quatro anos na UNICAMP. Ministra as disciplinas: Saúde mental I e II, Processo de cuidar em enfermagem psiquiátrica, Enfermagem em saúde coletiva I, Enfermagem na organização do sistema de saúde.

D3, sexo feminino, 52 anos, titulação máxima Pós-doutorado. Fez a graduação em enfermagem, mestrado e doutorado na UNICAMP, na área de genética, e o Pós-doutorado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em informática em enfermagem. É docente na UNICAMP há 29 anos. Ministra disciplinas nas áreas de Saúde da mulher, Informática em saúde e Diagnósticos de enfermagem.

D4, sexo feminino, 60 anos, titulação máxima doutorado. Fez graduação na Pontifícia Universidade Católica de Curitiba- PR (PUCPR), mestrado e doutorado na USP, na área materno-infantil. Tem experiência de 32 anos como docente, sendo 26 desses na UNICAMP. Participa de disciplinas na área de Saúde da mulher e do recém-nascido.

D5, sexo masculino, 49 anos, titulação máxima doutorado. Fez a graduação em enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), mestrado em enfermagem psiquiátrica na USP e doutorado na Faculdade de Ciências Médicas (FCM)- UNICAMP. É docente na UNICAMP há 16 anos, participando das disciplinas: Enfermagem em saúde mental (I e II), Processo de cuidar em enfermagem psiquiátrica, Enfermagem em saúde coletiva I e Metodologia da pesquisa I e II.

D6, sexo feminino, 52 anos, titulação máxima doutorado. Fez a graduação em enfermagem na EERP/USP, mestrado em enfermagem psiquiátrica na USP, doutorado na USP, na área de oncologia. Há 20 anos atua como docente, sendo 17 anos desses na UNICAMP. Participa das disciplinas de graduação relacionadas à Saúde da mulher, Saúde da mulher e do recém-nascido, Exercício da enfermagem I e II, Introdução à tanatologia e Enfermagem em cuidados paliativos.

D7, sexo feminino, 39 anos, titulação máxima doutorado. Fez graduação em enfermagem na EERP/USP, mestrado em filosofia na FFCLRP/USP, e doutorado na USP, área de pediatria. Há 10 anos atua como docente, sendo oito desses na UNICAMP. Atua nas disciplinas: Enfermagem na assistência à saúde da criança (I e II), Trabalho de conclusão de curso, Pesquisa fenomenológica, Vivências extramuros, A criança em vulnerabilidade social e O mundo contemporâneo.

D8, sexo feminino, 53 anos, titulação máxima doutorado. Graduada em enfermagem, mestrado e doutorado pela UNICAMP, na área de fisiologia. Os 25 anos de atuação foram na UNICAMP, e participa de disciplinas na área de pediatria e iniciação científica.

D9, sexo feminino, 46 anos, titulação máxima Pós-doutorado. Fez toda sua formação na UNICAMP: graduação, mestrado, doutorado e pós-doutorado na área de fisiologia e fisiopatologia. Tem seis anos de experiência como docente, sendo três deles na UNICAMP. Atua nas disciplinas: Saúde da criança e do adolescente, Fundamentos de enfermagem e Semiologia e semiotécnica.

D11, sexo feminino, 38 anos, titulação máxima doutorado. Fez graduação em enfermagem e mestrado na UNICAMP (área educação, saúde e trabalho), e doutorado na EERP/USP (enfermagem fundamental). Atua há 10 anos como docente, mas há apenas um ano na UNICAMP. Participa das seguintes disciplinas: Exercício de enfermagem, Enfermagem peri-operatória, Alto risco, Semiologia, Adulto e idoso, Saúde da mulher, Processos de enfermagem e Trabalho de conclusão de curso.

Na tabela abaixo (Tabela 2) apresentamos dados do perfil dos docentes da UNICAMP que entrevistamos:

Tabela 2 – Perfil dos docentes entrevistados em Campinas – 2012

UNICAMP			
		N	**%**
SEXO	Feminino	9	90%
	Masculino	1	10%
FAIXA ETÁRIA	40 anos ou menos	3	30%
	Entre 41 e 50 anos	2	20%
	Entre 51 e 60 anos	5	50%
FORMAÇÃO	Enfermagem	10	100%
TITULAÇÃO	Doutorado	8	80%
	Pós-doutorado	2	20%
ÁREA DE ATUAÇÃO	Saúde Mental	2	20%
	Saúde da Criança	3	30%
	Saúde da Mulher	5	50%
TOTAL DE DOCENTES		10	100%

Fonte: da pesquisa.

Dentre os entrevistados das duas instituições, somente um era do sexo masculino, ou seja, a maioria dos docentes era do sexo feminino, o que é esperado, uma vez que se trata de uma profissão historicamente feminina. Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2010), no Brasil 88,02% dos profissionais de enfermagem com curso superior são do sexo feminino, ou seja, enfermeiras. Assim, a porcentagem de docentes entrevistados do sexo feminino ficou acima da média nacional. A pesquisa feita por Terra, Secco e Robazzi (2011) com docentes de cursos de graduação em enfermagem também encontrou que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino.

As idades entre os entrevistados da EERP/USP foram: 43, 52, 59, 62 e 65 anos. Já entre os da UNICAMP foram: 38 (duas pessoas), 39, 46, 49, 52 (duas pessoas), 53, 58 e 60 anos. Observamos que na EERP/USP a média de idade é maior (56,2 na EERP/USP e 48,5 na UNICAMP), assim como a idade dos docentes é maior, o que pode ser explicado pelo fato da EERP/USP completar 60 anos em 2013, enquanto que o curso de enfermagem da UNICAMP tem 35 anos de existência. Em pesquisa com docentes de cursos de graduação em enfermagem de duas universidades (uma pública e outra privada) em uma cidade do interior de Minas Gerais, Terra, Secco e Robazzi (2011) encontraram que, na universidade pública, havia concentração dos docentes mais velhos, pois 38,5% deles apresentavam mais de 51 anos de idade, enquanto que na universidade particular 75,1% dos docentes tinham idade entre 20 e 40 anos, o que corrobora os dados em nossa pesquisa sobre as idades dos docentes.

Em relação às áreas de atuação, na EERP/USP os docentes que abordam a questão da violência, segundo a análise do currículo, são das áreas de saúde do trabalhador, saúde mental e educação, enquanto que na UNICAMP são da área de saúde da mulher, saúde da criança e saúde mental. A única área em comum que o tema aparece na análise curricular dos dois cursos é na saúde mental, apesar de na UNICAMP a saúde mental não abordar a violência em si, mas discutir maneiras em lidar com pacientes agressivos/violentos.

Sobre a formação, apenas uma docente da EERP/USP não é enfermeira, sendo pedagogia sua formação básica. Já na UNICAMP todos os entrevistados são enfermeiros. Na pesquisa realizada por Terra, Secco e Robazzi (2011) apenas 54,9% dos docentes de enfermagem das duas universidades mineiras (pública e privada) são enfermeiros, o que difere do que encontramos em nossa pesquisa, onde 93,3% do total dos docentes é de enfermeiros.

Na EERP/USP entrevistamos quatro docentes professores titulares e um livre docente. Já na UNICAMP dois possuem pós-doutorado e oito são professores doutores. As titulações mais altas encontradas na EERP/USP podem ser explicadas também pelo maior tempo de existência tanto da Universidade quanto do curso de enfermagem. De qualquer forma, 100%

dos docentes das duas instituições pesquisadas possum o título de Doutor. O que difere do restante do país e da região sudeste, pois segundo o Censo da Educação Superior 2010 (BRASIL, 2011), no Brasil os docentes com doutorado nas instituições públicas passou de 35,9% em 2001 para 49,9% em 2010. Nas instituições públicas do sudeste, onde ficam as universidades que nós pesquisamos, em 2001 51,5% dos docentes tinham doutorado, enquanto que em 2010 65,6% deles possuem o título de Doutor.

Observamos que todos os entrevistados fizeram a pós-graduação em instituições públicas. Segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, 2012?) em 2011, 81,7% dos cursos de pós-graduação *strictu sensu* no Brasil (mestrado, mestrado profissional e doutorado) são ministrados por instituições públicas. Em relação aos cursos de pós-graduação na enfermagem, a porcentagem é ainda maior, pois 94,2% dos programas são em instituições públicas (CAPES, 2012?). Esses dados podem explicar os achados nesta pesquisa, de que a maioria dos docentes entrevistados fez sua pós-graduação nesse tipo de instituição.

A graduação foi feita em instituições públicas por todos os docentes da EERP/USP, diferente da UNICAMP em que dois docentes fizeram a graduação em instituição privada.

Os entrevistados da EERP/USP atuam na instituição como docentes há 11, 25, 30, 32 e 35 anos, ou seja, a média de atuação é de 26,6 anos neste local pesquisado. Na UNICAMP os docentes atuam há um, três, quatro, oito, 14, 16, 17, 25, 26 e 29 anos, sendo a média de anos de atuação de 14,3 anos. Novamente a maior média de tempo de atuação dos docentes da EERP/USP em relação aos da UNICAMP é explicada pelo tempo de existência da Universidade e do curso de enfermagem, maiores na EERP/USP. O perfil dos docentes em relação ao tempo de atuação encontrado por Terra, Secco e Robazzi (2011) é que 51,3% dos docentes estão na instituição pública mineira pesquisada há até dez anos, enquanto que em nossa pesquisa encontramos porcentagem bem menor, pois 26,6% dos docentes atuam na EERP/USP ou UNICAMP há menos de dez anos. A diferença é maior ainda se pensarmos somente na EERP/USP, onde 100% dos docentes atuam na instituição há mais de dez anos.

Leonello, Neto e Oliveira (2011) discutem as diferenças entre os setores privados e públicos em relação à formação superior. O setor privado tem um segmento com caráter empresarial, ou seja, oferece cursos com menores exigências acadêmicas e baixo custo, enquanto a universidade pública brasileira, a partir da década de 50, caminhou em outra direção, recebendo incentivos para a titulação de seu quadro docente, estímulo para a realização de pesquisas e um ensino destinado a uma pequena parcela da população, porém

com qualidade. As colocações dos autores corroboram os achados que encontramos em nossa pesquisa em relação ao perfil dos docentes.

5.4. A VIOLÊNCIA NOS CURRÍCULOS PELO OLHAR DOS DOCENTES DA EERP/USP E UNICAMP

A seguir apresentamos a análise e a discussão das entrevistas com os docentes das duas instituições pesquisadas. Dentro da análise de cada pergunta, designamos os agrupamentos de resposta com as mesmas ideias centrais por letras (A, B, C, D e E), sendo que houve questões que as respostas constituíram um único DSC.

5.4.1. O que o docente espera ao abordar o tema da violência

A primeira pergunta teve o objetivo de saber quais os motivos que levaram os docentes a abordar o tema da violência em suas disciplinas, conhecendo assim porque os docentes optaram por abordar essa temática. Assim, perguntamos "O que o Sr(a) espera ao abordar o tema da violência na sua disciplina?", e fizemos os seguintes agrupamentos das IC das respostas:

IC. A- Valorização da mulher.
IC. B- Alunos aprendam a lidar com pacientes agressivos.
IC. C- Profissionais saibam reconhecer e intervir nos casos de violência.

A- Valorização da mulher (D1)

DSC: *A valorização da mulher, como a mulher tem se empoderado para dar visibilidade, para se empoderar enquanto profissão iminentemente feminina.*

IC1: Valorização da mulher e visibilidade da profissão que é feminina.

O DSC que emergiu da IC “Valorização da mulher” demonstra claramente a preocupação da docente em trabalhar as questões do empoderamento da mulher, pois a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, o que também tem a ver com a abordagem da violência contra a mulher e de gênero, que é ligada ao papel da mulher na sociedade. Trabalhar essas questões é papel fundamental do docente, pois os alunos estão inseridos nessa sociedade cujo papel social da mulher, apesar de mudanças, ainda é, muitas vezes, de inferioridade em relação aos homens, além de estarmos tratando de um docente de um curso de graduação em enfermagem, profissão com predomínio de mulheres.

A enfermagem é uma profissão historicamente feminina. Em discussão sobre o caráter feminino da enfermagem, Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006) enfatizaram as diferenças sociais entre os homens e as mulheres e a questão do gênero. As mulheres são tratadas de maneiras diferentes desde o nascimento, pois, socialmente, a mulher ainda é muitas vezes condicionada a assumir os papéis de esposa e mãe, enquanto que a educação dos meninos é feita visando que ele ocupe importantes papéis no trabalho e na sociedade. Na enfermagem, há esteriótipos do que se espera de uma enfermeira, padrões e atributos esperados por qualquer pessoa que convivesse com uma mulher, um papel de subordinação reservado às mulheres que se estende à vida profissional.

A posição das mulheres na sociedade está mudando, pois elas estão se profissionalizando e conquistando o mercado de trabalho, indícios de transformações sociais que dependem de mudanças profundas na sociedade, e que a enfermagem, como profissão eminentemente feminina, deve refletir e trazer para sua prática tais mudanças sociais (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

Em relação à discussão no parágrafo anterior, sobre a enfermagem ser uma profissão iminentemente feminina, e que as mulheres carregam uma construção social e histórica do papel da mulher na sociedade, é fundamental que tais questões sejam trabalhadas na graduação em enfermagem. Nossa pesquisa é sobre a abordagem da violência, e o papel social da mulher e a construção do gênero feminino na sociedade têm relação direta com a questão da violência contra a mulher e de gênero. Para Minayo (2006) para se entender a violência contra a mulher é preciso entender a perspectiva do gênero:

> A violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias.

Assim, segundo a autora, a violência de gênero vitimiza a mulher por razões conjugais, sexuais ou culturais: no seio da família, pelos casamentos forçados, preferência pelo filho homem, estupro conjugal, pancadas, assédio sexual e moral no trabalho, agressões sexuais, pelo tráfico sexual, esterilizações forçadas, entre outras frequentemente toleradas e silenciadas por explicações inaceitáveis como as mulheres gostarem de homens violentos, ou os homens serem incapazes de controlar seus instintos- situações aceitáveis pelo papel social inferior da mulher em relação ao homem.

Assim, apesar das questões de gênero não serem o foco de nossa pesquisa, consideramos importante realizar algumas discussões sobre o assunto, visto que o gênero influencia na ocorrência de violência, bem como o fato de sermos uma profissão historicamente feminina pode favorecer a ocorrência de violência institucional pelo papel social de inferioridade atribuído às mulheres, sendo fundamental que os cursos de graduação em enfermagem discutam essas questões também ligadas à violência.

B- Alunos aprendam a lidar com pacientes agressivos (D5 e D12)

DSC: *O tema violência na disciplina de saúde mental aparece no sentido do manejo do paciente agressivo, no processo de cuidar desse paciente. Por quê? Porque agressividade relacionado ao doente mental é uma situação psicopatológica que pode ocorrer quando o indivíduo perde realmente a noção mesmo do limite de se comportar ou de se portar e ter um comportamento aceitável diante das pessoas. Também em função de toda uma situação mental que deixa essa pessoa muito ansiosa, muito propensa a estar projetando na outra pessoa toda uma situação que ele está vivenciando, uma situação desagradável que pode vir em função de uma agressividade, de uma violência. Então realmente essa parte de violência que eu trato como agressividade é inerente a uma situação vivenciada por esse doente mental. Claro que a gente tem que tomar um certo cuidado de não rotular o doente mental como agressivo ou violento, então é uma condição que também qualquer ser humano pode vivenciar. Nós estamos aqui falando especificamente do doente mental porque é o sujeito que nós estudamos e nós formamos pessoas para cuidar. Então ele surge nesse contexto, contexto de emergência psiquiátrica ou urgência, num contexto de proteção desse indivíduo, de proteção dele e das pessoas ao seu redor.*

IC1: Cuidado ao paciente agressivo.

IC2: Proteção do paciente, do aluno e das pessoas ao redor no caso de paciente agressivo.

Para Amarante, Ribeiro e Constantino (2009) o doente mental é tido como violento pelos profissionais de saúde, mas na maioria das vezes ele é na verdade vítima de violências. Os autores destacam a importância do profissional de saúde ter em mente que a maior parte das concepções que se tem sobre os pacientes em sofrimento psíquico são estigmas ou preconceitos, sendo que a escuta, o acolhimento do paciente e das famílias são fundamentais para o cuidado, devendo-se ouvir e procurar, mesmo que com dificuldade, o que ele quer dizer. Para os autores há instituições que tradicionalmente convivem com relações de violência, como prisões, abrigos para idosos, instituições que acolhem doentes mentais. Além dessas, a própria hospitalização pode ser plena de muitas formas de violência, como a falta de tempo para ouvir a clientela, frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos para com os usuários (AMARANTE; RIBEIRO; CONSTANTINO, 2009).

Apesar de reconhecermos na literatura estudada que o lidar com pacientes agressivos e em sofrimento psíquico pode gerar situações de violência, quando questionados sobre trabalhar tais questões, os docentes afirmam que sim, que trabalham a questão da violência quando há pacientes agressivos. Porém, a forma como foi relatada pelos docentes desta pesquisa difere da descrita na literatura. Os docentes entrevistados destacaram como lidar com as agressões físicas que esse paciente pode cometer por estar agitado, no sentido de controlar tal situação para evitar violência física. Se o docente associa a violência ao cuidar do paciente agressivo, e somente isso, o aluno poderá ter a mesma visão limitada a respeito da violência quando for profissional de saúde. Destacamos que o lidar com o paciente agressivo é uma oportunidade dos docentes trabalharem com os alunos não só a questão das agressões físicas, mas o papel das instituições e profissionais de saúde para não praticarem ações de violência contra pacientes e familiares, como acontece muitas vezes.

C- Profissionais saibam reconhecer e intervir nos casos de violência (D2, D3, D4, D6, D7, D8, D9, D11, D13, D14, D15)

DSC: *Espero proporcionar aos alunos a oportunidade de falar sobre o tema, compreenderem a violência como um problema de saúde pública. Como algo que a enfermagem pode trabalhar e tem autonomia para isso, porque a violência não é vista como um problema de saúde pública. Embora a gente às vezes não esteja num ambiente que receba especialmente*

esse tipo de cliente, pode estar escondido em vários outros atendimentos que a gente faz então para eles estarem atentos a toda manifestação, aos comportamentos e ao relacionamento entre os pais e a criança, por exemplo. A violência pode aparecer como um tema trazido pelos alunos, então que ele peça para a pessoa refletir sobre o que está acontecendo, e que leve o assunto ao Centro de Saúde da Família, ao Núcleo de Saúde da Família, que terá condições de dar uma resolutividade no assunto. Assim, é esperado que o aluno ou aluna reconheça que a violência existe e reconheça muitas vezes a violência consigo próprio. Que ele saiba identificar, quando ele for profissional, a mulher que esteja sofrendo a violência e possa estar acolhendo-a. Assim, trabalhar também a violência contra a mulher, a violência sexual e a violência em todas as suas formas. Que fiquem atentos e consigam identificar quando um trabalhador é acometido por uma situação de violência. Fazer também com que os alunos saiam com o entendimento de quais são as violências envolvidas e que andam paralelamente ao uso do álcool e drogas, que ele tenha esse entendimento mínimo de como há essa relação entre drogas e violência. Quando a gente conta casos de violência, a primeira reação do aluno é ficar com muita raiva, mas no atendimento a essas pessoas não dá para pagar com a mesma moeda, eu tenho que fazer uma outra abordagem com essa família se eu quiser realmente ajudar naquele momento. Espero também que eu consiga conscientizar os meus alunos da importância de quando você lida com criança, a importância para a vida de uma criança que é ela ser uma pessoa vitimizada logo cedo pela sua própria família, imagina como vai ser esse adulto, e o aluno precisa saber que isso acontece, que a gente possa intervir com antecedência, que ele precisa intervir para que não chegue ao estado final. Existe o contexto violento, num contexto das relações sociais, de uma sociedade que valoriza extremamente o consumo; neste excesso de consumo, as pessoas às vezes perdem um pouco a questão dos valores do que é certo e o que é errado, em função disso você percebe em todos contextos, desde o contexto de trabalho. Então, o que eu espero é que eles sintam o contexto no qual eles vão trabalhar, que eles não se assustem porque eles vivem num contexto violento, e esse é o pior tipo de violência, porque é esse tipo de violência que induz às pequenas violências, ou seja, mostrando a importância do indivíduo se preparar para o enfrentamento dessas questões, ele precisa se preparar, entender e lidar com isso no social, nos trabalhos dele enquanto enfermeiro, pois o aluno tem que ser preparado para o enfrentamento dessas situações que também acabam gerando conflitos e consequentemente levando à doença, principalmente aos distúrbios emocionais, e que ele possa se instrumentalizar, lidar com essa violência. Então ele precisa conhecer as estratégias de lidar com essa violência, aprender a identificar o que é violência e como ele faz para controlá-la e

para preveni-la. Assim, o objetivo final é que o aluno que está em formação tenha essa perspectiva de que isso pode ocorrer, que isso ocorre com uma certa frequência, que ele vai se defrontar com essas situações e que ele precisa muitas vezes tomar uma atitude, que ele tenha essa perspectiva de que isso ocorre e que precisa de uma intervenção. É o que deve ser abordado dentro das disciplinas no âmbito da graduação.

IC1: Alunos falarem sobre o tema.

IC2: Compreenderem a violência como problema de saúde publica.

IC3: Compreenderem que a enfermagem tem autonomia para trabalhar nos casos de violência.

IC4: Aluno reconheça a existência da violência e intervenha nos casos.

IC5: Quando profissional, possa reconhecer e agir em casos de violência.

IC6. Alunos estejam atentos às reações dos pais e crianças e saibam fazer a abordagem sem sentir raiva.

IC7.A violência seja abordada na graduação.

IC8. Os alunos reflitam sobre o contexto, que observem o usuário e a família e discutam o assunto com os profissionais.

IC9. O aluno compreender que há relação entre o uso de álcool e drogas e a ocorrência de violência.

IC10. Instrumentalizar o aluno para identificar e prevenir a violência no trabalho.

A violência, na visão popular atual, que invade o imaginário e a opnião pública, define-se pela criminalidade e pela delinquência social, formas específicas de comportamento e relações que passaram a gerar medo e insegurança, como se a violência fosse resumida a isso (MINAYO, 2003). A autora critica essa visão limitada, discutindo que a violência vista como delinquência não abrange a magnitude e a complexidade do problema. Os alunos trazem conhecimento de suas vivências pessoais além dos muros da universidade, ou seja, uma vez que estão inseridos e fazem parte de uma sociedade podem partilhar da visão popular em relação à violência. Em nossa pesquisa, alguns docentes apontaram a importância de deixar os alunos falarem sobre o tema. Permitir que os alunos falem sobre o tema pode fazer emergir opiniões sobre a violência que refletem o imaginário social, o que pode permitir o início de uma discussão aprofundada. Como irão lidar com a violência enquanto profissionais de saúde, é importante que a visão partilhada pela sociedade seja gradualmente reformulada e que, posteriormente, haja reconhecimento de que é possível intervir nos casos de violência.

Assim, é importante ouvir o que os alunos têm a falar sobre o tema, quais suas vivências e opiniões, para posteriormente desmistificar e aprofundar o conhecimento sobre o assunto. Partir do conhecimento que os alunos trazem sobre determinado assunto pode contribuir para que haja um rompimento das visões que os alunos apresentam.

Consideramos que o permitir que o assunto seja falado abertamente pode, como descrito por alguns entrevistados, fazer com que o próprio aluno revele uma situação de violência em que vive. Além disso, traz a reflexão da importância de abrir espaço para que o outro fale, pois acreditamos que enquanto profissional de saúde o primeiro passo para a detecção de casos de violência é ouvir a pessoa de maneira acolhedora.

Uma das preocupações dos docentes entrevistados é que alunos reconheçam a violência como um problema de saúde pública. Mas, na prática, como esse reconhecimento poderia interferir na atuação desses futuros profissionais de saúde? Para Krug et al. (2002) a violência pode ser evitada, e a abordagem utilizada pela saúde pública, interdisciplinar e com bases científicas (de diversas disciplinas como medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educação, economia), pode ser utilizada para a prevenção da violência, com ênfase na ação coletiva. Para se passar do problema à solução, segundo a abordagem da saúde pública, há quatro etapas principais: demonstrar o máximo possível de informações a respeito da violência, investigações (pesquisas) sobre porque a violência ocorre, explorar formas de evitar a violência por meio da implementação e avaliação de intervenções, e após implementar tais ações, divulgar essas informações. A ênfase da saúde pública é a prevenção (KRUG et al., 2002). Quando o aluno passa a reconhecer a violência como problema de saúde pública é esperado que, enquanto profissional de saúde, possa planejar ações com enfoque na prevenção da violência.

A notificação de todos os tipos de violência, contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos é obrigatória por lei- pela Lista das Doenças de Notificação Compulsória, devendo ser notificadas a “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” (BRASIL, 2011). Notificar é mais que uma ação, é o reconhecimento de que a violência é um problema de saúde pública, sendo fundamental que os profissionais de saúde, além de prestar assistência, notifiquem a ocorrência de casos de violência. Isso reforça, mais uma vez, a importância do tema a ser trabalhado nos cursos de graduação.

O reconhecimento e a importância dos profissionais lidarem com casos de violência é demonstrado em diversos manuais elaborados pelo Ministério da Saúde. O profissional de saúde deve perguntar se o usuário foi vítima de violência quando há suspeita, pois mesmo que a resposta seja negativa, há abertura para o diálogo e a demonstração de possibilidade de

ajuda. Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para identificar vítimas de violência (BRASIL, 2009). Para que o futuro profissional entenda que não precisa necessariamente emitir uma opinião, ou “prescrever” um cuidado, os docentes dos cursos de graduação em enfermagem têm que enfatizar a importância do saber ouvir a pessoa em sofrimento de maneira acolhedora, sendo que para tal eles mesmos devem acreditar que esse tipo de conduta também é importante e muitas vezes até mais eficiente para questões como a violência, cuja base não é biológica e sim, social.

Pesquisa realizada com docentes dos cursos de enfermagem e medicina de Cuiabá (MT) e Rio de Janeiro (RJ) sobre a opinião deles a respeito de um manual de violência intrafamiliar do Ministério da Saúde, revelou que o manual estudado foi considerado insuficiente em vários aspectos, como, por exemplo, ter pouca profundidade de forma geral e particularmente na questão do abuso sexual na infância, além de pouca abordagem de outros tipos de abuso. Poderia ser útil, porém, para iniciar discussão de maneira mais genérica sobre o tema. Sugerem assim que o material seja utilizado no início dos cursos da área da saúde. O manual pode sensibilizar e conscientizar os graduandos de que a violência intrafamiliar ocorre bastante, afetando muitos segmentos da sociedade e sendo um problema de saúde pública com consequências físicas e mentais. Os estudantes precisam ser incentivados a conscientizar-se de que há forças sociais que afetam a vida e a saúde e que eles têm papel fundamental. Devem ser membros de uma comunidade que se posiciona contra a violência. Para que isso ocorra são necessárias estratégias de ensino que contemplem a inserção do tema nos currículos, bem como formação dos docentes e criação de campos de estágio que permitam vivenciar a questão (SOUZA; FERREIRA; SANTOS, 2009).

Segundo Algeri e Souza (2006) o enfermeiro precisa ter conhecimento científico sobre a questão da violência para trabalhar de maneira competente nos casos. Os autores afirmam ainda que, a formação acadêmica é carente em relação à violência contra a criança, adolescente e família devido a não ser um problema fisiopatológico. A inserção do tema no currículo capacitaria os futuros profissionais a ver o problema de maneira diferente, com uma abordagem holística e sem enfocar somente o tratamento das causas físicas da violência. As autoras destacam também a importância de haver articulação entre os docentes da graduação em enfermagem com os profissionais que atuam com crianças e adolescentes vítimas de violência, pois a troca de experiências entre eles pode contribuir com a melhoria das ações na ocorrência desses casos.

O referencial teórico que utilizamos ao longo dessa pesquisa não deixa dúvidas em relação à importância de se trabalhar a questão da violência com os futuros profissionais de

saúde, ou seja, nos cursos de graduação, entre eles o de enfermagem. Mas para que o profissional esteja capacitado para a questão da violência, é importante que os cursos de graduação trabalhem a compreensão da influência que os contextos têm nas ações e comportamentos violentos, sendo que os modelos epidemiológicos centrados na biologia só podem ser aceitos para explicar a violência nos casos patológicos (BRASIL, 2005).

Outra preocupação demonstrada pelos docentes é de que haja compreensão dos alunos de que existe uma relação entre o uso de álcool e drogas e a violência, preocupação que encontra diversos subsídios na literatura. Deslandes (2003), analisando as principais tendências de produção científica de autores brasileiros sobre o uso de drogas entre 1990 e 2000, destaca que o consumo de drogas é motivado pela violência, pois a situação de exclusão social e exposição à violência pode levar a busca por alívio nas drogas. Por outro lado, a dependência de drogas pode desencadear a violência, expressa pela agressividade, prática de pequenos roubos para conseguir a droga, entre outros.

Sobre a violência autoinfligida, Deslandes (2003) refere que o uso abusivo de substâncias pode ter como resultado o suicídio por intoxicação/overdose, ou ser potencializador dessas situações, aumentando o risco de ocorrência de violência. O uso de álcool pode levar à perda de reflexos que podem ocasionar acidentes de trânsito, que também são violências. Em relação à violência doméstica, a autora destaca que o uso de drogas precipita comportamentos agressivos tanto na relação conjugal como em relação aos maus-tratos contra as crianças.

Schenker, Constantino e Assis (2009) discutem que não é possível saber se, sem o uso de drogas, as pessoas fariam as mesmas coisas que quando sob o efeito delas. O que se pode afirmar é que é alta a proporção de atos violentos quando agressores, vítimas ou ambos têm o envolvimento com o uso de álcool e drogas. Mas a variabilidade das condutas violentas depende dos fatores socioculturais e de personalidade. Assim, há muitas relações entre uso de drogas e violências, e essas relações não são lineares (DESLANDES, 2003).

A violência no ambiente de trabalho é outra preocupação demonstrada pelos docentes entrevistados, e que encontra apoio na literatura. No ambiente de trabalho, os profissionais podem sofrer humilhação, assédio, agressões, entre outras formas de violência, podem atender vítimas de violência (acidentes, violência doméstica, agressões, suicídio, entre outras), mas também podem cometer violências contra as populações que atendem (DESLANDES; PESCE, 2009). Discutir essas diversas formas de violência que podem estar presentes no ambiente de trabalho desses futuros profissionais é fundamental para que eles reconheçam e saibam lidar com as diversas formas de violência, inclusive as que podem vir a sofrer no seu

ambiente de trabalho, assim como é importante que saibam que podem cometer violência contra a população que irão atender caso não reflitam sobre suas atitudes.

5.4.2. Tipos de violência abordados

Na questão "Quais os tipos de violência que o Sr(a) aborda em sua disciplina?" tínhamos como objetivo verificar quais os tipos de violência abordados pelos docentes, e obtivemos apenas um único agrupamento das IC:

A- Violência interpessoal (da família e do parceiro íntimo, e violência comunitária), e violência coletiva.

DSC: *Violência física (agressões físicas), violência psíquica e psicológica, violência verbal. A questão dos estupros, agressão verbal, agressão sexual. Violências de poder, violência institucional, o assédio de quem tem mais poder no ambiente de trabalho, trabalhadores que são vítimas de assédio moral, bulling, violência doméstica e sexual. Perpassa a questão da agressividade, a questão do uso da droga, uma questão também social, a violência sistêmica, porque tem o tráfico de drogas. A violência que pode ser gerada por relações do profissional com paciente ou dos serviços na questão das relações interpessoais, da própria equipe e entre equipes. Dependendo da instituição e dependendo do local de trabalho essa violência se agrava, então o paciente tem uma reação violenta, relacionado à paciente em quadros agressivos. Violência de gênero, violência contra a mulher, violência intrafamiliar, a violência íntima entre parceiros. Violência contra a criança: Síndrome de Münchausen, todas essas coisas que intimidam nossas crianças, violência física mesmo à criança, abuso sexual de crianças por uma pessoa da comunidade.*

IC1. Violência interpessoal (da família e de parceiro íntimo, e comunitária).
IC2. Violência interpessoal (comunitária).
IC3. Violência interpessoal (da família e de parceiro íntimo).
IC4. Violência interpessoal (da família).
IC5. Violência interpessoal (da família e de parceiro íntimo) e violência coletiva.

Optamos por analisar as respostas de acordo com as tipologias da violência definidas pela OMS no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al., 2002). No Relatório são apresentadas três categorias que definem os tipos de violência, sendo: violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva. No mesmo relatório a violência foi classificada quanto à natureza dos atos violentos como física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência.

Nas falas dos docentes sobre a violência percebemos que não há clareza quanto às diferentes tipologias ou natureza dos atos, conforme a literatura. Questionados sobre o tipo de violência abordada há uma combinação dos termos, tipos e natureza. Vale ressaltar que nenhum docente entrevistado comentou sobre a violência autoinfligida, o que pode significar que comportamento suicida e autoabuso não são considerados tipos de violência a serem trabalhados na graduação.

Trazer para discussão e reflexão sobre os tipos de violência, bem como sua natureza, nos cursos de graduação em enfermagem, são de extrema importância para que os alunos tornem-se profissionais informados sobre conceitos corretos e ampliados sobre o tema. Em pesquisa com alunos de um curso de graduação em enfermagem do Rio de Janeiro, Lisboa, Moura e Reis (2006) encontraram que 62,9% dos alunos atribuíram à agressão física o significado de violência. Se o aluno sair da graduação com o entendimento de que violência é somente a de natureza física, terá certamente dificuldades para detectar e assistir, por exemplo, nos casos de violência psicológica, de negligência ou privação.

Corroboramos com Minayo e Souza (2003) quando afirmam que a violência é complexa, realiza-se no contexto histórico-social e envolve as pessoas de forma dinâmica, totalizando as questões biopisíquicas e sociais. O contexto histórico-social é “onde as particularidades biológicas encontram as idiosincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e socioculturais” (MINAYO; SOUZA, 2003, p. 42). Apesar de toda a complexidade do tema, as causas da violência não aparecem como preocupação dos docentes entrevistados nesta pesquisa.

5.4.3. Como o docente trabalha a violência: estratégias de ensino

Fizemos a pergunta “Como o Sr(a) trabalha o tema violência com os alunos?” com o objetivo de que o docente descrevesse, de forma geral, como apresenta o tema violência, e a

pergunta “Quais são as estratégias utilizadas para abordar a violência?” foi feita para conhecer especificamente as estratégias de ensino utilizadas para a abordagem do tema, porém como as respostas ficaram similares e complementares optamos por analisá-las em conjunto. Assim, obtivemos cinco agrupamentos de respostas:

IC. A- Quem trabalha é outra docente, mas aborda se o tema surgir na prática.
IC. B: Manejo de pacientes agressivos em teoria e prática.
IC. C: Violência abordada na teoria e prática por outro docente.
IC. D: Trabalha o tema na teoria e na prática.
IC. E: O tema é trabalhado somente na teoria.

A- Quem trabalha é outra docente, mas aborda se o tema surgir na prática (D1, D9)

DSC: *Eu não tenho uma disciplina específica sobre isso, quem dá essa temática é outra professora, não sou eu que que dou essa aula dentro da disciplina. Mas dentro da disciplina eu sei que são colocados filmes, livros, textos em geral, artigos que falam a esse respeito. Mas, às vezes, muitas vezes na verdade, infelizmente, a gente acaba abordando esse tema na prática, principalmente no caso da disciplina de saúde da criança, então a gente acaba tendo a experiência de falar com o aluno a respeito desse assunto por ter encontrado uma criança que tenha sofrido esse mal. Através de discussões do tema, colocação de experiências de cada um, ou seja, eu trabalho localmente, durante o estágio, quando alguém fala de alguma violência sofrida a gente aponta, ou eu faço uma orientação, sobre a ação social, o controle social que são os caminhos.*

IC1: Se surgir o tema em estágios (aula prática), trabalha usando a informação.

IC2: Não é a docente responsável pela parte teórica, mas sabe que, para a abordagem, são usados**,** filmes, leitura de textos. Trabalha em estágio se surgir o tema, em discussões.

Todos os docentes que entrevistamos trabalham a questão da violência nos cursos de graduação em enfermagem, visto que um dos critérios de inclusão para participar dessa pesquisa foi ministrar disciplinas que continham em suas ementas a palavra-chave violência ou correlatos. Porém, na análise dos dados verificamos que há docentes que fazem parte de disciplinas na UNICAMP em que encontramos o termo violência ou correlatos, mas cada docente ministra aula teórica sobre determinado tema, ou seja, quem trabalha a questão da violência em aula teórica é

apenas um docente. O interessante é que, apesar de alguns docentes não ministrarem aulas específicas sobre o tema, afirmam que o assunto é frequentemente trazido pelos alunos, ou seja, de qualquer forma acaba fazendo parte do ensino.

Mas afinal, o que é currículo? Na literatura encontramos que o currículo é muito mais do que a grade curricular com disciplinas, atividades, carga horária, o conjunto de ementas e os programas das disciplinas, os planos de ensino. Currículo é também o que acontece em sala de aula, são as experiências propostas e vividas pelos alunos, localizado historicamente (LOPES; MACEDO, 2011). Assim, o currículo é o formal (o que é previsto nos planos de ensino), o oculto (onde se escondem as relações de poder que estão na base das escolhas curriculares) e o vivido (o que acontece na escola). O currículo formal é insuficiente para dar conta das muitas experiências envolvidas na composição do currículo (internas e externas aos sujeitos, individuais e coletivas), pois "o currículo é o proposto no formal, mas também o vivido no cotidiano" (LOPES; MACEDO, 2011).

Nas entrevistas encontramos que a violência aparece com frequência no currículo informal por meio das experiências vividas pelo aluno, ou seja, apesar da violência nem sempre aparecer no currículo formal, ela aparece no cotidiano, sendo dessa forma fundamental que haja discussões sobre o tema e melhor preparo dos docentes para abordar e lidar com o fenômeno da violência.

B: Manejo de pacientes agressivos em teoria e prática (D2, D5)

DSC: *A disciplina é toda contextualizada entre teoria e prática: teoria na terça-feira à tarde, e na sexta eles passam o dia no HC, na enfermaria de psiquiatria. Nessa questão teórica, a gente tem o manejo do paciente agressivo, tipos de contenção, e a gente faz muita prática, faz todo esse manejo, todo fundamentado na questão do relacionamento interpessoal terapêutico, que é com o que eu trabalho. Apoio teórico para uma posição mais humanista, junto com os docentes da medicina, junto com os alunos, pois sobre o relacionamento interpessoal, se você tiver uma boa confiança ele não vai te agredir, ele vai te respeitar. A gente trabalha num setting clínico, trabalhamos numa visão clínica de um sujeito que está sob cuidados- no meu caso é num hospital onde estão indivíduos em surto agudo, então a gente vive situações de agressividade cotidianamente.*

IC1: Manejo dos pacientes agressivos em aula prática (estágio) e aula teórica (aula expositiva), por meio do relacionamento terapêutico (posição humanista).

IC2: Manejo dos pacientes agressivos com ênfase no relacionamento interpessoal em estágios (prática).

Há docentes que abordam o tema da violência demonstrando como se faz o manejo do paciente violento para evitar danos ao próprio paciente, familiares e trabalhadores de saúde. Para tal, esses docentes disseram que utilizam conceitos teóricos do relacionamento terapêutico centrado na pessoa, a posição humanista defendida por Rogers (2001). Segundo Rogers (2001) uma relação de ajuda se estabelece quando uma das partes procura promover na outra o desenvolvimento, o crescimento, a maturidade e uma maior capacidade de enfrentar a vida. Essas relações de ajuda podem ser estabelecidas em diversos tipos de interações, como entre mãe e filho, professores e alunos, enfermeiros e pacientes, entre outras, e as atitudes nessa relação podem favorecer ou inibir a pessoa que se pretende ajudar.

C: Violência abordada na teoria e prática por outro docente (D3, D8, D11)

DSC: *Não sou eu que lido com essa parte, não cabe a mim esse conteúdo, então eu não tenho como te falar sobre isso. Não trabalho diretamente com esse tema porque eu não estou na disciplina nesse momento. Nós temos uma aula com conteúdo teórico, aula expositiva, filmes, discussão sobre esses filmes e exposição dos próprios alunos nos seminários, e eles fazem atividade prática no SOS ação mulher, que atende mulheres que sofrem violência. Quem acompanha é outra colega, nessa área.*

IC1: Violência abordada por outro docente na teoria e prática (estágio em local que atende mulheres que sofrem violência).

IC2: Não é a docente quem trabalha a temática, mas outro docente aborda em aulas teóricas, filme, discussão e seminários.

IC3: Docente não participa da disciplina que aborda violência por meio de aulas teóricas (aula expositiva) e seminários.

É interessante observar que, mesmo os docentes que afirmaram não trabalhar a questão da violência, dizendo que o tema é trabalhado na teoria e na prática por outro docente, ao longo das entrevistas afirmaram que trabalham o tema de maneira informal na prática, pois o assunto sempre aparece para discussão, seja trazido pelas vivências pessoais do aluno ou pela ocorrência em campos de estágio. Mas se a violência é, frequentemente, trazida pelos

alunos, fazendo parte, portanto, do currículo informal, é urgente que haja discussões sobre a temática, e que ela esteja presente de maneira ampliada e sistemática no currículo formal.

Em pesquisa sobre a abordagem da violência contra a mulher em um currículo de um curso de graduação em enfermagem Penna (2005) também encontrou que, mesmo não estando oficialmente nos conteúdos programáticos da graduação, a violência faz parte do chamado currículo informal, uma vez que nos discursos das docentes há concordância sobre serem necessárias buscas por informações sobre o assunto uma vez que a temática faz parte do cotidiano delas ao assistir e ensinar cuidados a essas mulheres.

D: Trabalha o tema na teoria e na prática (D4, D6, D10, D12, D13)

DSC: *Formalmente, assim, na disciplina a gente tem uma carga horária que nós fazemos como se fosse uma mesa redonda, um painel, mesa redonda, o nome que quiser. Não só conosco, a gente convida um profissional do SOS ação mulher e família, convida profissional aqui do CAISM, que é um centro de referência no atendimento de mulheres vítimas de violência sexual, daí a gente então conversa sobre isso, debate. Tem o livro que tem um capítulo sobre violência, discute situações e exemplos de jornais, isso do ponto da teoria. Eu passo um vídeo, é um vídeo muito bom, muito interessante sobre a violência sexual, e a gente vê esse vídeo, discute essa questão e conversa sobre o assunto. A gente também conversa sobre essas experiências reais que elas têm, é uma estratégia que mistura um pouco de vivência junto. Daí todos os alunos passam um período é... no SOS ação mulher família, e no estágio no SOS eles participam de grupos, interagem com essas mulheres, com as crianças. Isso formalmente, porque daí nas outras disciplinas é uma coisa também que a gente continua chamando a atenção do aluno. Também eu conto várias experiências que eu tive com pessoas que foram vítimas de violência, eu conto as histórias, histórias trágicas, e no próprio campo de prática, né, durante a consulta de enfermagem, depois nós trabalhamos isso com o aluno, na discussão com ele, daquele caso clínico, é mais no teórico ou se surge na consulta de enfermagem. Ou seja, eu trabalho quando ele aparece nessas questões, quando ele é trazido nas visitas que eles fazem, a estratégia não é levar a coisa pronta, trabalhar com o que eles trazem e procurar identificar os pontos da violência e refletir em cima disso. Trazer notícias de jornal, eu mostro casos da minha vivência pessoal, faço muito dramatizações, o aluno vê no campo, isso é discutido na classe. Também quando nós passamos pelos conceitos de acidentes por exemplo, assédio, e mesmo dos adoecimentos, nas aulas expositivas, nós informamos eles que isso não pode acontecer, caso aconteça é uma situação de violência, damos algumas definições do que seja essa violência*

institucional que pode acontecer e com alguns exemplos práticos, de acidentados, isso a gente caracteriza bem como uma situação de violência do trabalho. E a gente faz visitas em empresas, então essa parte prática depois nós comentamos quando os alunos vão para a sala de aula e a gente coloca isso, né, que isso é um episódio de violência com o trabalhador. Às vezes a gente dá exemplos da própria instituição aqui, é aula dialogada, eles começam a falar de professores contra eles, durante as discussões, é bem el passan a questão da violência, nas reuniões de grupos menores. Quando nós trabalhamos a questão do álcool e drogas, as conceitualizações e no contexto social onde que está a questão tráfico, a questão das violências em relação à família, entre os parceiros mais próximos, os familiares, entre filhos, nessa abordagem. Não é tão profundo como se tivesse uma aula específica só com violência, mas ela não está isolada, a nossa aula teórica embora tenha dinâmicas de trabalhar em sala de aula ela não foge muito do ensino tradicional. Agora na parte prática, quando a gente vai para o estágio com o aluno, a gente senta e faz todo um processo de relacionamento terapêutico de acolhimento inicial, ouvir essa pessoa que está sendo vítima, tem bastante discussão com participação dos alunos. E depois na prática, a partir da questão do relacionamento, acolhimento e investimento na relação empática.

IC1: Trabalha em uma aula teórica (aula dialogada com convidados, filme) e um dia em um campo de estágio em local que atende vítimas de violência, também contando suas vivências pessoais com vítimas de violência e se o assunto surgir em outros campos de estágio.

IC2: Na teoria (aula dialogada, discussão de casos clínicos) e na prática, em estágio em local com vítimas de violência ou não.

IC3: Na teoria (aulas expositivas dialogadas, discussões e casos clínicos e em grupo) fala de acidentes em ambientes de trabalho, que podem ser violência, e na prática quando surge o assunto.

IC4: Trabalha na teoria (aulas dialogadas, dramatizações, tempestade cerebral) quando o assunto é trazido da prática dos alunos.

IC5: Trabalha na teoria (aulas expositivas, discussões) o uso de álcool e drogas e sua relação com a violência, e na prática (estágio), por meio do relacionamento terapêutico e empático, acolhimento.

Bordenave e Pereira (2007) refletem sobre a importância do docente incentivar os alunos a participarem ativamente das aulas, o que é um desafio aos professores acostumados a uma educação tradicional, destacando que para tal é necessário que haja escolha das técnicas de ensino adequadas, dependendo do que se pretende ensinar e com quais objetivos. Em nossa

pesquisa os docentes citaram estratégias de ensino utilizadas: filmes, leitura de textos, aulas teóricas (aula expositiva ou dialogada), seminários, discussões de casos clínicos e em grupo, dramatizações e tempestade cerebral. Nos parágrafos abaixo discutimos algumas estratégias de ensino descritas pelos docentes entrevistados.

Houve docentes em nossa pesquisa que referiram utilizar o trabalho em grupo para trabalharem a questão da violência. O trabalho em grupo, suas dinâmicas internas e externas, os perfis dos participantes do grupo bem como a descrição detalhada dessa técnica de trabalho é feita por Bordenave e Pereira (2007), que destacam a importância do docente conhecer de maneira aprofundada a utilização das técnicas para aumentar a produtividade na realização dos objetivos, pois a participação ativa dos alunos depende do docente saber organizar essas atividades. Os grupos podem ser formados por poucos alunos, em vários grupos pequenos, para aumentar a participação individual por meio da discussão de um determinado assunto. Associada ao trabalho em grupo, foi citada em nossa pesquisa o uso de painel, definido como uma forma ativa de apresentar um tema. Nesse tipo de técnica, após escolher um tema, como, por exemplo, a violência, escolhe-se um coordenador do painel, que fica responsável por apresentar a discussão feita pelo seu grupo aos demais alunos (BORDENAVE; PEREIRA, 2007). Em nossa pesquisa não é possível avaliar de que forma é realizado o trabalho em grupos, ou o uso do painel, pois os docentes citam o uso dessas técnicas, mas não descrevem sua utilização de maneira sistemátca.

Em nossa pesquisa encontramos uma docente que referiu utilizar a técnica da tempestade cerebral em suas aulas. A tempesade cerebral é descrita por Bordenave e Pereira (2007) como uma técnica que valoriza a criatividade, objetivando captar as ideias em estado nascente, fazendo com que o grupo seja incentivado a usar a imaginação. Por exemplo, após o professor descrever uma determinada situação, solicita aos alunos que digam o que vier à mente. Destacamos que a docente que citou o uso dessa técnica é pedagoga e não enfermeira. Para Penna (2005) os docentes têm uma tendência de adotar um comportamento de reprodução simbólica das experiências de sua própria formação. Como a pedagogia é um curso voltado para as questões educacionais, havendo aulas específicas sobre técnicas de ensino, e que no curso de enfermagem a formação não é somente voltada para as questões de ensino, acreditamos que a utilização dessa técnica apareceu somente em uma entrevista por se tratar de uma docente pedagoga, ou seja, alguém que a formação tratou de elementos específicos, como técnicas de ensino diferenciadas.

Outro recurso utilizado por docentes, sujeitos de nossa pesquisa, foram discussões de casos clínicos, ou seja, estudos de casos, para a abordagem da violência. O estudo de casos

consiste em apresentar uma situação real ou fictícia para ser discutida em grupo. A apresentação do caso pode ser utilizando-se descrição, dramatização, diálogo, entre outras. Assim, as dramatizações, que também são citadas pelos docentes em nossa pesquisa, são formas particulares de apresentação de estudos de caso que podem servir para desenvolver a empatia ou trazerem à sala de aula um pedaço da realidade social. Os estudos de caso têm diversas fontes: experiências dos docentes ou dos alunos, jornais e revistas, apresentação de filmes, entre outras (BORDENAVE; PEREIRA, 2007). As discussões de casos clínicos, segundo as docentes deste estudo, são provenientes dos campos de estágio, quando os alunos têm contato com vítimas de violência ou quando trazem questões de violência da sua vivência e experiência pessoais.

Os docentes entrevistados referiram utilizar seminários em suas disciplinas. O seminário é uma técnica muito usada nas universidades, uma vez que constitui uma fonte de pesquisas e de procura de novas soluções para os problemas. É definido como um grupo de pessoas que se reúnem com o objetivo de estudar um tema, sob a orientação de um docente, sendo os alunos agentes ativos de sua própria aprendizagem, uma vez que participam ativamente das discussões e apresentaçãoes (BORDENAVE; PEREIRA, 2007). Mais uma vez, não é possível confrontar com os achados de nossa pesquisa a forma como os docentes realizam os seminários, uma vez que os entrevistados não apresentam de maneira detalhada como realizam tal técnica.

Em revisão integrativa com o objetivo de conhecer as estratégias de ensino mais utilizadas pelos cursos de graduação em enfermagem para estimular o pensamento crítico e reflexivo, Waterkemper e Prado (2011) encontraram que os métodos mais citados foram os de simulação com bonecos de alta fidelidade e via WEB (World Wide Web) (19%), seguido pela educação baseada em problemas (16%) e estudo de caso (5%). Os resultados encontrados pelas autoras diferem de nossa pesquisa, o que inferimos dever-se por dois motivos: os artigos encontrados pelas autoras pertencem, em sua maioria (93%), aos Estados Unidos da América e ao Reino Unido, ou seja, análises relacionadas ao ensino em outros países, e também porque nossa pesquisa foi especificamente sobre abordagem da violência, o que pode requerer outras estratégias de ensino que sejam talvez mais eficientes para a abordagem do tema.

O uso de estratégias de ensino-aprendizagem inovadoras e ativas por si só não garantem que haja transformação do aluno em protagonista de seu aprendizado, os tornem críticos e reflexivos em relação à realidade, bem como não garantem que o professor seja realmente um facilitador do processo, pois a aplicação dessas metodologias requer muito mais do que a simples utilização. Dentro desta lógica Waterkemper e Prado (2011, p.245) afirmam

que “o pensar crítico requer reflexão sobre aquilo que se faz e não somente enfoca o fazer com habilidade e com conhecimento”. Entendemos que o fato dos docentes citarem, em nossa pesquisa, a utilização de metodologias ativas seja extremamente importante, mas sua utilização não garante que haja formação de profissionais críticos e transformadores da realidade, sendo essas técnicas apenas um dos recursos necessários.

Na fala dos docentes há referência ao fato de que, apesar do currículo institucional ser descrito como não tradicional, na prática os docentes mantém a base do ensino no modelo tradicional. Inferimos, portanto, que dizer que utiliza determinada técnica não garante que o recurso seja usado da maneira como são descritas as teorias, com rigor e conhecimento aprofundado. Em tempos de Diretrizes Curriculares que incentivam o uso de metodologias ativas, é preciso cuidado para que a utilização delas não faça parte somente do discurso dos docentes, diferindo da prática. Para investigar melhor se os docentes estão realmente contribuindo para a transformação dos alunos, acreditamos ser importante conhecer a opinião dos egressos dos cursos sobre a abordagem da violência, confrontando os resultados com os achados de nossa pesquisa.

Um dos entrevistados contou que aborda a violência institucional quando, durante a aula, os alunos reclamam de posturas de outros docentes. Os alunos dizem que não têm coragem de falar com alguns professores, pois estes não os ouvem e os destratam. Porém, os docentes entrevistados afirmam que, para a abordagem da violência, trabalham a importância de uma postura acolhedora e de relacionamento empático com o paciente. As falas nos parecem contraditórias, pois como se pode esperar que o aluno, quando for profissional, tenha postura acolhedora e empática se esta fala contradiz o que é feito como docente? O professor é um modelo. Os docentes precisam refletir que o processo ensino-aprendizagem não acontece somente por meio das apresentações e discussões teóricas, pois a postura no dia a dia, diante dos alunos e colegas de trabalho instigam reflexões e observações dos alunos, inspirando de maneira positiva ou não esse futuro profissional.

E: O tema é trabalhado somente na teoria (D7, D14, D15)

DSC: *Uso aula expositiva com conteúdo teorizante, trago um pouco do conceito de violência. Uma coisa que chama muito a atenção deles são as imagens da aula, lembrá-los de que, quando a gente não vê isso, não quer dizer que a violência não exista. Tem um pouco do conceito, sinais e sintomas que a gente pode encontrar na criança, trago um pouco de dados de quem é o agressor, de quem é a criança que está mais vulnerável à violência. Eu começo a*

aula com um filme, por fim a gente sempre discute um caso, eu sempre enfatizo com eles a importância de que eu não preciso ter certeza para denunciar, eles fizeram prova ontem sobre violência. É o filme, casos limite que a gente discute a situação da criança, e também indico um livro para eles. Assim, primeiro eles fazem a discussão, depois eles trazem os casos para a teoria, daí a aula são alguns slides que a gente trabalha com isso, a gente parte do pressuposto que ele vivenciou alguma violência e a gente trabalha, através do diálogo, o que é essa violência, que tipo é, como é que ela aconteceu. Se ela aconteceu num ambiente de trabalho, a gente trabalha naquilo que eles vivenciaram até de outras profissões, então não são todos alunos que abordam a violência pois é uma disciplina teórica. Nós fazemos uma visita em indústria e nessa visita muito dificilmente ele vai identificar situações de violência, mas a gente sempre faz o círculo de debate, na hora que cada um está colocando, como ele percebe. Na classe, tentar extrair de cada um as suas dificuldades e a gente problematizar, problematização através de dinâmicas, uma hora a gente faz debates, tempestade cerebral, teatro, tentando problematizar e em conjunto buscar solução para os problemas.

IC1: Aula teórica, filme, discussões de casos clínicos, discussão de referencial teórico indicado.

IC2: Na teoria (problematização, aulas dialogadas, dinâmicas, debates, tempestade cerebral, teatro) se o assunto surgir durante a aula teórica.

IC3: Trabalha na teoria (discussões, aula expositiva) se o aluno trouxer a problemática da prática (estágio).

Em nossa pesquisa encontramos que a aula expositiva, que pode refletir uma educação bancária, ainda é muito citada e utilizada pelos docentes. Paulo Freire (1996) criticava esse tipo de educação, em que o professor é único detentor do conhecimento e responsável por transmitir aos alunos o que sabe, sendo o aluno mero receptor de informações. O autor defendia a ideia de uma prática educativa crítica ou progressista, pois ao atuar e refletir os indivíduos são capazes de notar que sua percepção é condicionada pela estrutura em que se encontram, e, a partir disso, sua percepcão começa a mudar. Assim, se a realidade social é feita pelos homens, pode ser mudada por eles (FREIRE, 2007).

As DCN/ENF também enfatizam que os cursos de graduação em enfermagem devem ter seus PPP centrados nos alunos, sendo o professor o facilitador do processo ensino-aprendizagem, baseando-se no processo ação-reflexão-acão em que o futuro profissional seja capaz de transformar-se e transformar a realidade social em que vive (BRASIL, 2001b).

Para uma prática pedagógica crítica, de acordo com a ideia defendida por Freire (1996; 2007) e em consonância com as DCN, é fundamental que o docente saiba que ensinar não é transferir conhecimentos, pois "embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado", ou seja, ensinar também significa aprender, o que deve ser construído de maneira dialética. O educador deve sempre incentivar a capacidade crítica do educando, deve estimular a reflexão crítica sobre a prática, pois refletindo sobre a prática de maneira crítica os educandos podem se tornar agentes de mudança na sociedade (FREIRE, 1996).

Para atender as atuais demandas da sociedade é preciso uma ação de enfermagem com práticas alternativas ao modelo desenvolvido convencionalmente. Prática que seja coerente com o exercício crítico-reflexivo de reconstrução do processo de trabalho, pois o enfermeiro deve gerar transformações pelas situações vivenciadas pelo cotidiano, construindo conhecimento e gerando mudanças em sua realidade (REIBNITZ; PRADO, 2006). A violência é uma demanda da sociedade, sendo a atuação do enfermeiro fundamental no processo de mudança.

Penna (2005) ao discutir a questão da violência contra a mulher nos currículos de enfermagem destaca que uma das dificuldades para a abordagem da temática é que na área da saúde os modelos de ensino ainda são calcados, em sua maioria, no modelo biomédico[3], onde há uma visão biologicista e reducionista dos problemas de saúde, com foco nas especialidades e valorização do anátomo-fisiológico, aliada a uma visão fragmentada do ser humano, sem considerar sua historicidade. A violência é um problema social, relacional e histórico (MINAYO, 2006). Assim, um modelo de ensino pautado nas questões biológicas não vai abranger de forma suficiente toda a problemática da violência de modo a formar profissionais capacitados para lidar com ela.

A enfermagem é entendida e discutida por muitos autores como uma prática social. A prática social é uma ação que se desenvolve devido ao interesse ou necessidade de uma pessoa e da sociedade, onde seus praticantes estabelecem relações e aplicam o seu saber para transformar uma realidade concreta e, ao mesmo tempo que transformam a realidade são também transformados por ela (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008). A compreensão da enfermagem como prática social, ou seja, a enfermagem como trabalho, dá-se pela sua

[3] Durante o século XIX foi estruturado o modelo biomédico, que reduz o processo saúde-doença às questões anatomo-fisiológicas, associando a doença à lesão e excluindo as dimensões histórico-sociais como cultura, política e economia (MATTA; MOROSINI, 2009).

inserção em um contexto, e no contexto atual a força de trabalho da enfermagem se conforma com a necessidade de atenção integral (PEREIRA et al., 2009).

A utilização da pedagogia crítica nos cursos de graduação em enfermagem pode levar os futuros profissionais a exercerem a enfermagem como uma prática social, sendo capazes, assim, de agir nos casos de violência, que é um problema social. Enfatizamos que, para que os alunos entendam a enfermagem como uma prática social, com múltiplos olhares além das causas biológicas dos problemas de saúde, dentre eles a violência, os docentes precisam partilhar dessa visão e construir junto com os alunos, com uma pedagogia crítica, novas posturas e conceitos sobre os problemas de saúde da população.

5.4.4. Horas dedicadas à questão da violência

Para verificar se o docente aborda a violência de forma sistematizada, sabendo, portanto, quantas horas gasta, especificamente, com o tema em sua disciplina, perguntamos "Dentro da sua disciplina, quantas horas são dedicadas ao tema da violência?", e encontramos os seguintes agrupamentos de respostas:

IC. A- Não sabe quantas horas.

IC. B- Define horas dedicadas ao tema.

A- Não sabe quantas horas (D1, D3, D5, D8, D9, D11, D12, D13, D14, D15)

DSC: *Não é um tema específico, ele pode surgir. Eu não sei te dizer... umas quatro horas? Três talvez. Não tem horas, a gente não tem temas para voltar para a violência, mas como a gente dá liberdade de conversar, de escolher, muitas vezes leva a isso, pois não existe, realmente, como eu te falei, um tema específico violência na disciplina. Fica muito difícil falar: olha, ele aparece tantas vezes ou não, então não sei precisar, pois depende dos conteúdos que os alunos trazem. Na saúde mental tenho levado umas 12 horas porque eu acabo entrando em contextos, na verdade ela acaba sendo umas 5 horas. Sobre álcool e drogas são quatro horas, violência é muito mínimo, se eu for por num cronômetro não dá nem meia hora. No programa de saúde da mulher existe uma aula, geralmente de 3 a 4 horas, quem está responsável por isso é outra professora. Eu acredito que sejam umas quatro horas,*

no máximo, mas acho que três horas de teoria, precisaria conferir no programa, são três dias de quatro ou cinco horas, eu não tenho muita certeza, eu acho que é um pouco menos, é um período da semana, de quatro ou cinco horas, acho que são duas a três horas, mais quatro ou cinco horas de estágio. Na aula de três horas podem vir os riscos, aí que a gente vai direcionando, no máximo, não especificamente com esse título, não tem uma aula que chama violência ocupacional.

IC1. Não sabe, pois não é a docente responsável pela aula de violência.
IC2. Não sabe, pois o tema é trabalhado se aparecer durante os estágios.
IC3. Não tem certeza.

Fizemos essa pergunta para conhecer, no currículo formal, quantas horas são deixadas para a abordagem da violência. A maior parte dos docentes não conseguiu definir quantas horas são dedicadas ao tema, explicando que o tema ou é trabalhado por outro docente, ou é trabalhado se surgir de discussões ou do estágio.

A violência aparece, muitas vezes, de maneira assistemática, fazendo com que os docentes não consigam definir quantas horas são destinadas, especificamente, ao tema. Entendemos que quando uma temática é inserida no conteúdo programático é porque há um determinado número de horas mínimas destinadas àquele conteúdo, o que em muitos casos não parece ser a realidade.

Alguns docentes disseram que não conseguiam definir o número de horas destinadas ao tema porque a violência só é trabalhada se aparecer como demanda dos alunos, ou seja, pode ou não acontecer uma discussão sobre ela. Mas acreditamos que o conteúdo programático é elaborado para direcionar os assuntos que foram considerados importantes nas discussões do Projeto Político Pedagógico da instituição, ou seja, o que aparece nele foi considerado importante, devendo, portanto, ser trabalhado pelos docentes. A elaboração do conteúdo programático não deve ser apenas mera formalidade da graduação, mas um dos direcionadores do trabalho do docente.

B- Define horas dedicadas ao tema (D2, D4, D6, D7, D10)

DSC: *Formalmente a gente tem quatro horas. Não tem estágio em espaço de violência, são essas quatro horas de aula. Do total, teoria e prática, sete horas, mas de aula mesmo são*

quatro horas, e a parte prática pelo menos numa segunda a tarde, de quatro horas. Então em termos de horas a gente faria 12 horas.

IC1. Entre teoria e prática 12 horas.

IC2. Entre teoria e prática sete horas.

IC3. Entre teoria e prática oito horas.

IC4. Teoria quatro horas.

Defendendo a ideia de que uma preparação educacional adequada é fundamental para que os enfermeiros possam prevenir, avaliar e tratar de maneira competente as vítimas de violência, Woodtli e Breslin (2002) enviaram um questionário com 31 itens (informações demográficas, conteúdo do curso, experiências clínicas, currículo, perfil do docente, entre outros) para os cursos de bacharelado em enfermagem cadastrados pela Associação Americana de Escolas de Enfermagem, com o objetivo de conhecer mais sobre a abordagem da violência. Em relação ao número de horas gastas com a violência, sobre o conteúdo relacionado à violência contra a criança, contra a mulher e suicídio/comportamento autodestrutivo, na maior parte das instituições pesquisadas (62%, 56% e 65% respectivamente) foram gastas entre duas a quatro horas com conteúdo relacionado à violência. O conteúdo sobre violência contra o idoso é ministrado em uma hora ou somente leitura em 46% dos casos, e entre duas a quatro horas em 45% dos casos, similar ao que acontece ao abordar o abuso sexual e estupro, onde gasta-se uma hora ou somente leitura em 46% e entre duas a quatro horas em 47% dos casos.

Os resultados encontrados em nossa pesquisa diferem bastante da pesquisa americana; somente em relação à violência contra a criança nossos dados são corroborados, pois encontramos que são gastas quatro horas com a temátca, assim como na pesquisa citada. Nenhum docente referiu abordar a questão do suicídio ou do comportamento autodestrutivo em nossa pesquisa; em contrapartida, na abordagem ao paciente psiquiátrico violento encontramos que são gastas 12 horas, o que não aparece na pesquisa americana. Na questão da violência contra a mulher, em nossa pesquisa encontramos que são gastas entre sete e oito horas nessa temática, mais do que as quatro horas relatadas na pesquisa de Woodtli e Breslin (2002). Outra diferença que encontramos é em relação à violência no trabalho, que na nossa pesquisa aparecem como sendo direcionadas quatro horas para o tema, mas não é citada na pesquisa americana.

A violência contra o idoso é outro tema que apareceu na pesquisa americana, mas que não encontramos em nossa pesquisa como sendo trabalhada pelos docentes na graduação. Na questão da violência contra o idoso, Florêncio, Ferreira Filho e Sá (2007) discutem que o reconhecimento da violência é relacionado aos valores éticos do indivíduo, sendo que a ética deve ser cultivada inclusive entre os enfermeiros, nos cursos de graduação, pois são os valores morais que irão fazer com que haja percepção dos casos de violência.

Destacamos a fala de um docente, que afirma não haver estágio em um espaço de violência, e que, portanto, o tema só é trabalhado nas quatro horas de teoria. Não concordamos com esta afirmação, pois todos os alunos necessariamente passam por campos de estágio em que a violência está presente, como hospitais, Centros de Saúde e outras instituições. Esse pensamento demonstra que a abordagem da violência pode estar sendo prejudicada por uma visão limitada, pois se o docente não vê todos os campos de estágio como possibilidade de contato com vítimas de violência significa que pode estar deixando de trabalhar a temática durante os estágios, não estando sensibilizado para a questão de maneira ampliada.

5.4.5. A vivência de casos de violência em aulas práticas

A questão “O aluno vivencia experiências relacionadas à violência no decorrer da disciplina, por exemplo, em aulas práticas (estágio)?”, feita com o objetivo de verificar se, na opinião do docente, o aluno tem contato com casos de violência em estágios ou se a abordagem é somente teórica, originou dois agrupamentos de respostas:

IC. A- Vivencia.
IC. B- Não vivencia.

A- Vivencia (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D11, D13)

DSC: *Quem dá essa temática é outra professora, inclusive o local de estágio dela é no SOS Acão Mulher e Família. Todos os alunos passam um período nesse local, o SOS, então ele vivencia em aulas práticas, em campos de estágio na maior parte das vezes, no estágio no Centro de Saúde também. Eu trabalho localmente, ou seja, durante o estágio, quando alguém*

fala de alguma violência sofrida a gente aponta, e no próprio Centro de saúde, se isso aparecer. Não uma violência dirigida, ele convive com histórias de pacientes que tem um pouco essa questão da violência, do paciente agitado, mais agressivo. Uma vez, no estágio, existia um sujeito deficiente mental, ele estava assim agressivo, e isso assustou muito os alunos. Então se eu fiquei com medo, vamos entender o que aconteceu, vamos entender esse medo, vamos entender quem é o sujeito, pois para a gente poder até trabalhar um pouco essa coisa da violência a gente tem que compreender todo o contexto, entender porque que esse indivíduo está agredindo, porque que ele está violento. Recentemente uma paciente nos relatou, ela chegou em surto psicótico... psicótico não, ela estava num quadro de agitação, e aí na interação, na assistência ela falou para nós: "Olha, eu estou vivendo com um cara que me espancou todo o período da gravidez", e nesse período a mãe falou que ela usava droga também. Mas ela era vítima do cara, do marido, e ela ia perder a guarda da filha, então tinha um contexto que também estava trazendo sofrimento mental, e um deles era essa questão da violência, não era só o uso da droga dela.

IC1. Vivencia, em local específico com vítimas de violência, ou caso o tema apareça em outros estágios.

IC2. Vivencia, pela possibilidade de contato com pacientes agitados, agressivos.

IC3. Vivencia, em local específico com vítimas de violência.

IC4. Vivencia, se o tema aparecer durante o estágio.

Formalmente, na UNICAMP, os alunos passam por um campo de estágio específico com vítimas de violência, na Organização Não Governamental (ONG) SOS Ação Mulher e Família, que realiza o atendimento de mulheres e famílias em situação de violência desde 1980 no município de Campinas- SP, por meio de uma equipe multidisciplinar (SOS Ação Mulher e Família, 2011?). De todos os docentes que entrevistamos, de diversas áreas de atuação, este foi o único relato de estágio (disciplina de saúde da mulher) em local específico com vítimas de violência. Outros docentes, das duas instituições pesquisadas, disseram que o aluno vivencia o contato com vítimas de violência nos campos de estágio de maneira geral: hospitais, Centros de Saúde, entre outros, com todas as populações vítimas de violência (crianças, trabalhador, doentes mentais, etc).

Consideramos que haver um local específico de estágio, com vítimas de violência é algo positivo, que deve ser valorizado e ampliado nos currículos de graduação da área da saúde e da enfermagem. Porém, não só locais específicos para atendimento de vítimas de

violência podem ser oportunos para o contato com essas pessoas. Concordamos com a fala dos docentes de que o aluno vivencia casos de violência em outros campos de estágio. As vivências práticas dos alunos são uma ótima oportunidade de se trabalhar diversos assuntos importantes, dentre eles a violência, mas para tal é preciso que os docentes estejam sensibilizados e atentos às oportunidades que podem surgir durante a prática. Por exemplo, um dos docentes relatou que em estágio em local que atende usuários de drogas uma jovem revelou que sofria violência física pelo marido; então a docente destacou que havia a violência associada ao uso de substâncias, e pôde trabalhar a associação dessas questões.

B- Não vivencia (D10, D12, D14, D15)

DSC: *As disciplinas, nem uma nem outra, são disciplinas práticas, elas são teóricas só. Eu não tenho aulas práticas, estágio, isso eu não tenho, porque é teórica né, e ela é pequena. Na saúde mental eu trabalho com as experiências que eles trazem de outros campos, pois aqui eles não tem prática.*

IC1. Não vivencia, pois, a disciplina é teórica.

De acordo com as DCN/ENF, além dos conteúdos teóricos e práticos presentes ao longo da formação, os currículos dos cursos de graduação em enfermagem são obrigados a incluir estágios supervisionados (em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades) (BRASIL, 2001b). Necessariamente, então, todo estudante do curso de enfermagem terá experiências práticas em campo de estágio. Como discutido anteriormente, a violência, pelos relatos dos docentes em nossa pesquisa e pela literatura consultada, faz parte também do currículo informal, estando presente, portanto, nos campos de estágio, sendo fundamental que os docentes estejam preparados para abordar a temática. Os docentes entrevistados por Penna (2005) relataram que praticamente todos os semestres do curso de graduação em enfermagem acontecem situações de violência contra a mulher, seja nos campos de estágio ou em discussões em salas de aula.

Apesar dos relatos de que algumas das disciplinas que abordam a temática da violência serem somente teóricas, houve um entrevistado que referiu trabalhar a questão da violência com as experiências trazidas pelos alunos de outros campos de estágio, o que consideramos como algo positivo que deve se tornar um hábito dos docentes.

5.4.6. Relação entre a aprendizagem do tema na graduação e a prática enquanto enfermeiro

Fizemos a seguinte pergunta para saber se o docente acredita que a formação oferecida na graduação em relação à violência era o suficiente para uma atuação efetiva na prática, quando em contato com casos de violência: "Como o Sr (a) percebe a relação entre a aprendizagem do tema na sua disciplina e a construção da prática por ele enquanto enfermeiro?", e encontramos três agrupamentos de resposta:

IC. A- Perfil do aluno é fundamental, mas a graduação tem influência.
IC. B- A graduação não é suficiente para que o aluno lide com a violência.
IC. C- Não sabe.

A- Perfil do aluno é fundamental, mas graduação tem influência (D1, D2, D6)

DSC: *Eu acho que tem uma questão pessoal, mas eu não posso afirmar que foi durante a graduação que teve influência. Mas eu quero acreditar que alguma sementinha a gente plantou, né, a gente só não tem provas. Claro que tem tudo a ver com o aluno, com a formação que ele teve, com a pessoa que ele é, e com a relação que ele estabelece com a gente também, porque não dá para a gente trabalhar com relação se a gente não tiver uma relação importante com esse aluno. Eu acho que é isso que tem feito a diferença, assim, para a construção desse enfermeiro, para a formação dessa pessoa que vai lidar, manejar às vezes, um paciente num quadro agressivo. Isso aí vai ser muito relativo, porque é uma sensibilização que a gente passa para eles na realidade. Alguns vão se tornar mais sensíveis, outros não. Então, assim, é uma sensibilização, porque nós vivemos uma carga horária super deficiente para trabalhar isso com o aluno, mas eu acho que os alunos, acredito que a grande maioria se torne sensível. A gente não pode garantir 100% porque tem as questões de cada um, às vezes tem, às vezes não tem, mas esse é o nosso objetivo, sensibilizar que isso existe e como o enfermeiro e a enfermeira podem mudar essa história no atendimento diário.*

IC1. Acha que o perfil do aluno é fundamental para sua prática, mas acredita que a graduação tem influência.

IC2. Percebe de maneira positiva a relação entre a aprendizagem e a prática profissional, mas acha que tem a ver com perfil do aluno.

IC3. Acredita que a maioria dos alunos se sensibilize com a questão da violência, mas não consegue afirmar com certeza, pois tem a ver com perfil do aluno.

Na literatura pesquisada não encontramos estudos que relacionassem os conteúdos de violência ministrados na graduação e a aprendizagem do tema ou a prática do enfermeiro depois de formado. Acreditamos que para conhecer o quanto os conteúdos relacionados à violência ministrados na graduação contribuíram com a prática profissional seria fundamental conversar com os egressos sobre esta questão. Meira e Kurcgant (2009) destacam a importância da opinião dos egressos para a avaliação do processo formativo, pois os egressos enfrentam situações complexas no seu cotidiano de trabalho que os levam a confrontar as competências desenvolvidas na graduação com o que é requerido no processo de trabalho. Há poucas referências que discutem a opinião dos egressos como indicadoras de avaliação institucional.

Muitos estudos indicam que a preparação dos enfermeiros é inadequada para prestar assistência e cuidado de qualidade para vítimas de violência doméstica, então para saber que conhecimentos e habilidades os enfermeiros devem ter para prover cuidado apropriado a essas vítimas, Woodtli (2000) entrevistou 13 pessoas consideradas especialistas em cuidados com vítimas de violência (11 enfermeiros, uma assistente social, uma psicóloga), e nos resultados houve três categorias: os enfermeiros têm sentimentos, sendo fundamental que os docentes apoiem os sentimentos que os alunos têm para o cuidar de vítimas de violência doméstica; os enfermeiros fazem julgamentos (sobre a vítima e perpetrador); e as atitudes que os enfermeiros têm nos casos de violência doméstica, sendo necessários conhecimentos básicos e específicos como saber os protocolos de atendimento, estratégias de comunicação, conhecimento sobre violência, estratégias sobre educação do paciente e família, respeito às diferenças culturais e crenças. Os entrevistados destacaram a importância de tratar o tema na educação formal e a importância dos docentes trabalharem as questões relacionadas à violência (WOODTLI, 2000). Os resultados da pesquisa de Woodtli (2000), por indicarem ações esperadas dos profissionais enfermeiros podem direcionar questões que devem ser trabalhadas na graduação em enfermagem.

Em nossa pesquisa, muitos docentes disseram que a forma como irá lidar com a questão da violência depende do perfil do aluno. Podemos inferir, então, que para os docentes a forma como o futuro profissional irá lidar com casos de violência independe da forma como

a violência é abordada na graduação, ou seja, independe do trabalho docente ou da forma como o conteúdo é trabalhado. Dizer que depende do aluno é se eximir do seu papel de formador e de suas responsabilidades nesse processo. Não concordamos com essa visão, pois a responsabilização pela formação não pode ser somente do aluno, depende também da instituição de formação e da atuação do docente.

Para Reibnitz e Prado (2006) a formação dos enfermeiros é de responsabilidade coletiva, ou seja, dos enfermeiros assistenciais e dos enfermeiros docentes, e para construir uma prática pedagógica inovada é preciso que os docentes reconheçam seu papel de protagonistas nesse processo. O professor precisa ser preparado para assumir o desafio de formar enfermeiros críticos e reflexivos por meio de uma prática pedagógica inovada, pois os docentes aprendem a profissão no lugar similar àquele em que vai atuar. Assim, é preciso que o docente desenvolva competências enquanto formador. Precisa também aprender a aprender, construir seus conhecimentos permanentemente, em interação com a realidade para a construção de uma sociedade igualitária e justa (REIBNITZ; PRADO, 2006).

A violência é uma nova realidade social que deve ser incorporada à prática docente, pois está constantemente no trabalho dos enfermeiros, no atendimento de emergência às vítimas de violências relacionadas ao trânsito, ou violências físicas, mas também nas violências sociais, intrafamiliares, de gênero, entre outras, em que o profissional pode atuar na detecção, prevenção e auxílio. Muitas vezes o que o aluno precisa aprender é, simplesmente, ouvir com atenção as queixas de quem irá atender, o que pode ser fonte de alívio e um início de reflexão para haver mudança em relação a situações de violência. Mas, para que o aluno desenvolva essas competências, é necessário que os docentes tenham tais competências desenvolvidas.

B- A graduação não é suficiente para que o aluno lide com a violência (D3, D7, D13, D15)

DSC: *Ainda é muito pouco o aluno passar numa única disciplina, acho que isso não é o suficiente para mudar a visão dele. Então às vezes ele não consegue reconhecer alguém que já foi vítima de violência sexual doméstica, porque eu já observei, não no estágio específico da violência, mas no estágio de saúde da mulher, um caso que era violência doméstica, o aluno não tinha percebido. Tinha uma paciente que era vítima de violência sexual e as ações me chamaram a atenção, mas dos alunos não, então acho que não é suficiente, é uma discussão que deveria permear todo o currículo. Eles também não têm muita ideia do que é o*

atendimento à uma criança vítima de violência, já que a gente não tem um espaço para isso, específico para isso, e parece que, pelo menos na nossa prática, no hospital, ele não tem muita clareza disso. Eles têm o contato, a gente faz discussão, mas parece que eles... não têm muita... o foco não é... a gente não tem tanta criança assim para que isso fosse mais significativo para eles, mas um caso já marca, porque são situações limite, um caso de violência. Nosso aluno vai sair daqui generalista, se ele quiser trabalhar com violência ele vai ter que se especializar. Então é importante, tem que ser abordado em sala de aula, tem que assim, despertar a crítica que a violência está intimamente relacionada às questões do uso do álcool e drogas. Então ele tem que sair com esses conhecimentos, mas não dá para falar que ele vai sair na prática resolvendo conflitos, então eu acho que o conteúdo é só o início, ele não dá o embasamento necessário, precisaria ter a continuidade em todas as outras disciplinas subsequentes que eu não sei se acontece. O enfermeiro não está capacitado para prevenir, controlar atos de violência, não está. Eu acho que esse conteúdo é o mínimo, mas ele não dá a competência para enfrentamento de forma adequada.

IC1. O aluno desperta a atenção em relação à violência na disciplina, mas se ele quiser trabalhar com esses casos deverá fazer uma especialização.

IC2. Acha que o conteúdo não é suficiente para que o futuro profissional enfrente situações de violência.

Se, para alguns docentes que entrevistamos a graduação não é o suficiente para que o aluno saiba lidar com os casos de violência, é urgente que haja discussões sobre a forma como o tema é trabalhado e reorganização da forma como há sua abordagem na graduação, pois como estamos discutindo ao longo desse trabalho, a violência é um problema social e de saúde pública, sendo que a graduação e os docentes têm papel fundamental na educação emancipatória e transformadora que poderá fazer com que os futuros profissionais sejam agentes de mudança, compromissados, que exerçam a enfermagem como uma prática social.

Um dos apontamentos feitos pelos entrevistados é de que o trabalho com a violência deve ser contínuo, não só nas disciplinas em que ministram, mas também nas subsequentes, com outros docentes, dizendo que não conseguem avaliar se isso ocorre. Observamos por meio dessa fala como há pouca sistematização e comunicação interdisciplinar entre os docentes, inviabilizando que seja possível saber se as principais questões relacionadas à violência são trabalhadas, que referencial teórico é utilizado por cada docente para discutir o tema e de que maneira isso acontece dentro das disciplinas. Consideramos de suma

importância a ampliação das discussões sobre o tema da violência, para que todos os docentes entendam sua importância e que a temática seja trabalhada com maior amplitude e eficiência durante a graduação.

Outra fala que merece destaque é de uma docente que sugere que o aluno se especialize na temática da violência caso queira trabalhar com ela, já que ele vai sair da graduação como generalista. Mas acontece que o lidar com a violência enquanto profissional de saúde não será questão de escolha; independentemente de onde irão exercer a profissão, a violência em suas mais diversas formas estará presente. Claro que prosseguir estudando sempre será importante para atualizar os conhecimentos e se manter informado para um melhor exercício na prática, mas a violência não pode ser vista como um item somente para especialização, como se na graduação não fosse possível abordá-la. Acreditamos que a violência irá fazer parte do cotidiano do profissional seja qual for a área de atuação do enfermeiro.

C- Não sabe (D4, D5, D8, D9, D10, D11, D12, D14)

DSC: *Não tenho essa avaliação, bem, isso é meio difícil, porque quando a gente educa ou passa a informação, conteúdo para alguém, é difícil a gente já ter essa resposta, essa avaliação. Eu espero, assim, honestamente, que ele tenha aprendido alguma coisa, mas não sei também. Isso a gente vai ver daqui uns anos, quando ele se tornar profissional, a gente espera que ele esteja sensibilizado para isso. Eu não sei te dizer isso porque... eu sei que esses alunos ficam muito sensibilizados a esse respeito, como eu falei, porque na aula teórica eles até se emocionam e ficam muito preocupados. Quando a gente se confronta na prática, eu acho que eles levam isso com eles, mas eu não tenho a experiência de ter acompanhado também um ex aluno meu na prática, mas eu não sei te dizer se eles levam isso, se eles fazem algum tipo de trabalho em relação a isso. Não sei te dizer, isso é uma coisa muito complicada para a gente falar, fica difícil eu conseguir responder isso para você, porque eu acho que eu vou responder com base em outros conhecimentos e não no conhecimento da violência, então eu não consigo responder preciso para você, porque eu não vivencio essa prática junto com ele. Eu não tenho tanta experiência na área de saúde mental com ex alunos, mas o que eu percebo às vezes me desanima um pouquinho, pois a formação é importante, acho que ela tem que ter, tem que existir, só que quando você cai na prática é uma outra realidade. Então realmente eu fico pensando, eu formo o aluno, ele cai nesse sistema, será que ele tem condição de fazer alteração, proceder alterações, proceder mudanças. Realmente acho que é*

uma coisa para depois você poder até fazer no doutorado, porque é uma situação interessante mesmo, a formação do sujeito frente a uma realidade de atenção, que pretende se mudar, pretende mudanças, reorientar a assistência e tal, como é que é isso, é um questionamento que eu me faço às vezes.

IC1. Não sabe.

Houve docentes que disseram que não conseguiam avaliar a relação da aprendizagem do tema com a prática profissional quando egresso do curso, mas disseram que, apesar de não conseguirem avaliar, esperavam que a formação contribuísse para a atuação nos casos de violência. Essa dificuldade em avaliar a aprendizagem dos alunos relacionada à sua atuação enquanto profissional pode estar associada aos docentes estarem habituados com os processos avaliativos tradicionais, tendo dificuldades, portanto, em realizar novas formas de avaliação. A avaliação exige um processo cuidadoso e contínuo, possibilitando reflexão sobre tudo que interfere na formação (SOUZA, 2005)

Historicamente, a avaliação da aprendizagem caracterizou-se como uma prática autoritária, centrada na mão do professor, voltada para a verificação da aprendizagem de conteúdos, hábitos e comportamentos, legitimando a seleção por meio de patamares mínimos a serem atingidos pelas notas. Nesse tipo de avaliação tradicional o aluno, e somente ele, é sujeito, sendo que os objetos das avaliações são as aprendizagens realizadas de acordo com determinados objetivos que devem ser atingidos igualmente por todos (SOUZA, 2005).

Para Souza (2005) a formação por competências exige o desenvolvimento da capacidade de mobilizar o conhecimento para a resolução de problemas e imprevistos no dia a dia do trabalho. Para alcançar essa exigência os espaços formativos devem favorecer o diálogo, a intervenção, a negociação, sendo também necessárias mudanças nas práticas avaliativas, pois avaliar o domínio de saberes conceituais é diferente de avaliar o domínio de competências.

Houve entrevistados que sugeriram que houvesse continuidade em nossa pesquisa para investigar a opinião dos egressos sobre a violência na graduação. A opinião dos egressos pode fornecer subsídios sobre o quanto o currículo contribuiu com as transformações ocorridas com os alunos devido às práticas pedagógicas na graduação (MEIRA; KURCGANT, 2009).

Destacamos ainda que no DSC acima, o uso de frases como *"[...]quando a gente educa ou passa a informação..."*, que refletem nitidamente o ensino tradicional, em que o professor passa as informações como se o aluno não tivesse nenhum conhecimento prévio, e a

referência de que o docente é quem educa demonstra a presença do ensino bancário, em que o aluno é mero receptor do conhecimento (FREIRE, 1996).

5.4.7. Os alunos estão preparados para lidar com casos de violência?

Com o objetivo de saber se os docentes acreditam que os alunos que saem da graduação em enfermagem estão preparados para lidar com casos de violência fizemos a pergunta "Os alunos que concluem o curso de enfermagem estão preparados para prestar assistência e acompanhar vítimas de violência?", e encontramos quatro agrupamentos de respostas:

IC. A- Não estão preparados.
IC. B- Os alunos têm preparo teórico.
IC. C- Depende do aluno.
IC. D- Não sabe.

A- Não estão preparados (D1, D3, D4, D6, D8, D9, D12, D13, D14)

DSC: *Não, como não estão bem preparados para assumir outras coisas também, porque realmente tem muita coisa envolvida por trás disso, então não estão preparados. Eles também não estão preparados para lidar com problemas de usuário de álcool e drogas, assim como eles não estão preparados para lidar com pacientes que tentam suicídio. Eu acho que a escola não está preparada, como não está preparada para outros temas, por exemplo, com a morte, então não posso falar que ele vai dar conta, porque a questão da violência é muito complexa, é multifatorial, então não é por aí que é a formação dele, não é na graduação que ele vai sair. Mas, com certeza, os retornos que eu tenho assim, estão sensibilizados sim, acho que não dá, é muito pouco para preparar, né? Estão sensibilizados, estão alertas, mas isso precisa ter uma formação específica, eu acho que não dá, não dá você se formar e ir para essa área sem ter qualquer outro tipo de formação. Acho que não dá para ir só com o que aprendeu na graduação não, a graduação é só uma sensibilização, até mesmo porque tanto a violência doméstica quanto sexual exigem também algum tempo de atuação na área maior, e isso ainda não foi possível proporcionar aos alunos ainda. Eu acho*

que falta um bom passo, porque eu acho que o nosso curso não prepara, não prepara mesmo, acho que a gente precisa de um plus, para preparar um pouco mais. A gente tem que instrumentalizar mais, acho que... acho não, tenho certeza que falta, pois em quatro horas, só pela nossa disciplina não está, é toda uma formação, a gente pincela informação, isso a gente não tem como garantir que ele vai sair preparado. É difícil falar que eles estão preparados, acho que eles estão sensibilizados, eles estão sensibilizados sim, sem dúvida, mas preparados mesmo eu acredito que é difícil, eu acredito que não. Não sei se dá fazer isso num curso de graduação, apenas.

IC1. Não estão preparados.

IC2. Não estão preparados para lidar com a violência, assim como não estão preparados para lidar com outras situações profissionais.

IC3. Não estão preparados, seria necessário haver formação específica para tal.

IC4. Não estão preparados, e graduação nenhuma prepara.

Não encontramos artigos que falassem sobre a abordagem da violência na graduação e a relação com a atuação nos casos de violência enquanto profissional, mas vários estudos que verificaram a atuação dos profissionais de enfermagem nos casos de violência enfatizam que não há preparo adequado, o que pode ser devido à não adequação da abordagem na graduação (WOISKI; ROCHA, 2010; SARAIVA et al., 2012; LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

Em pesquisa sobre o atendimento de enfermagem às crianças vítimas de violência sexual Woiski e Rocha (2010) encontraram que os enfermeiros afirmaram não estarem preparados para prestar atendimento adequado às vítimas de violência. Em revisão bibliográfica sobre a atuação do enfermeiro, também em casos de violência infantil, Saraiva et al. (2012) enfatizam que alguns enfermeiros não estão qualificados para atuar, até mesmo porque suas ações não estão implicadas socialmente como devem ser nesses casos, sendo que é dever de todo profissional envolvido nesse tipo de atendimento estar qualificado e apto para intervir.

Em relação às representações sociais que a violência contra a mulher tem para enfermeiras, alunas de uma Escola Superior de Lisboa- Portugal, foi constatado que a violência é entendida como um problema social, mas não é entendida como um problema de saúde pública (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

A literatura pesquisada destaca que os profissionais enfermeiros não estão preparados para lidar com a violência, e que não a reconhecem como um problema de saúde pública. Para

que os profissionais estejam preparados para lidar com casos de violência, o tema precisa ser trabalhado nos cursos de graduação em enfermagem.

B- Os alunos têm preparo teórico (D2, D5, D10)

DSC: *Não saberia realmente, assim, essa pergunta eu não saberia te dizer com certeza. A gente pretende que sim, mas, realmente, a gente sabe que a realidade é muito diferente. Quando a pessoa sai numa realidade fica muito difícil falar se a pessoa está preparada ou não. Talvez teoricamente até sim, acredito que sim, mas na prática é diferente. A gente tem um trabalho bem direcionado, então eu acho que o aluno tem um suporte sim. Mas eu também acho que é uma coisa que a gente tem discutido muito na área de saúde coletiva, mas eu acho que o aluno tem um preparo, mas de uma certa forma é foco muito espalhado, sabe, então eu não sei como é que ficaria isso. Mas eu acredito que esta formação generalista que a gente tem aqui capacite ele sim para fazer esse tipo de atendimento, acho que ele consegue sim lidar com a questão da violência.*

IC1. Têm preparo teórico, mas não sabe dizer na prática.

Houve docentes que nos relataram que os alunos têm preparo teórico para lidar com a violência, porém não conseguem avaliar se o conhecimento teórico é o suficiente para lidar com a temática, enquanto profissional, o que demonstra haver necessidade de novas pesquisas com essa temática.

Os entrevistados destacaram a discrepância entre a teoria e o que o aluno encontra quando vai para a prática. Acreditamos que isso aconteça porque, muitas vezes, durante a formação parte-se da teoria para trabalhar todas as questões, como se depois fosse possível aplicar na prática exatamente aquilo que é falado na teoria; as discussões teóricas devem ser baseadas no que é vivenciado pelo aluno na prática.

Mais uma vez os entrevistados destacam o fato da formação ter focos separados, ou seja, cada docente trabalha dentro de sua disciplina, sem conexão ou conhecimento sobre as demais, o que não é o ideal; se o objetivo comum é a melhor formação dos graduandos, que reflita em uma prática comprometida com as questões sociais, é preciso que haja discussões sobre o tema entre todos os docentes.

C- Depende do aluno (D7, D11)

DSC: *Eu acho que é muito singular, depende muito do aluno. Eu acho que assim, o conceito básico, noção ele tem, agora eu acho que depende muito dele se conhecer para poder fazer esse trabalho. Então preparados eu não sei se eles estão, eu acredito que isso cabe... é muito individual do aluno, mas se a gente for falar que eles estão preparados para uma situação limite, que essa é uma, eu acredito que eles não estejam totalmente preparados. Eu acho que eles precisam ter a vontade pessoal de se preparar para isso, mesmo que seja durante o trabalho, pois isso vai ser da escolha dele, em disciplinas eletivas que abordam exclusivamente violência na mulher. Ela vai ser oferecida pela primeira vez agora, né, esse semestre, o semestre que vem, e aí acho que a gente consegue, vai conseguir visualizar um pouquinho melhor esse preparo ou não preparo.*

IC1. Depende de cada aluno.

IC2. O curso oferece a teoria, mas a prática depende de cada aluno.

Novamente, como já discutido anteriormente, alguns docentes afirmam que a graduação oferece formação teórica, mas o estar preparado para lidar com casos de violência na prática depende de cada aluno. Discordamos dessa visão, pois afirmar que o aluno é o único responsável pela aplicação de algo trabalhado em teoria, ou seja, que a forma como o tema é abordado não tem influência, dependendo somente do aluno, é não assumir a responsabilidade pela formação profissional nos casos de violência, assim como não demonstra abertura para novas discussões sobre a abordagem do tema, o que é fundamental.

Uma das docentes fez referência à uma disciplina sobre violência na área de saúde da mulher, com início previsto para esse ano, na UNICAMP. Essa disciplina começaria a ser oferecida como eletiva, ou seja, os alunos poderiam cursá-la ou não. Reconhecemos que a criação de uma disciplina eletiva sobre violência já é um avanço no reconhecimento da importância da abordagem desse tema, porém o fato de ser eletiva torna a questão passível de críticas, uma vez que o aluno tem a opção de não cursá-la. Além disso, permanece a visão fragmentada onde cada área de ensino cuida de sua parte, pois apesar da violência estar presente em todas as áreas de atuação do enfermeiro a disciplina trata somente de uma delas, a saúde da mulher.

D- Não sabe (D15)

DSC: *Olha, eu não sei, não posso te afirmar. Não sei no geral, como você me perguntar assim: "O aluno que sai da graduação, ele é capaz de prestar uma assistência de qualidade?". A gente dá o mínimo possível, mas eu não sei, eu não sei te responder isso, infelizmente eu não sei te responder isso.*

IC1. Não sabe.

Para alguns docentes não foi possível afirmar se os alunos estão preparados para lidar com casos de violência, assim como não é possível afirmar se estão preparados para outras questões do trabalho do enfermeiro. Para Kurcgant (2011) a capacitação do enfermeiro para o trabalho é determinada pela formação profissional e pela capacitação permanente, sendo que, atualmente, a capacitação do enfermeiro deve seguir o desempenho de outras demandas que não se encontram no âmbito das competências técnico-científicas, mas no âmbito das competências sócio-educativas e ético-políticas. O fato de alguns docentes dizerem que não sabem se os alunos estão preparados para lidar com a violência pode dever-se ao fato de que essa é uma temática que exige capacitação técnica, mas também demanda competências sócio-educativas e ético-políticas. São novos olhares sobre as necessidades do profissional enfermeiro e, consequentemente, novas adaptações e reflexões que devem ser feitas pelos docentes dos cursos para que os alunos sejam profissionais capacitados.

5.4.8. A inserção da violência nos currículos da área da saúde

A pergunta "Gostaria de ouvi-lo em relação à inserção do tema violência nos currículos da área da saúde" fizemos com o objetivo de conhecer a opinião do docente sobre a inserção da violência nos currículos da área da saúde em geral, e não só da enfermagem, e chegamos a dois agrupamentos de respostas com IC semelhantes:

IC. A- Na enfermagem o tema é abordado.

IC. B- O tema precisa de mais atenção.

A- Na enfermagem o tema é abordado (D1, D7, D11, D12)

DSC: *Eu não sei se esse tema é um tema discutido na área da saúde em geral. Eu sei que na enfermagem isso acontece. Eu tive isso na graduação, então para mim parecia muito óbvio que a gente tivesse. Mas, em outras áreas da saúde, eu não sei se isso é tratado, não tenho ideia, e isso deve ser tratado tanto nas disciplinas de ciências sociais, sociologia, antropologia quanto nas disciplinas que a gente dá na comunidade. Na medicina eu sei que é, mas, por exemplo, na fonoaudiologia que é nossa vizinha aqui, não sei, em outras áreas também não sei, não sei te dizer. Mas eu creio que de um modo geral essa temática ela é dada. Não é dada com essa intenção, a não ser que pincelada por um docente ou outro, eu nunca pensei, mas eu nunca fui procurar nos currículos de enfermagem nesse sentido, mas está tendo essa ampliação da formação desse enfermeiro direcionado para a violência com essas disciplinas, com a abordagem, então tem uma abordagem pontual dentro de uma disciplina maior. Por exemplo, de álcool e drogas, é fazer com que o aluno identifique quando que uma fratura, no caso de cirúrgica, quanto que um problema clínico de estresse pós traumático que a gente poderia ver lá na nossa psiquiatria, ou quando que um problema de uma pessoa que tem gastrite ou manifestações físicas de estar em constantes níveis de violência, aquela violência mais subjetiva. A gente poderia estar abordando mesmo que na clínica, saber um pouquinho mais dessa pessoa, isso são coisas que a gente poderia estar colocando para o aluno. Olha, às vezes essa ansiedade, essa depressão ela é decorrente de um contexto relacional no qual acontece isso. Está vendo um indivíduo que está internado, uma determinada coisa, ou indivíduo quando a gente dá certos conteúdos, é não pegar o conteúdo de uma forma restrita, ampliar e contextualizar um pouco mais.*

IC1. Na enfermagem a temática é trabalhada.

IC2. Não sabe se o tema é abordado em outras áreas da saúde, mas na enfermagem é comum.

IC3. O tema vem sendo ampliado no currículo da enfermagem.

Para alguns docentes, a violência é temática presente nos cursos de graduação em enfermagem. Percebemos, porém, pelo discurso de alguns docentes, que o tema é abordado de maneira fragmentada, com abordagens pontuais dentro de cada área, porém sua inserção vem aumentando progressivamente nos currículos de graduação em enfermagem. Esse achado é corroborado pelo encontrado por Penna (2005), que verificou que a inserção da temática

violência contra a mulher não se encontrava nas unidades temáticas do planejamento curricular de um curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do Rio de Janeiro, e como a autora identificou pouca ênfase nessa temática, inseriu o tema nesse curso de graduação e avaliou os resultados como parte de sua Tese de doutorado defendida em 2005.

Já nos Estados Unidos da América (EUA) em 1995 foi realizada uma pesquisa para investigar o preparo das enfermeiras para lidar com a violência, por meio de pesquisa desse conteúdo nos cursos de graduação em enfermagem, e os pesquisadores encontraram que, embora a maioria dos programas de graduação tivessem o conteúdo violência contra as mulheres, crianças e idosos, o conteúdo era ministrado em duas horas ou menos, e o contato com casos na prática não era planejado, acontecendo por acaso (WOODTLI; BRESLIN, 1996). Após quatro anos, Woodtli e Breslin (2002) realizaram nova pesquisa sobre a abordagem da violência nos cursos de graduação em enfermagem nos EUA e encontraram que, ao contrário do que havia sido recomendado, 68% dos programas não avaliaram, sistematicamente, o conteúdo violência e 75% não haviam desenvolvido o conteúdo com foco no estudante; apesar disso, houve ganhos em relação ao número de horas gastas com o conteúdo, mas que pouca coisa havia mudado no currículo de enfermagem em geral. Assim como o encontrado na presente pesquisa, o conteúdo da violência aparece no currículo de enfermagem, mas poucas horas são gastas, de maneira fragmentada, e em estágios o conteúdo aparece de maneira não sistemática.

Os docentes entrevistados afirmam que na enfermagem a temática é trabalhada. Porém esses mesmos docentes, quando questionados anteriormente se os alunos que se formam estão preparados para lidar com a violência, responderam que não. É preciso repensar a forma como a violência vem sendo trabalhada nesses currículos, pois não podemos concordar que haja essa diferença entre a abordagem da teoria e o preparo para a prática, pois o objetivo da formação é deixar o futuro profissional preparado para o trabalho.

B- O tema precisa de mais atenção (D2, D3, D4, D5, D6, D8, D9, D10, D13, D14, D15)

DSC: *Eu acho que tem uma necessidade que está explícita, muito ligada aos problemas sociais da atualidade, e que a gente de fato precisa olhar para isso com mais cuidado, pois acredito que tenha sido abordado menos do que deveria ser. Fundamental. Eu acho que é fundamental, todo homem é fundamental esse tema e principalmente nos últimos tempos porque é um tema que está acontecendo, é muito atual, então eu acho que tem que trabalhar*

sim, há necessidade, precisa existir. Só precisa ter coragem de inserir isso, então acho que eles são extremamente importantes e devem ocorrer, acho super pertinente, eu penso que é necessário, que tinha que ser incluído em todos os currículos, em todas as áreas, é um tema transversal. Eu não sinto que isso seja discutido amplamente na categoria. Na comunidade científica se estuda muito, se discute muito, mas não existe um ponto de aproximação. Olha, onde você... onde essa disciplina pode contribuir com a questão da violência, na escola, então a gente acaba reproduzindo um sistema muito estanque, a gente até aborda alguma coisa, não necessariamente, como eu te disse a gente pega nosso pedaço, reproduz, reproduz, atende aquele pedaço, mas não tem nenhuma discussão ampla. Vamos falar da violência, vamos ver o que está acontecendo, abrir um fórum maior, mais amplo discussões importantes. Infelizmente, assim como de saúde do trabalhador, eles também não constam na maioria dos currículos, mas eu acho que de forma geral os currículos precisavam olhar com mais cautela isso e ampliar esses conteúdos. Em primeiro lugar: ninguém quer, eu acho. É muito difícil, muito difícil isso. Agora a minha percepção, por outro lado, é assim, os homens não estão interessados nisso. E os homens ainda estão no poder. Estou falando do ponto de vista das áreas da saúde, os homens continuam no poder. Eu considero um desafio, que a gente tem que lidar com preconceitos, né, preconceitos nossos, com problemas, às vezes o próprio professor pode ter sofrido violência e num sabe, ou nunca parou para pensar, pode ser violento, o professor pode também ser violento. Eu considero um exercício, um exercício da gente olhar para a gente mesmo, olhar para a família da gente, para a vida da gente. É, eu acho que é bem pouco abordado, o problema é que a gente tem que abordar tanta coisa que quem está na academia passa por isso. Então a questão da violência tem que estar presente, para mim é imprescindível, a gente sabe, assim, que o ser humano é tão complexo, que outro dia eu ouvi que não dá para por tudo, tudo é importante. Realmente, tudo é importante, porque nós estamos lidando com seres que têm várias dimensões e que o aluno precisa pelo menos estar sensibilizado com aquilo, mas eu acho de extrema importância esse tema, a gente poder detectar logo no início que está tendo algum problema naquele núcleo familiar para a gente poder ajudar. Eu acho assim, que tem que ser pensado nisso com carinho, com maior atenção, talvez todas as disciplinas acabam tendo um pouquinho, abordam um pouquinho isso. Talvez isso não esteja documentado, assim, nas ementas especificamente, mas é porque é uma coisa que é isso que eu falei, tem tanta coisa para ser dada que você acaba priorizando algumas coisas, talvez isso até precise ser olhado com mais carinho mesmo, rever, não sei. Eu acho que é essencial. Teria que ter, acho que são muitas falhas, eu acho que deveria ter no currículo. Agora deveria, eu acredito que deveria ter sim

específico, assim como outros temas deveriam ter, que eu acho que falta, porque o aluno ele tem que saber isso. É necessário, é importante e tem que ter sim uma aula específica, esse olhar diferenciado.

IC1. O tema merece maior atenção.

IC2. O tema é menos abordado do que deveria.

IC3. O tema não interessa para quem está no poder.

IC4. Faltam discussões sobre o tema.

IC5. Lidar com a violência é um desafio.

IC6. O tema é importante, porém pouco abordado porque há muitos conteúdos na graduação.

IC7. O tema é essencial e deve estar no currículo de todas as áreas.

IC8. O tema é importante, mas aparece pouco nos currículos.

A pergunta que fizemos aborda a violência nos currículos da área da saúde, mas os docentes responderam baseados em suas vivências na enfermagem, falando muito pouco sobre o tema na área da saúde de forma geral. Encontramos algumas pesquisas que falavam sobre a abordagem do tema em outros cursos da saúde (ROSA et al., 2010; SQUINCA; DINIZ; BRAGA, 2004).

Em pesquisa com alunos do último ano dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia de uma universidade pública de Santa Catarina, Rosa et al. (2010) encontraram que na opinião dos discentes as informações sobre violência não são o suficiente na universidade, que o tema é abordado superficialmente, é pouco discutido no meio acadêmico e o lidar com a temática depende da sensibilidade do aluno, e não de sua formação; além disso, na enfermagem a maioria dos alunos referiram que o tema foi abordado em uma disciplina específica sobre violência; na medicina, a maioria dos alunos relatou que o tema foi discutido na pediatria, e na odontologia a temática nunca foi abordada. Ainda assim, quase todos os alunos, de todos os cursos, relataram que acreditam que podem auxiliar vítimas de violência, destacando a importância do tema ser abordado na graduação. Os docentes que entrevistamos também fizeram várias colocações que Rosa et al. (2010) encontraram em suas pesquisas, como por exemplo o fato do tema aparecer pouco nos currículos mas ser essencial para todas as áreas da saúde.

Squinca, Diniz e Braga (2004) enviaram questionários sobre a abordagem da violência contra a mulher para todos os cursos de enfermagem e serviço social do país em 2003, e das

instiuições que responderam nenhuma apontou a existência de disciplinas específicas sobre violência, sendo que a temática era incluída em algumas disciplinas como saúde da mulher, saúde coletiva, saúde da criança, entre outras, e das instituições respondentes, a maioria é a favor de que o tema seja obrigatório na formação, reforçando, mais uma vez, os achados de nossa pesquisa.

A fala dos docentes de que o tema deve ser abordado nos cursos de graduação é corroborado por Algeri (2005), pois a violência intrafamiliar é uma situação recorrente e que, portanto, deve ser abordada pela universidade, pois está vinculada a questões sociais e políticas. A discussão sobre o tema pode ocorrer, por exemplo, em disciplinas curriculares, em atividades profissionais durante um plantão, ou em momentos mais amplos de debates, e apesar de todas as respostas não caberem ao ensino do tema na universidade, é fundamental que o tema seja abordado por ela, pois a formação educacional deve possibilitar a formação de consciências individuais e coletivas capazes de agirem quando necessário, enquanto profissionais de saúde, nos casos de violência intrafamiliar.

Uma questão levantada pelos docentes que entrevistamos é de que o tema da violência é importante, mas há muitos conteúdos na graduação, o que pode ser entendido como “não caber” a temática de forma sistemática no currículo. Mas se o tema é reconhecido como importante, necessário, porque não deve estar nos currículos? Porque alguns conteúdos estão no currículo, outros não? Lopes e Macedo (2011) debatem que a elaboração curricular é um processo social, pois o currículo não forma apenas os alunos, mas o próprio conhecimento, estando preso a determinações de uma sociedade dividida em classes e sendo espaço de reprodução simbólica. Apesar da violência sempre ter existido, a preocupação com o tema na saúde é relativamente recente, pois apenas nos últimos 30 anos as enfermidades infecciosas vêm cedendo espaço aos agravos que dependem em grande parte das condições de vida das populações, sendo que a violência é um desses agravos (MINAYO, 2006). Assim, as discussões sobre a inserção da violência ns currículos da saúde são recentes, sendo esse um dos motivos de haver resistência quanto à sua abordagem de maneira sistemática nos cursos de graduação.

Na fala dos docentes aparece a questão de que, apesar da violência ser muito estudada pela comunidade científica, o tema é pouco discutido entre os docentes, dentro das universidades. Sugerimos que o primeiro passo para melhorar o preparo que os profissionais de saúde têm ao lidar com a violência é ampliar as discussões sobre o tema entre os docentes dos cursos de graduação, para que a abordagem do tema seja efetiva para os discentes.

Uma das dificuldades relatadas por alguns docentes para que o tema seja inserido nos currículos é de que o tema mexe com dinâmicas internas de vida do próprio docente, pois muitas vezes eles próprios sofreram violência ou praticam violência comumente no seu dia a dia, sendo preciso coragem para inserir tal temática. Se o tema causa esse tipo de incômodo em docentes com ampla experiência de vida e trabalho, como seria para os alunos, ainda muito jovens e inexperientes? Por isso, abordar a violência na graduação é fundamental, mas para tal é necessário haver amplas discussões entre os docentes para haver melhor preparo em lidar com a temática que, definitivamente, não é fácil.

5.4.9. Comentários adicionais do docente

No final da entrevista fizemos uma pergunta "Comentários adicionais", para que o docente tivesse a oportunidade de complementar tudo o que havia dito, ou reforçar uma ideia, sendo que os docentes que quiseram falar mais sobre a temática reforçaram a importância do tema na graduação, permitindo um único agrupamento das respostas:

IC. A- Reforçam a importância do tema na graduação (D1, D3, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D12, D14, D15)

DSC: *É um tema interessante, acho que vai se uma pesquisa interessante, acho que vai ser uma belíssima de uma contribuição que você vai dar pros currículos da faculdade. É um trabalho muito relevante, porque a violência, ela não é uma coisa de uma área específica, ela é algo muito mais global, que necessitaria de vários profissionais, que não só profissionais da área da saúde. Quem sabe o seu trabalho possa recomendar fortemente uma abordagem mais ampla da violência nos cursos da área da saúde, então espero que o seu trabalho possa reverter em conhecimentos que possam ser utilizados na prática no ensino, até de mostrar para as pessoas a necessidade do tema, de olhar esse tema com maior atenção, que ele possa ser ampliado. Então como é que a gente prepara um profissional para entender essa situação e não julgar a mulher porque ela não resiste a essas agressões. Precisamos entender isso, acho que não é uma tarefa fácil. Se a gente, que não é profissional, tem dificuldade de entender, como os alunos, saindo da graduação com poucas informações vai ter condições? Acho que tem que ter uma formação para isso, específica. Que é um tema muito importante,*

que deveria ser um tema transversal, um tema que perspasse por todas disciplinas, não deveria ser dado em apenas um momento, deveria ser dado durante todo o curso, acho que em disciplinas da sociologia, ciências sociais, saúde mental, pediatria, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do adulto, todas deveriam estar abordando o tema. Eu tenho uma aluna que está fazendo um trabalho, ela está investigando, aqui na nossa região metropolitana de Campinas, os cursos de enfermagem que têm violência no currículo, não contra a mulher, violência, que abordem o tema violência, e eu acho que não tem não, pelo menos eu não conversei com ela nas últimas semanas, mas os questionários já estão retornando, como é que está isso nos currículos aqui das escolas de enfermagem aqui da região. Eu gostaria que os nossos alunos, principalmente quem for lidar com criança, tenha essa sensibilidade para todos esses tipos de violência que acontecem, mas eu não sou favorável a fazer uma disciplina, por exemplo, obrigatória no currículo, porque os nossos currículos estão até a boca, de todos. Acho que o que se pode fazer sim, se pode fazer disciplinas optativas desde que exista espaço para os alunos cursarem, mas teria que lutar para buscar esse espaço mesmo, porque o tema é fundamental, então precisa ser trabalhado sim, acho que essa coisa precisa estar nos currículos.

IC1. Importância do tema ser trabalhado na graduação.

IC2. O tema precisa ser discutido.

IC3. Fala de uma pesquisa sobre a violência.

IC4. Violência é um tema global que deve ser trabalhado por vários profissionais, e a pesquisa pode demonstrar isso.

IC5. Espera que os alunos tenham sensibilidade para todos os tipos de violência que ocorrem.

IC6. O tema e a pesquisa são interessantes e importantes, e podem demonstrar a necessidade do tema.

IC7. Espera ter contribuído com a pesquisa.

IC8. O tema precisa ser trabalhado na graduação, mas é contra uma disciplina obrigatória sobre o tema.

IC9. O tema precisa ser trabalhado nos currículos.

Todos os docentes que optaram por fazer comentários adicionais reforçaram o que disseram em outras questões da pesquisa, sobre a violência ser um tema em crescimento e

atual, destacando a importância da abordagem da temática nos currículos de graduação e reconhecendo a importância da pesquisa sobre o tema.

Os docentes destacaram, com bastante ênfase, as contribuições dessa pesquisa, reconhecendo a importância do tema e desejando que ela contribua para os currículos das faculdades, pois é um tema relevante. Também houve reconhecimento da própria dificuldade em lidar com o tema, o que inferiram ser ainda mais difícil para o aluno, reforçando mais uma vez a importância do tema ser trabalhado na graduação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é um fenômeno complexo e social, cujas causas biológicas não são suficientes por si só para explicar o fenômeno. Qual a expectativa dos professores acerca da abordagem da violência? Será que os docentes conhecem as tipologias da violência? Que visão relacional da violência tem sido trabalhada por eles? Será que todos concordam com essa visão, de que a violência é um fenômeno social? Essas questões não ficam claras nas falas dos docentes. Sugerimos maiores discussões desse tema pelos docentes, pois seria fundamental que houvesse partilhamento das mesmas ideias, pois mesmo que alguns docentes não trabalhem a questão em disciplinas específicas, no currículo formal, fica claro que a violência faz parte do chamado currículo informal, permeando o processo de aprendizagem seja pela vivência pessoal dos alunos, seja pelo contato nos campos de estágio. Se a violência está presente no currículo informal, acreditamos que deva também fazer parte do currículo formal, de maneira sistemática, fruto de intensas discussões.

A violência pode não estar sendo considerada importante nos currículos por ser um fenômeno social. Apesar de caminharmos em direção à mudanças, as questões biológicas ainda dominam nos currículos. A enfermagem é uma prática social, suas práticas são definidas pela finalidade social do trabalho, e entendê-la como tal é aceitar que é preciso mais que competência técnica e científica para exercê-la, sendo que a pedagogia crítica é um dos caminhos para alcançar tal objetivo. Assim, é fundamental que os docentes também estejam comprometidos com o exercício da enfermagem enquanto prática social para que esses valores sejam incorporados pelos futuros profissionais de enfermagem formados por eles, para que possa haver transformação das realidades sociais, dentre elas a violência.

Como a temática da nossa pesquisa foi a violência, nos questionamos se a forma como os docentes trabalham a violência nos cursos de graduação refletem realmente o que foi descrito por eles. Além disso, atualmente as DCN/ENF incentivam que os PPP dos cursos de graduação em enfermagem utilizem metodologias ativas e a pedagogia crítica, o que pode fazer com que seja um discurso imposto pelas diretrizes e que não reflete o que acontece no dia a dia da graduação. Para haver maiores esclarecimentos sobre o assunto e aprofundamento dessas questões, sugerimos que os egressos do curso sejam entrevistados, para verificar se o que os docentes descrevem é também percebido pelos alunos.

Apesar de vários trabalhos científicos publicados e políticas nacionais de combate à violência destacarem a importância da formação e suporte aos profissionais de saúde, e enfatizarem o papel que este profissional exerce para a detecção e prevenção da violência, são poucas publicações que falam da abordagem do tema nos currículos de graduação. Além disso, não encontramos trabalhos que falem da relação entre a aprendizagem do tema na teoria, durante a graduação, e a prática do enfermeiro, ou seja, trabalhos que discutissem o quanto a abordagem da violência ocorrida na graduação ajudou na prática do enfermeiro, ou quanto não ter tido esse tema na graduação dificultou o lidar com vítimas de violência enquanto profissional. Reforçamos ser fundamental conhecer a opinião dos egressos dos cursos para um maior aprofundamento na questão.

Uma mudança que percebemos nas falas dos docentes no decorrer das entrevistas é que, no início das perguntas, havia maiores colocações dos entrevistados como se eles não tivessem afinidade com o tema da violência, colocando que o tema é trabalhado por outro docente, que não ministra disciplina que aborde a temática, muitas vezes negando, mesmo que de maneira indireta, que a violência faz parte do cotidiano da graduação em enfermagem. No final das entrevistas, todos os docentes relatavam reconhecer a importância do tema com maior ênfase que no início delas, reconhecendo que, por mais que não trabalhe a temática de maneira sistemática, a violência é presente nas falas dos alunos, nos estágios e dentro da própria insituição de ensino superior. É esse tipo de mudança e reflexão que queremos provocar com nossa pesquisa, incitando maiores discussões sobre a temática.

A violência nos currículos é algo novo, em construção. Sugerimos que as instituições de ensino superior da área da saúde, e principalmente de enfermagem, discutam a possibilidade de inserção de uma disciplina específica sobre violência em seus currículos, para que a temática não seja trabalhada de maneira isolada dentro das diversas disciplinas (por exemplo, na saúde da mulher fala-se somente das violências contra a mulher, na de saúde da criança somente de violência contra a criança, e assim sucessivamente), como acontece com tantos outros temas dentro da graduação, sem conexão umas com as outras. Abordando a violência em uma única disciplina seria possível os alunos reconhecerem a violência em todas as dimensões, como problema social, presente nos diversos contextos não só no Brasil como em outros países, e que todos os tipos de violência estão interligados.

Além da criação de disciplinas específicas com a temática da violência, sugerimos intensas discussões sobre a violência entre os docentes, independentemente da área de atuação ou departamento, pois a violência é um tema transversal, que permeia todas as disciplinas,

bem como todo o curso de graduação, sendo de fundamental importância que, ao falar do tema, todos estejam partilhando das mesmas definições e ideias.

Ser enfermeiro é muito mais que cuidar de pessoas. É se envolver, acolher, ouvir, refletir e buscar soluções em conjunto, pois as questões biológicas não são suficientes para explicar as angústias das pessoas. É fundamental que o enfermeiro se reconheça também como agente de mudanças, para que realidades como a violência, que causam danos físicos, mas também psicológicos, emocionais e sociais, possam ser transformadas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, V.S. et al. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.261-72, out./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a03v1331.pdf. Acesso em: 23 Jan. 2013.

ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev. gaúcha enferm. (Online)**, v. 26, n. 3, p. 308-15, dez. 2005. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23551/000560652.pdf?sequence=1. Acesso em: 25 Out. 2012.

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.** v. 14, n. 4, p. 625-31, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf. Acesso em: 25 Out. 2012.

AMARANTE, P.; RIBEIRO, F. M. L.; CONSTANTINO, P. Pessoas institucionalizadas e violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: 2ª ed. Fiocruz, 2009, p. 215-237.

BAGNATO, M. H. S.; RODRIGUES, R. M. Diretrizes curriculares da graduação em enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 5, p. 507-12, set/out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a05.pdf. Acesso em: 20 Set. 2010.

BAGNATO, M.H.S.; MONTEIRO, M.I. Perspectivas interdisciplinar e rizomática na formação dos profissionais da saúde. **Trab. educ. Saúde.** v. 4, n. 2, p. 247-68, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tes/v4n2/03.pdf. Acesso em: 12 Jan. 2013.

BATISTA, S.H. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde:** temas e experiências. São Paulo: Editora SENAC, 2004. p. 57-74.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 28ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833 Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 13 Set. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Censo da educação superior 2010**. Divulgação dos principais resultados do censo da educação superior 2010. Brasília, DF, 2011. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência.** 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF, 2005. 340 p.

_____. Parecer CNE/CES nº1133 de 1 de outubro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2001b. Seção 1E, p. 131. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf. Acesso em: 20 Set. 2010.

_____. Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 mai. 2001a. Seção 1E, p. 3. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf. Acesso em: 13 Set. 2010.

_____. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_GM-S_n_104_de_25-01-2011_-_Pag_37_e_38.pdf. Acesso em: 04 Out. 2012.

_____. Resolução CNE/CES nº3 de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 9 nov. 2001c. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf. Acesso em: 20 Set. 2010.

CLAPIS, M. J. et al. O ensino de graduação na escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). **Rev. latinoam. enferm.** v. 12, n. 1, p. 7-13, jan/fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a02.pdf. Acesso em: 20 Set. 2010.

CAMPINAS. PREFEITURA MUNICIPAL. **Campinas: origens**. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/conheca-campinas/campinas.php. Acesso em: 11 Fev. 2013.

RIBEIRÃO PRETO. PREFEITURA MUNICIPAL. **Conheça Ribeirão: histórico de Ribeirão** Preto. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/conhecarib/i3301_principal.php. Acesso em: 11 Fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf. Acesso em: 14 Dez. 2012.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPPERIOR (CAPES). **Concessão de Bolsas de pós-graduação da Capes no Brasil**. Disponível em: http://geocapes.capes.gov.br/geocapesds/#app=c501&da7a-selectedIndex=0&5317-selectedIndex=0&dbcb-selectedIndex=0. Acesso em: 16 Dez. 2012.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para o instrutor/supervisor** – área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 39-48.

DELOR'S, J. (ORG). **Educação, um tesouro a descobrir:** relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 6. ed. Brasília: UNESCO; São Paulo: Cortez Editora, 2001.

DESLANDES, S. F. Drogas e vulnerabilidade às violências. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E.R. (ORG). **Violência sob o olhar da saúde:** a infrapoolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 243-268.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas? **Ciênc. saúde coletiva.** v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7132.pdf. Acesso em: 13 Set. 2010.

DESLANDES, S. F.; PESCE, R. P. Trabalhadores de saúde e educação: lidando com violências no cotidiano. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: 2ª ed. Fiocruz, 2009, p. 289-302.

DIAS, L.; GAMBINI, R. Outros 500: uma conversa sobre a alma brasileira. São Paulo: Senac, 1999.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 4, p. 443-49, jul/ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a17v56n4.pdf. Acesso em: 15 Set. 2010.

FLORÊNCIO, M. V. L.; FERREIRA FILHA, M. O.; SÁ, L. D. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Rev. eletrônica enferm.** v. 9, n. 3, p. 847-57, 2007. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm. Acesso em: 25 Out. 2012.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**, 12ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. **Pedagogia do Oprimido**, 17ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Ação cultural para a liberdade.** São Paulo: Paz e Terra, 2007.

GALLEGUILLOS, T.G.B.; OLIVEIRA, M.A.C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v.35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a12.pdf. Acesso em: 15 Set. 2010.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev. Bras. Enferm.** v. 56, n. 4, p. 365-68, jul/ago. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a10v56n4.pdf. Acesso em: 15 Set. 2010.

KRUG, E.G. et al. R. World report on violence and health. **Lancet**. v. 360, n. 9339, p. 1083-8, oct. 2002. Disponível em: http://www.ayamm.org/english/Violence%20against%20women%204.pdf. Acesso em: 15 Set. 2010.

KURCGANT, P. A capacitação profissional do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP.** V. 45, n. 2, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2_editorial.pdf. Acesso em: 03 Mar. 2013.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPAR, M. F. M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v. 15, n. 37, p. 409-24, abr/jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop0911.pdf. Acesso em: 23 Mar. 2012.

LEFEVRE, A.M.C.; LEFEVRE, F. **Depoimentos e discursos:** uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C**. O discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEONELLO, V. M.; MIRANDA NETO, M. V.; OLIVEIRA, M. A. C. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online),** v. 45, esp. 2, p. 1774-9, 2011. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40904/44375. Acesso em: 20 Mar. 2012.

LISBOA, M. T. L.; MOURA, F. J. M.; REIS, L. D. Violência do cotidiano e no trabalho de enfermagem: apreensões e expectativas de alunos de um curso de graduação em Enfermagem do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm. (Online)**, v. 10, n. 1, p. 81-6, abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a10.pdf. Acesso em: 25 Out. 2012.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. O pensamento curricular no Brasil. In: **Currículo**: debates contemporâneos. São Paulo: Cortez, 2005. p. 13-54.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html. Acesso em: 24 Fev. 2013.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Avaliação de curso de graduação segundo egressos. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**, v. 43, n. 2, p. 481-5, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a31v43n2.pdf. Acesso em: 25 Out. 2011.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, sup, p. 1259-67, 2007a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf. Acesso em: 20 Set. 2010.

_____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Públ.** v. 10, supl. 1, p. 07-18, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf. Acesso em: 20 Set. 2010.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v.4, n.3, p.513-31, fev. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06. Acesso em: 20 Set. 2010.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva,** v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7127.pdf. Acesso em: 20 Set. 2010.

MINAYO, M. C. S.(ORG) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 26ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007b.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo, Editora Hucitec, 2010.

_____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. A Violência Dramatiza Causas. in: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-47.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NOZAWA, M. R. et al. Ensino de Graduação em Enfermagem da UNICAMP: políticas e práticas. **Rev. bras. enferm. (Online)**, v. 56, n. 6, p. 683-6, nov/dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a19v56n6.pdf. Acesso em: 25 Out. 2012.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W. et al. (ORG). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 295-315.

OPITZ, S. P. O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Rev. gaúch. enferm.** v. 29, n. 2, p. 314-19, 2008. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5598/3207. Acesso em 03 Out. 2010.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **R. enferm. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr/jun. 2006. Disponível em: http://repositorio.furg.br:8080/xmlui/bitstream/handle/1/1572/G%C3%AAnero%20e%20enfermagem-%20uma%20an%C3%A1lise%20reflexiva.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 Jun. 2011.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (ORG). **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PENNA, L. H. G. **A temática da violência contra a mulher na formação da enfermeira**. 2005. 233 p. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. Rev. bras. enferm. (Online), v. 62, n. 5, p. 771-7, set/out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/22.pdf. Acesso em: 25 Nov. 2011.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-44, 2009.

PLATA, L. A. M. El currículo: perspectivas para su interpretación. **Invest. educ. enferm.** v. 26, supl. 2, p. 136-42, sep. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n2s1/v26n2s1a13.pdf. Acesso em: 03 Out. 2010.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RENOVATO, R. D. et al. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trab. educ. saúde (Online)**, v. 7, n. 2, p. 231-48, jul/out. 2009. Disponível em: http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r246.pdf. Acesso em: 15 Mar. 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2008.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ROSA, R. et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface comun. saúde educ.** v. 14, n. 32, p. 81-90, jan/mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/07.pdf. Acesso em: 03 Out. 2010.

SARAIVA, R. J. et al. Qualificação do Enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Cienc. enferm. (En línea)**, v. 18, n. 1, p. 17-27, 2012. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_03.pdf. Acesso em: 15 Mar. 2012.

SCHENKER, M.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. Uso de substâncias e violências. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: 2a ed. Fiocruz, 2009. P. 239-58.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; CARVALHO, A. M. P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. **Rev. Latino am. Enferm.** v. 14, n. 2, p. 285-91, mar/abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a20.pdf. Acesso em: 03 Out. 2010.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online),** v. 46, n. 4, p. 986-93, ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/29.pdf. Acesso em: 25 Out. 2012.

SORDI, M. R. L. de.; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico- reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev. latinoam. Enferm.** v. 6, n. 2, p. 82-8, abr. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13911.pdf. Acesso em: 03 Out. 2010.

SOS AÇÃO MULHER E FAMÍLIA. **Histórico.** Disponível em: http://www.sosmulhere familia.org.br/content/hist%C3%B3rico. Acesso em: 17 Out. 2011.

SOUZA, E.R.; FERREIRA, A.L.; SANTOS, N.C. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. **Revista Brasileira de Educação Médica.** V. 33, n. 3, p. 329-338, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/03.pdf. Acesso em: 21 Fev. 2013.

SOUZA, E.R. et al. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. **R. enferm. UERJ,** v. 16, n. 1, p. 13-9, jan/mar. 2008. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a02.pdf. Acesso em: 25 Out. 2010.

SOUZA, E. R. et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva (Online).** v. 14, n. 5, p. 1709-19, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/12.pdf. Acesso em 25 Out. 2010.

SOUZA, E. R. et al. Tendências da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Acidentes na Década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 49-81.

SOUZA, N.A. Avaliação de competências: o aperfeiçoamento profissional na área de enfermagem. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 16, n. 32, p. 57-80, jul./dez. 2005. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/pdf/eae/v16n32/v16n32a04.pdf. Acesso em: 03 Mar. 2013.

SQUINCA, F.; DINIZ, D.; BRAGA, K. Violência sexual contra a mulher: um desafio para o ensino e a pesquisa no Brasil. **Revista Bioética**, v. 12, n. 2, p. 127-35, set. 2004. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/140/144. Acesso em: 25 Out. 2010.

TERRA, F. S.; SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C. Perfil dos Docentes de Cursos de Craduação em Enfermagem de Universidades Públicas e Privadas. R. enferm. UERJ, v. 19, n. 1, p. 26-33, jan/mar. 2011. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a05.pdf. Acesso em: 12 Dez. 2012.

TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, R. M.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev. bras. enferm. (Online),** v. 61, n. 6, p. 904-8, nov/dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a19v61n6.pdf. Acesso em: 25 Nov. 2011.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Grade curricular**. Disponível em: https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=22&codcur=22013&codhab=0&tipo=N. Acesso em: 07 mar. 2013.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Marcos históricos**. Disponível em: http://www.eerp.usp.br/corporate-historia-marcos-historicos/. Acesso em: 13 Jan. 2013.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Projeto político pedagógico:** curso de graduação em enfermagem. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2011. Disponível em: http://www.ee.usp.br/ensino/graduacao/Projeto%20Politico%20Pedag%C3%B3gico/Projeto_Politico_Pedagogico_do_Curso_de_Bacharelado_em_Enfermagem.PDF. Acesso em: 01 Out. 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Enfermagem. **Estrutura de Ensino e Currículo do Curso de Graduação**. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/departamentos/departamento-de-enfermagem/estrutura-de-ensino-e-curriculo-do-curso-de-graduacao. Acesso em: 12 Fev. 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Enfermagem. **Histórico**. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/departamentos/departamento-de-enfermagem/historico. Acesso em: 02 Out. 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Ciências Médicas. **Projeto Político Pedagógico curso graduação em enfermagem**. Campinas: FCM/UNICAMP, 2006.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Unicamp cria cursos e faculdade**. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2012/08/07/unicamp-cria-cursos-e-faculdade. Acesso em 05 Jan. 2013.

WATERKEMPER, R.; do PRADO, M. L. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em Enfermagem. Av. enferm. v. 29, n. 2, p. 234-46, jul/dez. 2011. Disponível em: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2011/02.pdf. Acesso em: 24 Out. 2011.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em uma unidade de emergência hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm. (Online)**, v. 14, n. 1, p. 143-50, jan/mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a21.pdf. Acesso em: 20 Nov. 2011.

WOODTLI, M. A.; BRESLIN, E. T. Violence related content in the nursing curriculum: A national study. **J. Nurs. Educ.** v. 35, n. 8, 367-74, 1996.

WOODTLI, M. A.; BRESLIN, E. T. Violence-related content in the nursing curriculum: a follow-up national survey. **J. Nurs. Educ.** v. 41, n. 8, p. 340-8, ago. 2002.

WOODTLI, M. A. Domestic violence and the nursing curriculum: Tuning in and tuning up. **J. Nurs. Educ.** v. 39, n. 4, p. 173-82, abr. 2000.

ZULSKE, D. M.; NOZAWA, M. R. Memória da implantação da graduação em enfermagem na Unicamp. **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n. 4, p. 573-7, jul/ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a20v59n4.pdf. Acesso em: 02 15 Fev. 2011.

APÊNDICES

Apêndices

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor (a) Professor (a),

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa "O tema da violência em currículos de cursos de graduação em enfermagem" que objetiva verificar se o tema violência é abordado em cursos de graduação em enfermagem. Acreditamos que com suas respostas possamos desenvolver outros estudos, discussão acerca do tema em eventos científicos e sugerir ou não a implementação de estratégias que busquem contribuir para que a formação dos estudantes do curso de enfermagem contemple esse tema.

Caso você participe, será convidado a responder a uma entrevista que avalia a abordagem da violência, em uma única sessão de aproximadamente quarenta minutos.

Vale salientar que já contamos com a concordância da diretora e coordenadora da escola. Os nomes dos participantes não serão divulgados publicamente. Não serão feitas análises individuais dos resultados uma vez que as respostas serão estudadas em conjunto.

A participação é voluntária, e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhuma consequência negativa como desconforto ou risco à vida. Se desejar maiores esclarecimentos, você poderá entrar em contato antes ou durante a realização da pesquisa.

Eu, _____, estou ciente das informações sobre a pesquisa e de que as informações por mim emitidas não me causarão nenhum dano, risco ou ônus. Serão mantidos sigilos e anonimato das informações contidas em minha entrevista. Há segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa. Há garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento. No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Ribeirão Preto, ____, de_____ de 2011.

_____

Assinatura do entrevistado

_____	_____
Daniella Yamada Baragatti	Profª Drª Zeyne Alves Pires Scherer
Pesquisadora responsável	Pesquisadora orientadora

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP. Telefone: (0XX16) 3602-3404.

APÊNDICE B: PROTOCOLO DE PESQUISA

Identificação (código) da disciplina:

Nome:

Docente responsável:

Carga horária:

Objetivo:

Ementa:

Programa/conteúdo programado:

Avaliação:

Referências:

Estratégias de ensino (descritas no programa)

Estratégias de ensino descritas especificamente para abordagem da violência:

Desde quando a disciplina é oferecida:

Área de conhecimento:

Semestre de oferecimento:

Termo violência ou correlatos: onde aparece e como é descrito?

Caracterização (teórico, teórico-prática, prática)

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Parte I: Dados de identificação

Entrevista n°: _____ Data:_____

Instituição:_____

Local da entrevista:_____

Nome: _____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: _____ anos

Titulação máxima: _____

Locais de formação (áreas de formação):

_____

_____

_____

_____

Tempo de atividades docentes (em anos): _____

Tempo de atividade docente na instituição pesquisada (em anos):

_____

Disciplinas ministradas na instituição:

Parte II: Questões abertas (gravadas)

1) O que o Sr(a) espera ao abordar o tema da violência na sua disciplina?
2) Quais os tipos de violência que o Sr(a) aborda em sua disciplina?
3) Como o Sr(a) trabalha o tema violência com os alunos?
4) Quais são as estratégias utilizadas para abordar a violência?
5) Dentro da sua disciplina, quantas horas são dedicadas ao tema da violência?
6) O aluno vivencia experiências relacionadas à violência no decorrer da disciplina, por exemplo, em aulas práticas (estágio)?
7) Como o Sr (a) percebe a relação entre a aprendizagem do tema na sua disciplina e a construção da prática por ele enquanto enfermeiro?
8) Os alunos que concluem o curso de enfermagem estão preparados para prestar assistência e acompanhar vítimas de violência?
9) Gostaria de ouvi-lo em relação à inserção do tema violência nos currículos da área da saúde
10) Comentários adicionais pelo entrevistado.

ANEXOS

Anexos

ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO DA EERP/USP PARA PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Informação

Informo que o projeto ***"O tema da violência em currículo de cursos de graduação em enfermagem"*** foi analisado por esta Direção sendo autorizada a coleta de dados que será desenvolvida com Docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Profª. Drª. Silvana Martins Mishima
Vice-Diretora no exercício da Diretoria da EERP/USP

01/02/2011

ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO DA UNICAMP PARA A PESQUISA

Autorização para realização de pesquisa

Assunto: Autorização para realização de pesquisa
De: Daniella Yamada Baragatti <danybaragatti@gmail.com>
Data: Mon, 7 Feb 2011 12:06:07 -0200
Para: gradenf@fcm.unicamp.br, denffcm@fcm.unicamp.br

Boa tarde!

Meu nome é Daniella Yamada Baragatti, sou mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP. Meu projeto tem parte da coleta de dados com docentes do Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP, através de entrevistas individuais sobre o tema da violência. Envio em anexo o projeto para apreciação e estou a disposição caso haja dúvidas. Envio também um modelo de carta de autorização de execução do projeto, caso seja o caso, similar ao fornecido pela EERP/USP. Aguardo retorno, grata pela atenção, Daniella

projeto.comite.etica.UNICAMP.doc	**Content-Type:** application/msword **Content-Encoding:** base64

autorizacao.depto.enf.unicamp.doc	**Content-Type:** application/msword **Content-Encoding:** base64

Aprovado durante a 321ª reunião do Conselho Departamental de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP realizado no dia 25.02.2011.

Profa. Dra. Maria Isabel P. de Freitas
Chefe do Depto. de Enfermagem
FCM/UNICAMP
Matr. 266230

Encaminhe-se aos CD para apreciação e manifestação.
Luciana de Lione Melo
07/02/11

1 de 1 07/02/2011 12:36

ANEXO 3- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 03/05/11
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 158/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0025.0.153.146-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"O TEMA DA VIOLÊNCIA EM CURRÍCULOS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Daniella Yamada Baragatti
INSTITUIÇÃO: Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/03/2011
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 03/05/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Verificar se o tema violência é abordado em cursos de graduação em enfermagem.

III – SUMÁRIO.

Participará da pesquisa serão docentes das Escolas de Enfermagem da USP/Ribeirão Preto e da FCM/Unicamp dado caracteristicas geo-politico-economico-social de ambas escolas. Já aprovado sua realização nos Departamentos de Enfermagem de ambas escolas. A pesquisa constituira de uma primeira fase onde se fará uma coleta de dados, identificação e qualificação dos voluntários, enquanto que na segunda fase se fará uma entrevista gravada composta de 6 questões abertas relacionadas ao tema violência e a relação pedagógico-acadêmica. Busca-se assim subsídeos para docentes e instituição possam inserir ou não enfoques tematicos em suas disciplinas e ou projetos pedagógicos pensando nos futuros profissionais de enfermagem.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de março de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br