UNIVERSITÉ DE SÃO PAULO
ÉCOLE DE SCIENCES INFIRMIÈRES DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMME DE POS-GRADUATION DE SCIENCES INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE
DOCTORAT EN SCIENCES

UNIVERSITÉ DE CERGY-PONTOISE
ÉCOLE DOCTORALE DROIT ET SCIENCES HUMAINES ED 284
LABORATOIRE EMA ÉCOLE, MUTATIONS, APPRENTISSAGES EA 4507
DOCTORAT EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION

RECHERCHE DOCTORALE RÉALISÉE EN COTUTELLE

Fabiana Ribeiro Santana

**Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle
en soins infirmiers: recherche socio-clinique au Brésil et en France**

(Mémoire en portugais comportant un résumé long en français conformément à la convention de
cotutelle)

Thèse soutenue le 27 avril 2016

Sous la direction de Gilles Monceau et Cinira Magali Fortuna

Jury:

Solange L'Abbate, Professeure de Sociologie en Santé Collective, Faculté de Sciences Médicales, Université d'État de Campinas, Brésil (Rapporteuse)

Rémi Gagnayre, Professeur en Sciences de l'Éducation, Université Paris 13 - Campus Bobigny, France (Rapporteur)

Maria José Clapis, Professeure en Sciences Infirmières, École de Sciences Infirmières de Ribeirão Preto, Université de São Paulo, Brésil

Patrícia Bessaoud-Alonso, Maître de conférences en Sciences de l'Éducation, Université de Limoges, France

Cinira Magali Fortuna, Professeure en Sciences Infirmières, École de Sciences Infirmières de Ribeirão Preto, Université de São Paulo, Brésil (Directrice de thèse au Brésil)

Gilles Monceau, Professeur en Sciences de l'éducation, Université de Cergy-Pontoise, France (Directeur de thèse en France)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM CIÊNCIAS

UNIVERSIDADE DE CERGY-PONTOISE
ESCOLA DOUTORAL DIREITO E CIÊNCIAS HUMANAS ED 284
LABORATÓRIO EMA ESCOLA, MUTACÕES, APRENDIZAGENS EA 4507
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

PESQUISA DE DOUTORADO REALIZADA EM COTUTELA

Fabiana Ribeiro Santana

**Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do
enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França**

(Tese em português comporta um resumo expandido em francês em conformidade com o
convênio de cotutela)

Tese de doutorado defendida no dia 27 de abril de 2016

Orientadores: Cinira Magali Fortuna e Gilles Monceau

Banca Examinadora:

Solange L'Abbate, Professora de Sociologia em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas, Brasil (Avaliadora)

Rémi Gagnayre, Professor em Ciências da Educação, Universidade Paris 13 - Campus Bobigny,
França (Avaliador)

Maria José Clapis, Professora de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Brasil

Patrícia Bessaoud-Alonso, Mestre de conferências em Ciências da Educação, Universidade de
Limoges, França

Cinira Magali Fortuna, Professora de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Brasil (Orientadora no Brasil)

Gilles Monceau, Professor em Ciências da Educação, Universidade de Cergy-Pontoise, França
(Orientador na França)

FABIANA RIBEIRO SANTANA

Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro:
pesquisa socioclínica no Brasil e na França

(As normas de formatação da tese foram adaptadas visando atender as exigências dos
dois Programas de Pós-Graduação e o convênio de cotutela)
*(Les normes de formatage ont été adaptées visant répondre les exigences des deux
Programme de Post Graduation et la convention de cotutelle)*

Tese em cotutela apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e à Escola Doutoral
Direito e Ciências Humanas (ED 284) da Universidade de Cergy-
Pontoise para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Áreas de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública no Brasil
e Ciências da Educação na França

Orientador do Brasil: Prof. Dr. Cinira Magali Fortuna

Orientador da França: Prof. Dr. Gilles Monceau

Ribeirão Preto

2016

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.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Santana, Fabiana Ribeiro

Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França, 2016.

341 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Fortuna, Cinira Magali.

1. Educação em enfermagem.
2. Promoção da saúde.
3. Prevenção de doenças.
4. Pesquisa em educação em enfermagem.
5. Enfermagem.

Ao meu companheiro de jornada Marcus Pereira Magalhães por
seu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Cinira Magali Fortuna pelos ensinamentos e parceria nesses três últimos anos. Compartilhamos muitos momentos e em todos eles pude contar com a sua generosidade e tenacidade para me impulsionar para além dos meus limites.

Ao Prof. Dr. Gilles Monceau pela oportunidade da cotutela e estágio sanduíche. Grata pela atenção durante a pesquisa e por valorizar as minhas conquistas e respeitar os meus limites.

À Drª Dominique Samson pelo acompanhamento atencioso durante o trabalho de campo da França. Os seus conhecimentos sobre análise institucional e formação do enfermeiro francês me ajudaram imensamente nesse processo.

À banca examinadora da defesa da tese de doutorado Profª Drª Solange L'Abbate, Profª Drª Maria José Clapes, Prof. Dr. Rémi Gagnayre, Profª Drª Patrícia Bessaoud-Alonso pelos ensinamentos singulares nesse processo avaliativo.

Aos professores participantes da pesquisa no Brasil e aos formadores participantes na França pela oportunidade e confiança no meu trabalho.

À Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão e aos colegas do Curso de Enfermagem pela valorização do meu trabalho e licença para qualificação profissional durante os três anos de doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa, no período de janeiro a julho de 2015, pelo Programa Institucional de Bolsas de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) - Processo nº 99999.007028/2014-08.

Ao Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela oportunidade de participar como bolsista no programa, no período de julho a novembro de 2013, na disciplina Cuidado Integral em Saúde II.

À Profª Ms. Normalene Sena de Oliveira da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão por sua parceria durante todos esses anos na UFG. Sua amizade é para mim um bálsamo diante de tantas lutas no campo do trabalho.

Aos acadêmicos e egressos do Curso de enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão pela parceria e inspiração durante o meu exercício no magistério superior.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, ao coordenador do Programa Pedro Fredemir Palha e aos funcionários da EERP-USP e da Pós-Graduação que também participaram do meu processo de formação.

Aos professores dos Programas de Pós-Graduação da EERP-USP pelos ensinamentos nesses últimos três anos, em especial as professoras Maria José Bistafa Pereira, Silvia Matumoto, Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves, Luciane Sá de Andrade e Silvana Martins Mishima.

Ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida e aos colegas pela troca de experiências e conhecimentos.

Ao Grupo de estudo das obras de Vygotski pela oportunidade de participar e de aprender um pouco sobre o referencial teórico desse grande pensador.

Ao *Laboratoire École Mutations Apprentissages* e aos colegas pelos ensinamentos no campo da pesquisa qualitativa, particularmente sobre a socioanálise e socioclínica.

Aos professores da Aliança Francesa de Ribeirão Preto pela aproximação com a língua e cultura francesa, em especial à Mirella Furtado Greco, Marli Borges e Nádia Brusadelli.

Aos meus pais, irmãs, sogros, cunhadas, cunhados e sobrinhos pelo amor e fraternidade em todos os momentos de minha vida.

Aos meus amigos pelo apoio e estímulo nesse árduo processo de produção do conhecimento.

Minhas (com)fissões
Que efeitos foram produzidos em mim?
Quantas ressonâncias?
Nesse deslocamento de corpo-mente-espírito
mergulhei em oceanos revoltos
caminhei em cerrados, florestas e jardins
vivi nas alturas como beija-flor... nem sentia meu corpo
Ele não era mais meu
Ele era devaneio, pensamento, voz, olhar, expressão, emoção
Distanciei-me de minhas origens e afetos
E ao mesmo tempo, revisei antigas trilhas e outros devires
na solitude
em comunhão
vi junto
brinquei em danças circulares
fortaleci-me
alimentei-me
nas fontes da promoção da saúde...
Fabiana Ribeiro Santana (Ribeirão Preto, 26 de outubro de 2015)

RÉSUMÉ

SANTANA, Fabiana Ribeiro. **Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers** : recherche socio-clinique au Brésil et en France. 2016. 341 f. Tese (Doutorado em cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2016.

Cette thèse de doctorat en cotutelle analyse la formation en soins infirmiers à partir de la place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au Brésil et en France. Ainsi, nous avons développé un dispositif de recherche d'approche socio-clinique institutionnelle (MONCEAU, 2012) dans le cadre d'analyse institutionnelle (LOURAU, 1995) qui pouvait faire dialoguer les similarités, les différences, les contradictions, les tensions dans la formation d'un cours en Sciences Infirmiers d'un établissement d'enseignement supérieur dans l'État de São Paulo (au Brésil) et d'un cours en soins infirmiers d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de la région parisienne. Après l'autorisation du Comité d'Éthique de la Recherche da EERP-USP protocole n° 31343814.8.3001.5504 nous avons commencé le travail de terrain. Au Brésil, la recherche socio-clinique a été mise en place entre juillet et décembre 2014 et en France entre le janvier et juillet 2015. Les techniques utilisées dans la production des données ont été : l'analyse documentaire, les entretiens, les observations participants et les restitutions. Nous constatons que malgré des origines socio-historiques différents il y a une forte influence dans le modèle Nightingale dans le métier d'infirmier et dans la formation en soins infirmiers. Au Brésil, il y a encore une claire répartition des classes délimitée par les catégories d'infirmière, des techniciens en soins infirmiers et d'auxiliaires en soins infirmiers. En France, cette répartition est présente dans la pratique et dans la formation d'infirmière et d'aide-soignante. Nous avons aussi en commun une identité fortement intégrée au hôpital et matérialisée en actes: rôle privé d'infirmier au Brésil et rôle propre et rôle prescrit de l'infirmier en France. L'infirmier et la formation en soins infirmiers dans les deux pays sont marqués par de profondes différences liées au Système de Santé et au processus d'universitarisation avec l'avènement de la recherche et de la post graduation. Nous considérons que ce contexte socio-historique conforme les pratiques professionnelles en soins infirmiers et la formation elle-même. L'universitarisation a été développée dans des temps et des espaces différents dans les deux pays, en marquant une certaine distance entre les deux réalités. En particulier, les infirmiers français et brésiliens ne portent pas les mêmes identité, rôle et statut. Nous vérifions qu'il y a en France comme au Brésil une place affichée dans la formation en soins infirmiers pour la promotion et la prévention, mais nous constatons une distance entre la formation prescrite et la formation réalisée, qui se distingue dans les deux réalités. À partir de tensions entre le prescrit et le réel sont fabriqués de nouveaux savoirs et savoir-faire d'éducation et de promotion de la santé. Les professeurs brésiliens ont développé des pratiques avec une approche transdisciplinaire dans la recherche et surtout dans l'*extension*. Les dispositifs de l'*extension* provoquent des mouvements de déterritorialisation et de déstratification, créent des lignes de fuite (DELEUZE; GUATTARI, 1995) dans la rigidité du cadre curriculaire. Pour certains formateurs des IFSI de la France, les pratiques de promotion et de prévention sont développées prioritairement dans le milieu extra-hospitalière (les crèches, les écoles, les dispensaires), toutefois, donnent la priorité pour les stages dans l'hôpital. Mettre en place une analyse de ces contradictions nous permet de conclure bien que sont appelées avec le même nom - infirmier et infirmière - il y a des pratiques professionnels et des formations différentes dans les deux pays.

Mot clé: Formation en soins infirmiers. Promotion de la santé. Prévention des maladies.

ABSTRACT

SANTANA, Fabiana Ribeiro. **Health promotion and disease prevention in the professional formation of nurses: socio-clinical research in Brazil and France.** 2016. 341 f. Tese (Doutorado em cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2016.

This cotutorial doctorate thesis analyzes the nursing education from the place occupied by the health promotion and disease prevention in Brazil and France. For this purpose we develop a strategy of research from the institutional socio clinical approach (MONCEAU, 2012) of institutional analysis referential that could make dialogue the similarities, differences, contradictions and tensions in a undergraduate course in Nursing of an institution of higher education in the state of São Paulo (Brazil) and a Graduate Program in Nursing of an Institut de Formation en Soins Infirmier (IFSI) of the Paris region. After the approval of the Ethics Research Committee of EERP-USP protocol nº 31343814.8.3001.5504 we start the field work. In Brazil, the social clinical research was promoted from July to December of 2014 and in France from January to July of 2015. The techniques used in data production were: documental analysis, interviews, participating observations and restitutions. We found that despite of different origins socio-historical there is a strong influence of Nightingale model in the profession of Nursing and the Nursing training. Today in Brazil we still have a clear class division demarcated by categories of nurse, nursing technician and nursing assistant. In France this division is found in the practical and formation of nurse and the nurse assistant. We also have in common an identity strongly linked to the hospital and materialized by acts: private act of nurse in Brazil and self role and prescript role of nursing in France. The Nursing and the Nursing training in both countries are marked by profound differences associated with the Health Sistem and by the universitarization process with the coming of research and postgraduate. We consider that social historical context define the professional practices in nursing and training in the same time that is defined by them. The universitarization are developed in different times and spaces in these two countries marking a distance between these two realities. Particularly the French and Brazilian nurses do not carry the same identity, role or status. We noted that there in France as in Brazil, a place advertised in nursing education for health promotion and prevention but we found a distance between the prescribed formation and the realized formation, which is distinct in those two realities. In this clash between the prescribed and the real new knowledge and practices of education and health promotion are produced. Brazilian professors have developed practices with transdisciplinary approach in research and especially on extension. Extension strategies cause deterritorialization and destratification movements creating escape lines (DELEUZE; GUATTARI, 1995) in rigidity of curricular structure. For some trainers from the IFSI of France the promotion and prevention practices are developed primarily in outside spaces of the hospital (kindergartens, schools, dispensaries), however they prioritize the stages in the hospital. Analyze these contradictions, allow us to conclude that although they are called by the same name - nursing and nurses - there are different professionals and formation practices in these two countries.

Keywords: Nursing education. Health promotion. Disease Prevention

RESUMEN

SANTANA, Fabiana Ribeiro. **Promoción de la salud y prevención de enfermedades en la formación profesional del enfermero:** investigación socio clínica en Brasil y en Francia. 2016. 341 f. Tesis (Doctorado en Cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2016.

Esta tesis de doctorado en cotutela analiza la formación de enfermería a partir del lugar de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en Brasil y en Francia. Por lo tanto, desarrollamos un dispositivo de investigación a partir del abordaje socio clínica institucional (MONCEAU, 2012) del referencial del análisis institucional (LOURAU, 1995) que pudiese hacer dialogar las similitudes, las diferencias, las contradicciones, las tensiones de la formación, en un Curso de Graduación en Enfermería de un establecimiento de ensino superior del Estado de São Paulo (Brasil) y un Curso de Graduación en Enfermería de el Institut de Formation en Soins Infirmier (IFSI) de la región parisiense. Después de la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa (CEP) de la EERP-USP protocolo nº 31343814.8.3001.5504 iniciamos el trabajo de campo. En Brasil, la investigación socio clínica fue promovida entre julio a diciembre de 2014 y en Francia entre enero a Julio de 2015. Las técnicas utilizadas en la producción de datos fueron: análisis documental, entrevistas, observación de participantes y restituciones. Constatamos que a pesar de un origen socio histórico diferente, existe una fuerte influencia del modo nightingaleano en Enfermería y en la formación en enfermería. En Brasil, aún hoy, tenemos una clara división de clases delimitadas por las categorías de enfermero, técnico de enfermería y auxiliar de enfermería. En Francia, esa división se encuentra en práctica de formación del Infirmière e del Aide-Soignant. También tenemos en común una identidad fuertemente vinculada al hospital y materializada en acciones: “acciones privadas del enfermero”, en Brasil y “rôle propre et rôle prescrit de l’infirmier” en Francia. La enfermería y la formación del enfermero en los dos países, están marcadas por profundas diferencias asociadas al Sistema de Salud y al proceso de formación universitaria con el inicio de la investigación y de pos graduación. Consideramos que ese contexto socio histórico, define las prácticas de los profesionales de enfermería y la formación al mismo tiempo que es definido por ellas. La formación universitaria fue desarrollada en tiempo y espacios diferentes en los dos países, delimitando una cierta distancia entre las dos realidades. En particular, los enfermeros franceses y brasileños no cargan la misma identidad, papel y estatus. Evidenciamos que en Francia como en Brasil existen lugares apropiados para la formación del enfermero como también para la promoción y la prevención; pero constatamos una cierta diferencia entre la formación prescrita y la formación realizada, que es distinta en las dos realidades. A partir de tensiones entre lo que está escrito y lo que es real, son producidos nuevos saberes y haceres de educación y de promoción de la salud. Los profesores brasileños han desenvuelto prácticas con un abordaje transdisciplinaria en la investigación y sobre todo en la extensión. Los dispositivos extensionistas provocan movimientos de desterritorialización y reterritorialización, creando líneas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 1995) en la rigidez de la estructura curricular. Para algunos formadores de los IFSI de Francia, las prácticas de promoción y de prevención, son desarrolladas primeramente en espacios fuera de los hospitales (guarderías, escuelas, dispensarios), sin embargo, priorizan las prácticas en el hospital. Colocar en análisis esas contradicciones nos permite concluir que aunque sean llamadas con el mismo nombre - enfermería y enfermeros - existen prácticas profesionales y formaciones distintas en los dos países.

Palabra clave: Educación en Enfermería. Promoción de la salud. Prevención de enfermedades.

RESUMO

SANTANA, Fabiana Ribeiro. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro**: pesquisa socioclínica no Brasil e na França. 2016. 341 f. Tese (Doutorado em cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2016.

Essa tese de doutorado em cotutela analisa a formação em enfermagem a partir do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças no Brasil e na França. Para tanto, desenvolvemos um dispositivo de pesquisa a partir de abordagem socioclínica institucional (MONCEAU, 2012) do referencial da análise institucional (LOURAU, 1995) que pudesse fazer dialogar as similaridades, as diferenças, as contradições, as tensões da formação em um Curso de Graduação em Enfermagem de um estabelecimento de ensino superior do Estado de São Paulo (Brasil) e em um Curso de Graduação em Enfermagem de um *Institut de Formation en Soins Infirmier* (IFSI) da região parisiense. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP protocolo nº 31343814.8.3001.5504 iniciamos o trabalho de campo. No Brasil, a pesquisa socioclínica foi promovida entre julho a dezembro de 2014 e na França entre janeiro a julho de 2015. As técnicas utilizadas na produção de dados foram: análise documental, entrevistas, observações participantes e restituições. Constatamos que apesar de origens sócio históricas diferentes existe uma forte influência do modelo nightingaleano na Enfermagem e na formação em enfermagem. No Brasil, ainda hoje temos uma clara divisão de classes demarcada pelas categorias do enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Na França, essa divisão encontra-se na prática e na formação do Infirmière e do Aide-Soignant. Também temos em comum uma identidade fortemente vinculada ao hospital e materializada em atos: “ato privado do enfermeiro” no Brasil e “rôle propre et rôle prescrit de l’infirmier” na França. A Enfermagem e a formação do enfermeiro nos dois países são marcadas por profundas diferenças associadas ao Sistema de Saúde e ao processo de universitarização com o advento da pesquisa e da pós-graduação. Consideramos que esse contexto sócio histórico define as práticas profissionais em enfermagem e a formação ao mesmo tempo que é definido por elas. A universitarização foi desenvolvida em tempos e espaços diferentes nos dois países, demarcando uma certa distância entre as duas realidades. Em particular, os enfermeiros franceses e brasileiros não carregam a mesma identidade, papel e status. Evidenciamos que existe na França como no Brasil um lugar anunciado na formação do enfermeiro para a promoção e a prevenção, mas constatamos uma distância entre a formação prescrita e a formação realizada, que é distinta nas duas realidades. A partir de tensões entre o prescrito e o real são produzidos novos saberes e fazeres de educação e de promoção da saúde. Os professores brasileiros têm desenvolvido práticas com uma abordagem transdisciplinar na pesquisa e, sobretudo, na extensão. Os dispositivos extensionistas provocam movimentos de desterritorialização e desestratificação, criando linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 1995) na rigidez da estrutura curricular. Para alguns formadores dos IFSI da França, as práticas de promoção e de prevenção são desenvolvidas prioritariamente no espaço extra hospitalar (creches, escolas, dispensários), no entanto, priorizam os estágios no hospital. Colocar em análise essas contradições permite-nos concluir que embora sejam chamadas com o mesmo nome - enfermagem e enfermeiros - existem práticas profissionais e formações distintas nos dois países.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem. Promoção da saúde. Prevenção de doenças.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da região parisiense na França com a localização geográfica das Universidades conveniadas com os IFSI participantes da pesquisa.....	86
Figura 2 - Modelo esquemático dos resultados da pesquisa.....	101
Figura 3 - Mapa conceitual acerca dos espaços e tempos de ensino da formação inicial do enfermeiro no Brasil.....	104
Figura 4 - Mapa conceitual acerca dos espaços e tempos de ensino da formação inicial do enfermeiro na França.....	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Titulação dos professores do Brasil e dos formadores da França.....	171
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação dos artigos encontrados nas bases de dados e a análise para inclusão ou exclusão.....	80
Tabela 2 - Relação dos artigos incluídos ao final da seleção da revisão integrativa.....	81

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
Afdet	Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique
ARS	Agences Régionales de Santé
ARSI	Association de recherche en soins infirmiers
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BR	Brasil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS - AD	Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CM	Cours Magistrais
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CompHP	Développement des compétences et normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe
CSP	Code de la Santé Publique
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DEd	Departamento de Educação
DEI	Diplôme d'État d'Infirmier
DEnf	Departamento de Enfermagem
DEUG	Diplôme d'Etudes Universitaires Générales
DM	Dispositifs médicaux
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DUSI	Département Universitaire en Sciences Infirmières
ECTS	European Credits Transfert System

ED DSH	École Doctorale Droit et Sciences Humaines
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EHESP	École des hautes études en santé publique
EMA	École Mutations Apprentissages
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETP	Education thérapeutique du Patient
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FR	França
GM	Gabinete do Ministro
HiperDia	Programa de hipertensos e diabéticos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
IFCS	Instituts de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmier
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IPS	Institut de promotion de la Santé
IREPS	Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
IRFSS	Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale
JCR	Journal Citation Reports
L2	Licence 2
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LMD	Licence Master Doctorat
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Medical Literature Analyses and Retrieval
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NDE	Núcleo Docente Estruturante
NIC	Classificação de Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
NUPESCO	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PDSE	Programa Institucional de Bolsas de Doutorado Sanduíche no Exterior
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNExt	Plano Nacional de Extensão Universitária
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Plan National de Santé Publique
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
PPP	Projeto Político Pedagógico
ProExt	Programa de Extensão Universitária
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Pró-saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PRPS	Plan Régional de Santé Publique
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC)	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TD	Travaux Dirigés
TGP	Trabalho Pessoal Guiado
TP	Travaux Personnels
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Université de Cergy-Pontoise
UE	Unité d'Enseignement
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

USE	Unidade de Saúde Escola
USF	Unidade da Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VER-SUS	Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde
VNCD	Programa da Vigilância e Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento
WoS	Web of Science

LISTA DE ANEXOS

Anexo A -	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.....	199
Anexo B -	Ofício autorização do comitê de ética em pesquisa.....	207
Anexo C -	Ementas e objetivos das disciplinas do curso de enfermagem do Brasil que anunciam atividades de promoção e/ou de prevenção.....	208
Anexo D -	Referencial de competências da formação do enfermeiro na França (2009).....	217
Anexo E -	Unidades de ensino do referencial de formação do enfermeiro na França “Santé publique et économie de la santé”.....	231
Anexo F -	Unidades de ensino do referencial de formação do enfermeiro na França “Soins éducatifs et préventifs”.....	234
Anexo G -	Unidades de ensino do referencial de formação do enfermeiro na França “Soins relationnels”.....	237

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A -	Termo de consentimento livre e esclarecido do Brasil.....	239
Apêndice B -	Termo de consentimento livre e esclarecido da França.....	242
Apêndice C -	Instrumento orientador para a entrevista no Brasil.....	245
Apêndice D -	Instrumento orientador para a entrevista na França.....	246
Apêndice E -	Transcrição na íntegra das entrevistas com BRP3.....	247
Apêndice F -	Transcrição na íntegra da entrevista com FRP8.....	277
Apêndice G -	Materiais preparados para a análise coletiva nas sessões de restituição no Brasil.....	305
Apêndice H -	Memórias das sessões de restituição desenvolvidas com os professores no Brasil.....	320
Apêndice I -	Materiais preparados para a análise coletiva nas sessões de restituição na França.....	325
Apêndice J -	Meu percurso profissional na enfermagem e algumas reflexões sobre o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças..	329
Apêndice K -	Narrativas produzidas pela pesquisadora durante a análise da encomenda e demanda.....	333
Apêndice L -	Memória da primeira reunião realizada no IFSI 1 na França para a apresentação da proposta da pesquisa para os formadores	339

SOMMAIRE

1	RÉSUMÉ LONG EN FRANÇAIS CONFORMÉMENT À LA CONVENTION DE COTUTELLE.....	22
2	PROBLÉMATIQUE.....	47
3	LES INSTITUTIONS EN ANALYSE.....	50
3.1	Les soins infirmiers et la formation en soins infirmiers.....	50
3.2	Système de santé et les bases de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.....	61
4	CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	74
4.1	La socianalyse et la socio-clinique en France et au Brésil.....	74
4.2	Le contexte de la recherche.....	85
4.3	La construction du dispositif socio-clinique institutionnel de la recherche.....	93
5	DIALOGUES ENTRE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS AU BRÉSIL ET EN FRANCE À PARTIR DE LA PLACE DE LA PROMOTION ET DE LA PRÉVENTION : DES PROFESSIONS DISTINCTES.....	101
5.1	Formation de l'infirmier au Brésil et en France et place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.....	102
5.2	Bases matérielles et institutionnelles de la formation infirmière au Brésil et en France.....	168
6	CONSIDÉRATIONS FINALES.....	182
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	184

SUMÁRIO

1	RESUMO EXPANDIDO EM FRANCÊS CONFORME O CONVÊNIO DE COTUTELA.....	22
2	PROBLEMÁTICA.....	47
3	AS INSTITUIÇÕES EM ANÁLISE.....	50
3.1	Enfermagem e formação em enfermagem.....	50
3.2	Sistema de saúde e as bases da promoção da saúde e da prevenção de doenças.....	61
4	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	74
4.1	A socioanálise e a socioclínica na França e no Brasil.....	74
4.2	O contexto da investigação.....	85
4.3	A construção do dispositivo socioclínico institucional da pesquisa.....	93
5	DIÁLOGOS ENTRE A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BRASIL E NA FRANÇA A PARTIR DO LUGAR DA PROMOÇÃO E DA PREVENÇÃO: ENFERMAGENS DISTINTAS EM PRODUÇÃO.....	101
5.1	Formação do enfermeiro no Brasil e na França e o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças.....	102
5.2	Bases materiais e institucionais da formação do enfermeiro no Brasil e na França.....	168
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	182
	REFERÊNCIAS.....	184

SOMMAIRE

1	RÉSUMÉ LONG EN FRANÇAIS CONFORMÉMENT À LA CONVENTION DE COTUTELLE.....	22
2	PROBLÉMATIQUE.....	47
3	LES INSTITUTIONS EN ANALYSE.....	50
3.1	L'infirmière et la formation en soins infirmiers.....	50
3.2	Système de santé et les bases de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.....	61
4	CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	74
4.1	La socianalyse et la socio-clinique en France et au Brésil.....	74
4.2	Le contexte de la recherche.....	85
4.3	La construction du dispositif socio-clinique institutionnel de la recherche.....	93
5	DIALOGUES ENTRE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS AU BRÉSIL ET EN FRANCE À PARTIR DE LA PLACE DE LA PROMOTION ET DE LA PRÉVENTION : DES PROFESSIONS DISTINCTES.....	101
5.1	Formation de l'infirmier au Brésil et en France et place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.....	102
5.2	Bases matérielles et institutionnel de la formation infirmière au Brésil et en France.....	168
6	CONSIDÉRATIONS FINALES.....	182
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	184

1 RESUMO EXPANDIDO EM FRANCÊS CONFORME O CONVÊNIO DE COTUTELA

1.1 Avertissement

Cette thèse est réalisée en cotutelle entre une école doctorale de Sciences humaines (ED DSH- Ecole doctorale Droit et Sciences Humaines de l'Université de Cergy-Pontoise) et une école de Sciences infirmières (EERP- Ecole de Sciences Infirmières de Ribeirão Preto, Université de São Paulo). Cette dernière, l'une des plus prestigieuses du Brésil, développe des recherches dans le domaine de la santé et délivre dans ce cadre le doctorat en Sciences infirmières.

Cette recherche doctorale traitant de la formation des infirmiers dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies avec une approche qui allie santé collective et analyse institutionnelle (Cinira Magali Fortuna ayant cette double expertise), la cotutelle avec le laboratoire de Sciences de l'éducation EMA et l'ED DSH de l'Université de Cergy-Pontoise s'est imposée comme pouvant permettre un approfondissement de l'analyse d'une part (Gilles Monceau étant spécialiste d'analyse institutionnelle et bon connaisseur de la santé collective brésilienne) et l'inscription dans une dimension internationale d'autre part.

Ce partenariat international a conduit à devoir concilier deux approches de la recherche et de la restitution des résultats de recherche sensiblement différentes. En témoigne la procédure de demande d'autorisation éthique qu'il a fallu réaliser au Brésil et qui a eu des incidences sur le processus de recherche en France (cf. les formulaires de consentement ou les significations différentes du terme « infirmerie ») mais aussi sur la forme du mémoire de thèse final présenté au jury. S'il est courant dans le cadre français des sciences de l'éducation de présenter des mémoires longs restituant avec précision le déroulement de la recherche, il est recommandé dans le cadre des disciplines sanitaires brésiliennes, tout particulièrement à l'EERP de Ribeirão Preto (référéncée OMS), de produire des mémoires synthétiques qui atteste la capacité de synthèse et communication du doctorant en renvoyant en appendices et annexes les éléments complémentaires concernant le contexte et les opérations de la recherche. Il nous a donc fallu concilier ces différentes pratiques et recommandations.

La soutenance permettra d'en dire davantage sur ces interférences entre deux cadres scientifiques et nationaux qui ont été constamment au cœur de la recherche.

1.2 Problématique

Nous avons cherché¹ dans cette thèse de doctorat en cotutelle à analyser l'institution de formation en soins infirmiers à partir de la place qu'y occupent la promotion de la santé et la prévention des maladies au Brésil et en France.

Cette proposition n'est pas une comparaison car il était inconcevable de comparer des contextes, professionnels et des formations si différents. Nous avons développé un dispositif de recherche à partir d'une approche socio-clinique (MONCEAU, 2012) et renvoyant au référentiel de l'analyse institutionnelle (LOURAU, 1995). Ceux-ci pouvaient « faire dialoguer » les singularités des formations à l'université au Brésil et en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) en France.

Des problèmes de traduction ont accompagné la réalisation de cette recherche et ceux-ci témoignent des importantes différences entre la France et le Brésil. Ainsi, le mot portugais « enfermagem » qui pourrait être traduit littéralement en français par « infirmerie » désigne au Brésil la profession infirmière et la formation en sciences infirmières et en soins infirmiers, formation délivrée à l'Université. En France, le mot infirmerie ne désigne pas habituellement cette même réalité. Les établissements de formation sont des Institut de Formation en Soins Infirmiers et non des instituts de formation en infirmerie. Dans ce résumé, nous utilisons donc « soins infirmiers » pour la France et « sciences infirmières » pour le Brésil afin de limiter les confusions. Cependant, il sera parfois aussi question de « soins infirmiers » pour le Brésil lorsque c'est la pratique effective que nous voulons désigner.

L'approche socio-clinique entretient un rapport avec la perspective socio historique car pour intervenir « ici et maintenant », il est nécessaire de réaliser une analyse de l'institutionnalisation de cet « ici et maintenant » (MONCEAU, 2008). Dans les jeux de cet « ici et maintenant » avec les transformations institutionnelles passées et en cours, nous pouvons comprendre la logique de l'institution infirmière et de ses entrelacements avec d'autres institutions comme par exemple la religion, la médecine, la politique, entre autres.

Situer les soins infirmiers comme une institution permet de la considérer de façon dialectique selon le concept d'institution développé par Lourau (1995). Cet auteur considère toutes les institutions, du salariat jusqu'au mariage, comme résultats de la

¹ Le choix de ce temps verbal indique notre compréhension de la recherche comme un processus de production collective fait de rendez-vous entre un auteur et plusieurs autres, ainsi qu'avec les participants de la recherche.

tension entre trois moments : le premier est celui de l'universalité ou institué, dans lequel l'institution est reconnue et nommée; le deuxième est celui de la particularité ou instituant, qui nie le moment antérieur; le troisième est le moment de la singularité ou bien de l'institutionnalisation. Ce troisième moment est le résultat du rapport dialectique entre les deux moments antérieurs, où l'institution est mise sous tension et mise à jour à travers les actions des sujets qui lui sont attachés.

Le questionnement central de cette recherche est de comprendre comment, quand, pourquoi et avec quels objectifs les professeurs au Brésil et les formateurs en France enseignent la promotion de la santé et la prévention des maladies dans la formation des infirmiers ? Quelle place ces contenus occupent dans les curriculums de cette formation ? Comment ces contenus sont situés dans les deux référentiels juridique et légal dans la formation des infirmiers ? Comment l'analyse de la situation brésilienne interroge la situation française et inversement ?

Ces questions interrogent les dimensions technique, esthétique, politique et éthique du travail du professeur et du formateur et montre l'effort des chercheurs pour théoriser notre pratique dans le champ de connaissance en sciences infirmières en santé collective. Nous reconnaissons comme complexe et difficile d'accomplir ce processus analytique car nous n'avons pas identifiée dans la littérature nationale et internationale des recherches qui auraient déjà confronté la formation des infirmiers au Brésil et en France à partir de la place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies avec le référentiel théorique et méthodologique de l'analyse institutionnelle.

Tout en restant un produit inachevé et provisoire, nous croyons que cette thèse de doctorat peut apporter des contributions significatives dans le champ des sciences infirmières et dans celui des sciences de l'éducation, particulièrement concernant la formation des travailleurs de la santé.

1.3 L'institution infirmière et la formation en soins infirmiers

Pour développer cette recherche-intervention, nous nous sommes approchés de quelques analystes institutionnels français (LOURAU, 1995 et MONCEAU, 1996; 2008; 2012; 2013), argentin naturalisé au Brésil depuis trente ans (BAREMBLITT, 2012) et brésiliennes (L'ABBATE, 2005; 2012; 2013 et RODRIGUES, 2002). Nous avons cherché à mettre en analyse le « caché » pendant le processus d'institutionnalisation du métier d'infirmier d'une part et de la formation en soins infirmiers d'autre part, ceci dans

une tentative pour saisir l'effet Weber² et l'effet Lukács³, comme l'a proposé l'analyse institutionnelle.

Pendant le processus réflexif, nous nous sommes appuyés sur Foucault (1979) pour clarifier l'histoire de la santé et comprendre la construction socio-historique de l'infirmier. Selon l'analyse historique de cet auteur, la politique de santé européenne du XVIIIème siècle est constituée par une logique caritative en France et Europe, dévoilant ainsi le *modus opérande* de la médecine (et des travailleurs des hôpitaux) et les interférences avec l'institution religion.

L'Infirmier (pré-professionnel) était soumis à l'autorité de l'institution religieuse et ses pratiques servaient les intérêts de l'Eglise. C'est-à-dire qu'au travers de ses actes, l'infirmier (en fait l'infirmière à cette époque) parlait pour l'institution Eglise. Dans ce contexte, le corps des femmes (diaconesse, religieuse, laïque consacrée à l'Eglise) était utilisé comme outil de soins à partir d'un modèle religieux. Cette logique instituée pendant plusieurs siècles a profondément marqué la construction des savoir-faire des infirmiers.

Cependant, ces structures ont été ébranlées par la réforme protestante de l'Allemagne, la réforme calviniste en Suisse, France, Angleterre et Hollande et par les transformations politico-économiques de la période moderne. Dans ce contexte, l'institution infirmière reconnue comme sacerdoce a été brusquement mise en tension et l'infirmière religieuse a été remplacée par l'infirmière laïque. À partir de cela le corps de la femme (pauvre) est utilisé comme main d'oeuvre à bas prix dans les hôpitaux.

Les hôpitaux n'étaient pas considérés comme des lieux de cure et de soins, c'est ce qu'avance Foucault (1979) dans son analyse historique de la naissance des hôpitaux. La médicalisation de l'espace hospitalier s'est produite ensuite, pour limiter les effets négatifs et la propagation des maladies et des désordres dans l'espace urbaine. Ce processus de réorganisation de l'hôpital n'était pas produit à partir de techniques médicales mais à partir d'une technologie qui peut être appelée politique : la discipline. Cette technologie a été utilisée par les médecins pour discipliner les corps (des individus et des populations), l'espace et les systèmes d'enregistrement statistique (mortalité et morbidité).

² "Cet effet, tiré par R. Lourau de Max Weber [...] signifie que plus le droit et la technologie progressent, et plus la société devient inconnaissable pour les individus, les groupes, les classes sociales" (HESS; SAVOYE, 1993, p. 75-76).

³ "Cet effet, tiré par R. Lourau de George Lukács [...] signifie que la connaissance des processus sociaux par lesquels la Science est ou n'est pas possible échappe à la Science. Non par insuffisance, ou parce que la Science serait par essence mauvaise, mais parce que sa genèse sociale devient plus opaque à mesure que s'affinent ses instruments [...]" (HESS; SAVOYE, 1993, p. 75).

Dans cette période, l'institution infirmière est encore une fois mise en tension. La disciplinarisation du personnel infirmier ne considérait pas seulement les aspects techniques. Dans ce contexte, Florence Nightingale débute, en 1860 en l'Angleterre, son projet de professionnalisation en soins infirmiers dans les espaces hospitaliers disciplinés, hiérarchisés et sous la subordination du pouvoir des médecins.

Almeida et Rocha (1986), en analysant le savoir et la pratique des infirmières ont considéré que Nightingale a légitimé la hiérarchie et la discipline du travail des infirmières et institutionnalisé la division sociale et technique du travail chez les infirmières.

Dans ce cadre, les « nurses » (femmes pauvres) se sont occupées du travail manuel (nourriture, hygiène du patient et de son environnement, etc) et les « lady-nurses » (femmes riches) étaient responsables du travail intellectuel (supervision, enseignement et diffusion du modèle de Nightingale).

Malgré les origines socio-historiques différentes nous avons constaté, au Brésil et en France, une forte influence du modèle de Nightingale. Au Brésil, nous avons encore très nettement la division des classes marquées par les catégories professionnelles : infirmiers, technicien infirmier et auxiliaire en soins infirmiers. En France nous avons trouvé aussi cette division caractérisée par les pratiques et les formations d'infirmière et d'aide-soignante. Il y a également en commun une identité professionnelle très attachée à l'hôpital qui se matérialise dans les actes : acte privé de l'infirmier au Brésil et rôle propre et rôle prescrit de l'infirmier en France.

Cependant, le soin infirmier et la formation des infirmiers au Brésil et en France sont marqués par de profondes différences produites par les systèmes de santé d'une part et par le processus d'universitarisation d'autre part. Ce processus d'universitarisation a été développé dans des temps, espaces et modalités différents dans les deux pays, ainsi la distance est remarquable entre ses deux réalités.

Malgré la reconnaissance comme profession infirmière dans les deux pays, celle-ci ne porte pas la même identité professionnelle. Il en va de même pour son rôle dans le champ de l'éducation et de la santé. Ainsi, nous avons pris comme présupposé de la recherche que les infirmiers au Brésil et en France n'appartiennent pas à la même profession. Nous avons considéré aussi que les processus d'institutionnalisation de la formation d'infirmier se comporte de façon différente et avec des logiques différentes dans les deux pays. Il en va de même pour la place de la promotion et de la prévention dans la formation.

Au Brésil, l'insertion des soins infirmiers dans l'Université a commencé à la fin des années 1930. Ce mouvement a été favorisé par la politique fédérale de l'enseignement supérieur et a été renforcé par la réforme universitaire de la loi 5.540 en 1968 (BAPTISTA; BARREIRA, 2006). Ce processus a non seulement confirmé la transition de l'enseignement infirmiers au niveau supérieur, mais a aussi redéfini la professionnalisation du professeur (infirmier) soutenue par la « scientificisation » de la profession par des valeurs universitaires comme l'autonomie, l'indissociabilité entre l'enseignement, la recherche et l'extension (actions vers les communautés), etc.

En France, le processus d'universitarisation de la formation professionnelle des infirmiers est plus récent encore et toujours en phase d'institutionnalisation. Le processus a été mis en place par la Circulaire interministérielle du 9 juillet 2009 et provoque des tensions entre les institutions infirmière et de formation infirmière et d'autres agents sociaux. Les transformations s'actualisent à partir de nouveaux référentiels de formation, de nouveaux espaces avec l'insertion dans l'Université et de nouvelles temporalités avec le dispositif de l'alternance (théorie/pratique).

Mettre en analyse cet « ici et maintenant » comme pris dans la genèse sociale et théorique de l'infirmière nous aide à comprendre la place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans la formation des infirmiers et les contradictions et oppositions entre une logique curative, techniciste et hospitalocentrisme et une logique de santé globale qui considère l'être historique et social.

Dans cette perspective, développer la promotion de la santé signifie promouvoir la vie selon ses multiples dimensions qui comprennent les actions globales et de l'État ainsi que la singularité et l'autonomie des agents sociaux. Ceci ne peut pas être sous la responsabilité d'un seul champ de connaissance et de pratique. Les projets de promotion de la santé utilisent aussi les concepts classiques qui guident la production de la connaissance spécifique en santé, comme la maladie, la transmission et le risque, dont la rationalité est aussi présente dans le discours préventif.

D'autre part, les actions de prévention sont définies comme des interventions pour éviter les maladies infectieuses, réduire les risques de maladies dégénératives et d'autres causes spécifiques, ceci pour en réduire l'incidence et la prévalence dans les populations. Ainsi, la base du discours préventif est la connaissance épidémiologique moderne et ses projets de prévention et d'éducation sont structurés par la divulgation d'information scientifique et des orientations normées de changement des habitudes et façons de vivre (CZERESNIA, 2009).

En France, il y a aussi le référentiel de l'éducation thérapeutique du patient qui selon Gagnayre et d'Ivernois (2003) a pour rôle de développer l'éducation pour la santé dans l'espace intra et extra hospitalier (après la sortie du patient de l'hôpital), en incitant à l'autonomie et au soin de soi pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

1.4 La socianalyse et la socio-clinique en France et au Brésil

Nous considérons que la socianalyse a pour objectif de comprendre une réalité sociale et organisationnelle spécifique, à partir des discours et pratiques de ses agents.

Nous utilisons une méthode composée par un ensemble articulé de concepts, dont les plus significatifs sont : demande, commande, transversalité, analyseur et implication. Ceux-ci ont comme base le concept dialectique d'institution (LOURAU, 1995).

Ces concepts sont aussi la base de l'approche socio-clinique. Selon Monceau (2013) le travail socio-clinique accompagne les transformations des situations et dynamiques institutionnelles. Ces transformations sont en même temps les effets et les matériaux du travail socio-clinique.

À partir de cette conception de recherche impliquée, un renversement épistémologique s'impose nécessairement. Selon Lapassade (1973) cité par L'abbate (2005) il y a eu trois renversements dans le développement du cadre théorique de l'analyse institutionnelle. Le premier est celui de l'instituant contre l'institué, c'est-à-dire l'intérêt porté par la recherche à ce qui est en changement ou bien en tension dans le groupe plus qu'à ce qui est établi et structuré. Le second est le fait que c'est l'analyseur qui fait l'analyse et non pas l'analyste, c'est l'analyseur qui permet de dévoiler la structure de l'institution. Enfin, le troisième est celui de l'implication contre la neutralité, c'est-à-dire le fait que les implications, toujours là, doivent être mises en analyse collectivement.

Concernant la différence de processus entre le début de l'analyse institutionnelle en France et au Brésil, il est possible d'observer que, en France, l'institutionnalisme a commencé au début des années 1960 dans un contexte de forts mouvements de contestation. Ces mouvements ont interrogé les pratiques des partis politiques de gauche, des hôpitaux psychiatriques, des lycées, des universités et des entreprises. Nous considérons l'apogée de ce processus comme étant le mouvement de mai 1968. Rodrigues (2002) s'appuie sur Marcuse pour expliquer l'esprit du mouvement de 1968 comme le refus de l'autoritarisme, de la centralisation du pouvoir, de la technocratie, de la bureaucratie, du consumérisme et du « scientisme ».

Au Brésil, l'analyse institutionnelle a été introduite dans la décennie 1970, dans un contexte politique de dictature militaire marquée fortement par la restriction des libertés civiles et politiques suite au coup d'État de 1964. L'analyse institutionnelle a été instaurée d'abord dans les départements de psychologie des universités publiques de Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Minas Gerais et dans les groupes de recherche interprofessionnels.

Dans cette période, il y avait un fort esprit de contestation et de résistance. Dans le champ de la santé, nous avons vu le mouvement pour la réforme sanitaire qui a abouti à un nouveau regard sur la santé en considérant celle-ci comme un droit du citoyen, ce qui a inauguré un nouveau champ de savoirs et de pratiques : la santé collective. (L'ABBATE, 2013).

Dans le mouvement institutionnaliste, la terminologie « analyse institutionnelle » est attribuée à Félix Guattari et celle de « socianalyse » à Georges Lapassade. Cependant, c'est René Lourau qui a produit la systématisation théorico-méthodologique de cette approche dans une thèse d'État soutenue à l'Université de Nanterre en 1969 et publiée en 1970 dans le livre *L'analyse Institutionnelle*. Dans cet ouvrage, l'auteur a proposé une nouvelle approche du concept d'institution. La nouveauté du concept développé par Lourau est, d'un côté son caractère dialectique et d'un autre son articulation avec les disciplines de la philosophie du droit à la sociologie positiviste, ainsi que de l'anthropologie au marxisme. Ce livre a été publié au Brésil en 1975 (L'ABBATE, 2012).

Pour expliquer les stratégies de la méthode d'intervention socianalytique, Lourau se réfère aux concepts qui, plus tard, ont été considérés comme les principes de la socianalyse : l'analyse de la commande et de la demande, l'autogestion du groupe, l'intention de tout dire, l'élucidation de la transversalité, l'analyse de l'implication, l'explicitation des analyseurs et la restitution. (MONCEAU, 1996).

La commande est la demande officielle de l'intervention formulée par un groupe ou un secteur organisé et qui débute le processus d'intervention. Les demandes sont les sollicitations, les manques et désirs du groupe avec lequel les intervenants vont travailler. Les demandes sont d'abord en syntonie avec la commande mais peuvent évoluer pendant le processus d'intervention. L'autogestion est le contrat entre le groupe et les socianalystes, dans le sens de définir l'agenda, les horaires et le nombre des rendez-vous. C'est le guide qui permet au groupe de faire l'autogestion de son vécu. Le tout dire est la libre expression, au travers de laquelle il y a l'intention de restituer les non-dits présents dans le groupe et l'institution, comme les bruits et l'histoire passée, entre autres.

Travailler la transversalité, signifie analyser les divers types de liens institutionnels des participants afin de diminuer leur cécité institutionnelle. L'analyse des implications, dans ses dimensions affective, existentielle, professionnelle, consciente, inconsciente doit être menée collectivement. Éclairer les analyseurs, c'est-à-dire les faits et situations qui émergent de façon prévue ou non dans le processus d'intervention et permet d'identifier les aspects contradictoires et « cachés » du groupe et de l'organisation dans laquelle les participants sont insérés. Et enfin, la restitution est le processus visant à retourner au groupe les faits qui sont en train de se produire pendant l'intervention avec l'objectif de produire des analyses collectives (L'ABBATE, 2012).

L'approche socio-clinique institutionnelle a été développée par Gilles Monceau pendant les années 2000 avec la proposition d'une diversification des pratiques de l'analyse institutionnelle. L'auteur a élaboré huit principes organisateurs de cette approche de recherche qui s'inscrit dans la continuité des travaux de Lapassade et surtout de Lourau, s'inscrivant dans le prolongement de 40 ans d'histoire. Les huit principes sont: l'analyse de commande et de demandes ; la participation des sujets au dispositif ; le travail des analyseurs, l'analyse des transformations qui sont produites à mesure que le travail de l'analyse avance; l'application de modalités de restitution ; le travail des implications primaires et secondaires ; l'intention de produire des connaissances et l'attention aux interférences institutionnelles (MONCEAU, 2013).

1.5 Le contexte de la recherche

Dans l'approche socianalytique, le champ d'analyse de la recherche est constitué par les institutions et le champ d'intervention par l'établissement, base matérielle de l'institution (RODRIGUES, 2002). Ainsi, le champ d'analyse de cette recherche est l'institution de formation en soins infirmiers au regard de la place de la promotion de la santé et la prévention des maladies et les champs d'interventions sont : un cursus de formation de niveau licence (graduation) en science infirmière d'une université de l'intérieur de l'État de São Paulo (Brésil) et un cursus de soins infirmiers dans un IFSI, situé en la région parisienne et attaché à l'Université Paris Diderot (France).

En France nous avons connu d'autres IFSI et nous avons fait des entretiens avec des formateurs pour élargir notre compréhension des logiques de formation en soins infirmiers en France.

Ainsi, nous avons travaillé avec cinq autres IFSI de la région parisienne attachés aux établissements d'enseignement supérieur: Université Paris Diderot, Université de

Versailles - Saint Quentin-en-Yvelines, Université Pierre et Marie Curie et Université Paris Descartes.

Les critères d'éligibilité pour les champs d'intervention ont été : cursus publics dans l'État de São Paulo au Brésil et établissement public ou privé de la région parisienne en France (IFSI); cursus présentiels; cursus de baccalauréat et/ou licence⁴; cursus ayant déjà produit des diplômés; cursus ayant un projet politique et pédagogique et qui acceptent de participer à l'étude. Après la sélection des champs d'intervention, des critères d'inclusion des participants de la recherche ont été définis : professeurs/formateur effectifs (dans le sens de ne pas avoir un contrat de travail temporaire) attachés aux cursus de soins infirmiers et qui acceptent de participer de l'étude.

Au Brésil ont participé : vingt-six (26) professeures⁵ attachées aux départements de science infirmière (23 professeurs), Morphologie et Pathologie (01 professeure), Méthodologie de Enseignement (01 professeure) et Éducation (01 professeur).

En France, ont participé vingt et un (21) participants du champ d'intervention de la recherche, dont dix-sept (17) formateurs du cursus de soins infirmiers (15 femmes et 2 hommes) une (01) formatrice du cursus d'aide soignant, une (1) documentaliste qui s'occupe aussi de quelques contenus et deux (2) directrices. Ont participé neuf (09) formateurs de cinq autres IFSI (8 femmes et 1 homme), totalisant trente (30) participants.

Afin de garantir la confidentialité et le secret nous avons identifié les participants au travers du sigle BR pour les professeurs du Brésil, en ajoutant P1, P2, P3... P26 (participants) et du sigle FR pour les formateurs de la France, en ajoutant P1, P2, P3... P30. Par rapport aux IFSI nous avons identifié comme IFSI 1 (le champ d'intervention permanent) et IFSI 2 à IFSI 6 les autres champs de recherche (champ ou nous avons réalisé des activités ponctuelles).

Après l'autorisation de la directrice du cursus du Brésil, nous avons commencé la soumission au Comité d'Éthique en Recherche de l'École de Science Infirmière de Ribeirão Preto de l'Université de São Paulo, en respectant les directives et normes réglementaires de recherche avec des êtres humains au Brésil, conformément à la

⁴ Les cursus de soins infirmiers en France sont exclusivement dans la modalité baccalauréat (niveau licence). Au Brésil au-delà de cette modalité il y a aussi une modalité optative de « Licenciatura » destinée aux formateurs des aides soignants et techniciens infirmiers et aussi enseignants des écoles et lycées (BRASIL, 2001).

⁵ Pendant la recherche une professeure du Brésil a été transférée (BRP15) à sa demande dans une autre Université publique à São Paulo et une autre est décédée (BRP8).

Résolution 466/2012 (BRASIL, 2012). Après la probation sur le Protocol (n° 31343814.8.3001.5504) nous avons commencé le travail du terrain.

Au Brésil, le travail de terrain a été réalisé entre les mois de juillet et de décembre 2014. En novembre 2015, nous avons fait la dernière session de restitution où nous avons présenté et mis en analyse avec les participants les données produites en France dans les IFSI. En France, le travail de terrain a été développé entre les mois de janvier à juillet 2015.

Les techniques utilisées pour la production des données ont été : l'analyse des documents, les entretiens, les observations et les séances de restitution. Nous avons utilisé aussi le journal de recherche pour décrire le vécu quotidien et les réflexions de la chercheuse sur le champ de l'analyse et d'intervention.

Pour l'analyse des documents au Brésil, nous avons travaillé sur le projet politique et pédagogique, la matrice du curriculum et les plans d'enseignement et en France nous avons pris le référentiel de la formation et le projet politique et pédagogique de l'IFSI 1.

Au Brésil, nous avons réalisé 25 entretiens⁶, qui ont totalisé 38 heures d'enregistrement et 560 pages de transcription. Nous avons utilisé un instrument guide qui a été pris comme un point de départ pour le dialogue. Les questions ont abordé la promotion de la santé et la prévention ; le travail du professeur ; leur processus et leurs parcours de professionnalisation comme professeur/formateur ; les activités d'enseignement, la recherche et l'extension ; etc. Les entretiens ont été enregistrés avec deux appareils pour assurer la qualité audio et ont été transcrits intégralement.

En France, nous avons réalisé dix-neuf (19) entretiens à l'IFSI 1⁷. Nous avons fait aussi neuf (9) entretiens dans les autres IFSI de la région parisienne: dont deux (02) entretiens à l'IFSI 2; un (01) entretien à l'IFSI 3; deux (02) entretiens à l'IFSI 4; deux (02) entretiens à l'IFSI 5 et deux (02) entretiens à l'IFSI 6. Ainsi, nous avons totalisé 28 entretiens avec 23 heures d'enregistrement. Nous avons utilisé un guide avec questions ouvertes qui est resté à disposition des formateurs pendant l'entretien pour faciliter la communication et la compréhension linguistique. Les entretiens ont été enregistrés avec deux appareils digitaux. Nous avons établi un résumé en portugais avec le contenu des entretiens.

Au Brésil, les observations participantes ont été réalisées dans les activités d'enseignement, de recherche et d'extension développées par les professeurs. Nous avons

⁶ BRP10 a été en congé pendant le travail de terrain de la recherche.

⁷ FRP20 et FRP21 ont annulé le rendez-vous d'entretien et n'ont pas suggéré d'autres dates pour cela.

sollicité la permission des étudiants au début de la pratique d'observation. Aucun refus des étudiants n'a été formulé.

En France, les observations ont été faites lors de plusieurs activités pédagogiques et d'enseignement pour permettre la compréhension de la dynamique et de la logique de la formation en soins infirmiers. Les activités d'extension ne font pas partie des activités développées par les IFSI et les universités. Les activités de recherche sont limitées aux travaux concluant les cours (monographie) des étudiants. Des observations ont été faites pendant les réunions pédagogiques, cours magistraux, travaux dirigés, travail personnel guidées, supervision de stage, accompagnement pédagogique, simulation et évaluation. Nous avons demandé la permission des étudiants au début de chaque activité et également nous n'avons eu aucun refus. Pendant les observations, nous avons fait des enregistrements audio et écrit dans le journal de recherche.

Au Brésil, les sessions de restitution⁸ ont été développées avec les professeurs participant de la recherche. Toutes les rencontres ont été préalablement prévues, donc les locaux et les horaires possibles pour la chercheuse ont été définis préalablement, la directrice du Brésil et les participants de la recherche. Deux sessions de restitution intermédiaires ont été développées pour la discussion des données et une session finale pour la discussion des résultats de la production de données en France. Les sessions ont été enregistrées par deux appareils digitaux, qui ont totalisé environ 7 heures d'enregistrement. Après les sessions nous avons élaboré des mémoires (les actes des réunions) à partir de l'analyse d'audio. Les actes des réunions ont été envoyés à tous les participants de la recherche par courriel.

En France nous avons réalisé deux sessions de restitution. La première session a été promue dans l'IFSI 1 à partir de l'autorisation de la directrice de l'établissement pour une durée d'une heure. Nous avons compté avec la participation de vingt (20) participants de la recherche, du directeur de recherche français et de Dominique Samson (l'ingénieure de recherche du laboratoire EMA). La deuxième restitution a été réalisée à l'Université de Cergy-Pontoise pour une durée de deux (02) heures. Dans cette restitution nous avons compté avec la participation de deux (02) formatrices de l'IFSI 1, une (01) formatrice d'IFSI 3 et deux (02) formatrices d'IFSI 5, du directeur, de Dominique Samson et d'un doctorant brésilien dans le domaine de la psychologie.

⁸ Dans la première session de restitution au Brésil (octobre/2014) ont participé onze (11) professeurs participants de la recherche. Dans la deuxième session de restitution (décembre/2014) ont participé neuf (09) professeurs. Dans la troisième restitution (novembre/2015) ont participé six (06) professeurs.

1.6 Dialogues entre la formation en soins infirmiers au Brésil et en France à partir de la place de la promotion et de la prévention : des professions distinctes

1.6.1 Formation de l'infirmier au Brésil et la place de la promotion et la prévention

A partir de l'analyse documentaire du projet pédagogique du Cours de Sciences Infirmières et des plans d'enseignement nous avons constaté que la promotion et la prévention sont présents dans la proposition curriculaire, particulièrement entre le 3^o et 9^o semestre. Les professeurs ont annoncé dans ces documents officiels le développement des actions éducatives aux niveaux personnel et collectif dans divers espaces à l'intérieur et à l'extérieur de l'Université. L'enseignement contient explicitement la proposition de la promotion et/ou la prévention (éducation pour la santé) avec les contenus suivants : « Éducation et Santé » (3^o semestre), « Nutrition et Santé » (4^o semestre), « Soins en Santé de l'Adulte » (5^o semestre), « Soins en Santé de la Personne Âgée » (6^o semestre), « Soins en Santé Mentale » (6^o semestre), « Soins en Santé du Travailleur » (6^o semestre), « Soins en Santé de la Femme » (7^o semestre), « Stage Curriculaire Supervisé : Champ de la Santé Collective 1 » (8^o semestre), « Stage Curriculaire Supervisé : Champ Hospitalier 1 » (8^o semestre), « Stage Curriculaire Supervisé : Champ de la Santé Collective 2 » (9^o semestre), « Stage Curriculaire Supervisé : Champ Hospitalier 2 » (9^o semestre) et « Stage Supervisé de l'Enseignement en soins infirmiers 2 » (9^o période).

Dans ces plans d'enseignement, nous avons identifié concrètement les espaces où se développent les pratiques de promotion et/ou de prévention comme par exemple : les communautés, les salles d'attente ou les groupes de femmes, l'Université du troisième âge, les services hospitaliers, les services de santé de la famille, les centres de santé, les centres de spécialité médicale, le service de la surveillance épidémiologique et le centre de soins psychosociaux - alcool et drogues. Nous avons identifié aussi d'autres espaces pendant les entretiens et les observations menées avec les professeurs du Brésil comme : les centres communautaires, les crèches, les écoles, les lycées, les coopératives, les ambulatoires, les domiciles, les places, les organisations non gouvernementales (ONG), les services de santé universitaire, etc.

Il existe une diversification des espaces d'enseignement et il y a une désarticulation des activités dans le processus de formation en raison d'une logique disciplinaire et spécialisée où chaque professeur s'occupe d'un certain savoir et savoir-faire dans un temps et espace donnés. C'est-à-dire, tous les contenus sont compartimentés en enseignements et divisés entre les experts des départements à l'Université. Dans ces

processus d'enseignement, il incombe au professeur de planifier individuellement, de mettre en œuvre et d'évaluer si les objectifs ont été atteints et la complexe fonction d'étudiant est de faire la liaison entre les parties. Cette logique produit l'effet Lukács, c'est-à-dire, plus la science se spécialise plus elle devient opaque dans sa totalité (HESS; SAVOYE, 1993; BAREMBLITT, 2012).

Nous sommes ainsi confrontés avec une proposition curriculaire où les contenus des sciences biologiques et de la santé sont organisés dans les premières années de la formation et ensuite les autres années sont donnés la majorité des contenus des sciences d'infirmiers. Historiquement, cette structure curriculaire qui provoque des divisions entre cycle de base biologique et cycle professionnel a été largement utilisée dans la formation en santé et en sciences infirmières. Aujourd'hui encore cette logique est hégémonique dans la formation, mais elle fait l'objet de critiques pour provoquer une distanciation et une dichotomisation entre le savoir et le savoir-faire biologique, clinique et social. Cette structure a été institutionnalisée à partir de la professionnalisation de la médecine scientifique et a aussi influencé l'organisation de la formation d'infirmier.

Les recherches (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; SANTANA et al., 2010) montrent l'hégémonie d'une logique disciplinaire, dichotomisée, segmentée, individualiste, biologiciste, biomédicale et mécaniste d'être humain. Cette logique instituée dans la formation en santé et en sciences infirmières tend à rester rigides et statiques en capturant les mouvements instituants en marche.

Malgré l'institutionnalisation d'une formation en sciences infirmières orientée par l'hospitalocentrisme, de soins curatifs et de disciplinarisation de corps (des professeurs, des étudiants et des usagers des services de santé) nous avons constaté des tensions et des attaques par des mouvements instituants qui s'appuient sur d'autres compréhensions et approches. Ce processus dialectique de lutte permanente des contraires (institué *versus* instituant) a été observé et analysé pendant le travail de la recherche. C'est-à-dire que nous avons identifié quelques professeurs qui ont échappé aux frontières rigides des soins infirmiers et qui ont des construit connexions avec d'autres savoirs et d'autres espaces. Ces processus ont permis l'agrandissement des regards et la resignification de leurs savoirs et pratiques.

Nous présentons ici quelques initiatives développées par les professeurs au Brésil dans le cadre de l'enseignement, de la recherche et de l'extension.

BRP25⁹ développe des activités d'enseignement axées sur l'éducation et la promotion de la santé dans les communautés. Ces activités souhaitent élargir le regard de l'étudiant dans la perspective de voir au-delà des murs des services de santé ; voir et appréhender qu'il existe une production de santé et de vie en dehors des services de santé ; voir et revoir la place d'infirmier dans cette production de soins, qui doit être faite aussi dans les territoires vivants, dans la vie quotidienne avec la participation de la communauté. Dans ce sens, diversifier les espaces d'enseignement signifie transformer les pratiques d'enseignement et de soins à partir d'une approche plus dialogique.

Analyser les processus éducatifs qui imprègnent les pratiques sociales en santé [...]. Développer et mettre en œuvre des méthodologies participatives d'éducation pour la santé dans l'interaction avec les communautés [...] (plan d'enseignement d'éducation et santé, Brésil, analyse documentaire).

BRP25 développe aussi, en collaboration avec les autres agents sociaux, diverses pratiques d'éducation et de promotion de la santé en activités complémentaires, projets de recherche et d'extension dans diverses espaces (les rues, les maisons de prostitution, les communautés rurales, le temple d'umbanda¹⁰, ONG, l'association, etc.). Tous les processus éducatifs s'appuient sur le cadre du référentiel d'éducation populaire en santé dans la perspective de construire des dispositifs pour la réorientation de la formation professionnelle en santé.

Dans le domaine de la santé collective, les professeurs (BRP2¹¹, BRP7¹², BRP23¹³ et BRP24¹⁴) dotent l'étudiant d'outils pour connaître l'état de santé de la communauté à partir des référentiels de la santé collective. Dans ces processus, l'étudiant s'approche de la réalité des familles et des travailleurs des services de santé de la famille.

[...] nous avons comme le produit d'enseignement de la santé collective le diagnostic de santé du territoire [...] nous travaillons avec les

⁹ BRP25 professeure universitaire avec une formation initiale en sciences infirmières, master, doctorat dans le domaine de l'éducation et post-doctorat en éducation populaire en santé.

¹⁰ Umbanda est une religion brésilienne formée d'éléments d'autres religions et de la culture africaine et indigène du Brésil.

¹¹ BRP2 professeure universitaire avec une formation initiale en sciences infirmières, master et doctorat dans le domaine des sciences infirmières, post-doctorat en santé publique.

¹² BRP7 professeure universitaire avec une formation initiale en sciences infirmières, master et doctorat dans le domaine des sciences infirmières.

¹³ BRP23 professeure universitaire avec une formation initiale en sciences infirmières, master, doctorat et post-doctorat dans le domaine des sciences infirmières.

¹⁴ BRP24 professeure universitaire avec une formation initiale en nutrition, master et doctorat en santé collective.

étudiants tout le référentiel théorique de modèle de soins de santé, des indicateurs de santé, de contrôle social. Nous apportons beaucoup de référentiels de la surveillance en santé et d'épidémiologique. Ce sont des référentiels théoriques que nous travaillons lors du cours d'enseignement pour subventionner l'expérience des étudiants quand ils vont vers la pratique, pour construire le diagnostic du territoire [...] quand nous faisons cette analyse d'état de santé, nous envisageons des actions de promotion et de prévention pour les besoins de ce territoire [...] (BRP7, entretien session 3, 11 novembre 2014).

Après cette activité de santé collective qui se produit dans le 3^e semestre, d'autres unités d'enseignement et des stages poursuivent le processus de formation d'infirmier pour les soins primaire. C'est-à-dire, la proposition seraient que ces connaissances et pratiques soient transversaux dans la formation. Cependant, il y a des contradictions et des tensions qui traversent les pratiques des professeurs, freinant le développement des actions de promotion et de prévention. Nous pouvons dire qu'élargir les espaces d'enseignement dans la formation d'infirmiers et aller vers les soins primaires ne signifie pas nécessairement un changement des pratiques d'enseignement et de soins. La contradiction est donc d'aller vers le service de soins primaires sans prendre en compte les référentiels philosophiques, théoriques et méthodologiques en santé collective, mais plutôt en conservant le regard biologique des soins curatifs et hospitaliers. Une autre contradiction est d'élargir les espaces sans intégration ni dialogue entre ces pratiques.

Les contradictions dans les services et la gestion en santé dans le domaine des soins primaires traversent la formation d'infirmiers (et inversement), particulièrement dans le domaine de la promotion et la prévention. Le modèle hégémonique dans les services de santé est ainsi le curatif, même lors du développement de processus éducatifs et préventifs par les équipes de santé de la famille.

Dans le domaine de la recherche et d'extension, les professeurs dans le champ de la santé collective ont cherché à rompre avec l'institué dans la formation d'infirmier. Les professeurs proposent des pratiques plus intégrées et interdisciplinaires.

BRP2 développe un projet d'extension dans les services de santé de la famille où ont été réalisées les enquêtes de santé dans la communauté pendant l'enseignement de santé collective. L'objectif est de donner suite aux activités et de maintenir le lien avec les équipes.

BRP7 est en train de construire un projet d'extension avec l'approche interdisciplinaire pour que les étudiants des cours dans le domaine de la santé (étudiants

de sciences infirmières, de médecine, d'ergothérapie, de kinésithérapie, de gérontologie, etc.) développent des actions ensemble avec les équipes de santé de la famille.

BRP23 et BRP24 développent des actions éducatives de façon coopérative. Ces activités viennent de la réalité sociale et des connaissances des personnes sur la santé, la maladie, le soin, le droit à la santé, etc. Ces activités permettent de construire plusieurs outils importants pour la promotion comme : l'autogestion, l'autonomie et l'émancipation. Elles s'appuient sur le référentiel de la santé collective et de l'économie solidaire.

Dans le domaine de la santé de la femme, les professeurs (BRP3¹⁵ et BRP4¹⁶) ont promu des changements à partir des directives des soins primaires et des politiques de santé nationales pour les femmes du pays. Les professeurs s'appuient aussi sur les nouveaux référentiels méthodologiques de la problématisation et de la médecine basée sur les preuves pour la production des savoirs et des pratiques.

[...] nous percevions que l'espace, le rôle d'infirmier dans le service de soins primaires était très large [...]. Donc, pour moi-même il était clair que nous n'avions qu'à chercher un espace dans le domaine d'enseignement qui permettrait que les étudiants suivent tous le processus [...]. Dans cette formation de promotion et de prévention des maladies, dans le cas particulier de la santé de la femme, se trouve une grande opportunité pour sortir du modèle technique [...]. Je pense que l'infirmier de la santé de la famille a une autonomie qu'il n'a dans aucun autre espace [...] (BRP3, entretien session 2, 2 octobre 2014).

Les professeurs (BRP3 et BRP4) développent aussi des activités d'extension et de recherche comme des dispositifs de transformation dans la formation d'infirmier et de la pratique professionnelle dans le domaine de la santé de la femme. Nous pouvons citer quelques propositions des professeurs: les groupes d'appui à la maternité saine à partir d'une perspective élargie; l'activité d'intégration entre l'enseignement, la recherche et l'extension sur l'éducation pour la santé dans l'état de la grossesse et de la période postnatale; le projet d'extension autour de la création d'un protocole de prénatalité de la ville à partir des politiques actuelles de santé de la femme et de la politique nationale d'humanisation, etc.

¹⁵ BRP3 professeure universitaire avec une formation initiale en sciences infirmières, master, doctorat dans le domaine de l'éducation et post-doctorat en sciences infirmières.

¹⁶ BRP4 professeure universitaire avec une formation initiale en sciences infirmières, master et doctorat dans le domaine des sciences infirmières.

Malgré des mouvements instituants de promotion et de prévention nous avons constaté que ces savoirs et pratiques sont développés majoritairement de manière isolée et à partir de l'initiative de quelques professeurs (ou de petit groupes de professeurs). Cela démontre une fragilité institutionnelle pour la construction d'actions plus transversales et qui dialoguent pendant tout le processus de la formation d'infirmier. C'est comme si la somme de ces expériences devait produire un infirmier plus critique, réfléchi et engagé dans le Système Unique de Santé (SUS) mais que ce processus était laissé au hasard.

Ainsi nous voyons que provoquer des chocs et des ruptures dans les logiques instituées est quelque chose de très complexe, puisque l'institué tend à être statique et à conserver ses structures et ses manières de fonctionner. Mettre en analyse ces affrontements nous permet de voir les contradictions dans le champ de la formation d'infirmier.

1.6.2 Formation de l'infirmier en France et place de la promotion et la prévention

À partir de l'analyse documentaire du référentiel de la formation et du projet pédagogique de l'IFSI 1, nous avons constaté qu'il existe une compétence spécifique pour le développement des soins éducatifs et préventifs. Cette compétence (Compétence 5 - Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs) est travaillée en deux unités d'enseignement: « Santé publique et économie de la santé » (2^o et 3^o semestre) et « Soins éducatifs et préventifs » (3^o et 4^o semestre).

Dans l'unité d'enseignement "Santé publique et économie de la santé" les contenus sont distribués dans le 2^o semestre dans les cours magistraux (20 heures), les travaux dirigés (15 heures) et les travaux personnels guidés (15 heures) et lors du 3^o semestre dans les cours magistraux (20 heures), les travaux dirigés (20 heures) et les travaux personnels guidés (35 heures) (FRANCE, 2009). Dans cette unité, les cours magistraux sont travaillés en collaboration avec l'Université.

Dans l'unité d'enseignement "Soins éducatifs et préventifs" les contenus sont distribués dans le 3^o semestre dans les cours magistraux (4 heures), les travaux dirigés (21 heures) et les travaux personnels guidés (25 heures) et dans le 4^o semestre dans les travaux dirigés (15 heures) et dans les travaux personnels guidés (35 heures) (FRANCE, 2009).

Pendant le travail de recherche, les formateurs ont affirmé que la promotion de la santé et la prévention des maladies sont des domaines de l'infirmier en santé publique. Mais, quelques formateurs ont parlé du fait que l'unité d'enseignement de "Soins

relationnels” (Compétence 6 - Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins) aborde aussi quelques aspects théoriques qui permettant la production des savoirs et des pratiques de promotion et de prévention à partir des référentiels de la psychologie, la sociologie et de l’anthropologie.

À partir de l’analyse documentaire, nous pouvons dire qu’il existe une place annoncée pour la promotion et la prévention dans la formation d’infirmier. Partant de ces données, nous analysons avec certains formateurs des six IFSI de la région parisienne comment, pourquoi et pour qui ces savoirs et pratiques sont développés dans la formation. Nous avons constaté qu’il existe une distance entre la formation prescrite et la formation réalisée. C’est-à-dire, que malgré qu’ils soient prévus dans les documents officiels ces enseignements ne sont pas toujours évidents dans la pratique concrète.

Cette donnée corrobore avec une revue de la littérature internationale réalisée par Messmer-Al (2011). L’auteur a identifié que l’approche de la promotion dans certains programmes de formation en soins infirmiers reste obscure et difficile à identifier. Certains étudiants indiquent aussi la pratique comme étant défavorable à ces dimensions. Ainsi, nous pouvons dire que la professionnalisation des infirmiers par rapport à la promotion de la santé est encore hésitante et fragile.

Quelques réflexions ont été réalisées par les formateurs pendant les entretiens et les sessions de restitution qui nous rapprochent du contexte et des interférences institutionnelles.

La première explication a mis en évidence la place et le rôle de l’infirmier dans le champ de la santé. Il y a une image socio-historiquement construite selon laquelle l’infirmier s’occupe uniquement des activités techniques et curatives prescrites par le médecin, compte tenu du fait que la majorité des infirmiers en France travaillent dans espace d’hôpital.

Il y a une place pour les infirmiers dans les services de prévention par rapport aux conseils donnés aux patients hospitalisés. C’est un rôle que les infirmiers pratiquent peu. Ils sont complètement dédiés au rôle prescrit [...]. Il fait partie du rôle d’infirmier, mais ce n’est pas le rôle que les étudiants s’approprient le plus. Pour eux, le rôle d’infirmier est de mettre en œuvre la prescription médicale [...]. Si l’étudiant n’a pas validé le troisième indicateur de la compétence 5 (pertinence de la démarche de promotion de la santé), ce n’est pas grave. Cela est la démonstration de la position par rapport aux étudiants en France [...]. C’est quelque chose de très abstrait pour la population et les professionnels français [...]. La promotion de la santé et la prévention des maladies restent marginales par rapport aux autres stages [...]. Ces

soins n'ont pas la même importance que les soins techniques d'hôpital [...] (FRP4¹⁷, entretien session unique, 8 avril 2015).

En effet, l'hôpital comme un instrument d'intervention sur la maladie et le malade (FOUCAULT, 1979) priorise les actions curatives au détriment des actions éducatives et préventives selon une perspective plus élargie de santé. Mais, même dans l'espace de l'hôpital, l'infirmier a aussi un rôle dans les soins relationnels. Cependant, ces compétences ne sont pas reconnues ou valorisées comme un savoir scientifique ou même comme un travail.

Ainsi, il y a une tendance dans la formation à investir et à valoriser davantage les compétences techniques et cliniques développées dans l'hôpital ou dans le domicile dans le cas des infirmiers libéraux. Ces infirmiers libéraux sont rémunérés par procédure technique, il ne s'agit pas de soins relationnels, éducatifs et préventifs.

Pour certains formateurs des IFSI de France, les pratiques de promotion et de prévention sont développées prioritairement dans le milieu extra-hospitalier, comme par exemple, dans les crèches, les écoles, la Protection maternelle et infantile (PMI), les réseaux ville-hôpital, les dispensaires, les centres de dépistage, etc. Toutefois, la priorité est donnée aux stages à l'hôpital.

Comme essai de s'opposer à cette centralité des actions curatives et à l'hospitalocentrisme, les IFSI développent certaines activités pratiques dans l'unité d'enseignement de « Santé publique et économie de la santé ». Nous présentons ci-dessous quelques initiatives de la part des IFSI.

L'IFSI 1 a développé une activité dans le 2^o semestre où des infirmiers qui travaillent dans d'autres espaces (PMI, les réseaux ville-hôpital, etc) présentent aux étudiants leurs expériences dans le domaine de la santé publique, particulièrement concernant la promotion et la prévention. Cette activité vise à problématiser un peu les représentations des étudiants pour qui le rôle d'infirmier n'est développé qu'à l'hôpital. Durant le troisième semestre, une activité pratique est mise en œuvre dans l'espace de l'hôpital avec la collaboration du médecin de santé au travail, ceci afin de sensibiliser les étudiants aux actions préventives qui peuvent également être développées à l'hôpital. Les formateurs ont travaillé avec l'état de vaccination des professionnels de santé (soignants) en 2014; sur les accidents d'exposition et sur le respect des précautions standards en 2013 et sur la vaccination contre la grippe du côté de soignantes en 2012.

¹⁷ FRP4 formatrice avec une formation initiale en soins infirmiers et cadre de santé formateur.

L'IFSI 2 a travaillé dans le troisième semestre des sujets spécifiques tels que le tabagisme, les maladies sexuellement transmissibles, les maladies cardiovasculaires, la nutrition, l'ostéoporose, etc. Les formateurs ont également contacté les associations et les organismes de santé publique de la ville à partir d'un problème concret. L'objectif était que les étudiants comprennent les représentations de la santé et de la maladie des participants de ces organisations. Ensuite, les étudiants ont développé des activités d'éducation pour la santé à l'entrée du Centre hospitalier (lié à l'IFSI) en partenariat avec les associations.

Une deuxième explication a une relation avec le niveau macropolitique. En ce qui concerne la politique de la santé publique française on observe une priorisation des soins hospitaliers et curatifs au détriment des soins éducatifs et préventifs. À partir des années 1970 il a été moins investi dans les espaces des soins primaires comme par exemple les dispensaires. Cette évolution a une relation avec le contexte économique et social de la société française, l'amélioration des conditions de vie et la transition épidémiologique avec une diminution de l'incidence des maladies transmissibles et l'augmentation des maladies chroniques. Ces évolutions dans les politiques de santé ont mis en place les changements dans la formation en soins infirmiers.

[...] la politique de santé n'a jamais été une politique qui est intervenue dans la prévention et la promotion de la santé. Le budget de prévention est minimum [...]. Il y a très peu de structures qui ouvrent pour la prévention et la promotion de la santé. Donc, il y a peu de gens [...]. Au début existait une formation en soins infirmiers pour le curatif, mais aussi pour le préventif [...]. Je ne sais pas si par les pouvoirs médicaux, mais une section a été faite et en effet la formation s'est transformée en soins dans l'assistance sociale et infirmière curative [...] (FRP11¹⁸, restitution session 1, France, 08 juillet 2015).

Les analyses des formateurs ont mis en évidence les relations entre les institutions (la santé, la politique, l'hôpital, la profession infirmière et la formation en soins infirmiers) de façon statique, comme si les agents du processus de formation des infirmiers étaient complètement passifs et impuissants. Les logiques instituées par l'institution produisent des formes de mystification, d'aliénation et d'immobilisme car elles répriment et cachent les mouvements instituants, de résistance et d'inventivité en

¹⁸ FRP11 formatrice avec une formation initiale en soins infirmiers, baccalauréat en philosophie, cadre de santé et master 1 domaine Sciences, Technologie, Santé, Mention Biologie Santé, Spécialité Management Gestion Santé.

cours dans les processus d'institutionnalisation. Nous considérons que ce contexte socio-historique conforme les pratiques professionnelles en soins infirmiers et la formation elle-même.

Mettre en analyse ces contradictions nous permet de revoir notre rôle comme agents de transformation des savoirs et des pratiques de l'éducation et du soin à partir d'une compréhension plus élargie qui considère le pouvoir et l'autonomie des personnes, des groupes et des communautés.

1.7 Considérations finales

En guise de conclusion nous pouvons dire qu'il existe une place déterminée dans la formation des infirmiers pour la promotion et la prévention au Brésil et en France, mais nous avons constaté qu'il y a un décalage entre la formation prescrite et la formation réalisée, qui se distingue entre les deux réalités.

En somme, nous avons vérifié dans la dimension technique, que les espaces où sont développées les pratiques de promotion et de prévention dans le cours de sciences infirmières au Brésil sont diversifiés, notamment dans le réseau des soins primaires. Dans ces espaces, sont développées les activités d'enseignement, de recherche et d'extension par les professeurs chercheurs (doctorats et post-doctorats). Dans les IFSI, en France, nous avons montré que les pratiques éducatives et préventives sont développées majoritairement dans l'espace hospitalier.

Dans la dimension esthétique, nous avons constaté que les activités sont développées par les professeurs au Brésil en s'appuyant sur une logique disciplinaire et sans dispositifs d'intégration, produisant une certaine invisibilité des pratiques de promotion et de prévention de la part des professeurs. Déjà en France, la proposition curriculaire se sustente dans une logique de compétences et selon le principe pédagogique de l'alternance devenant plus intégrée pendant les processus de formation. En revanche, les actions éducatives et préventives sont encore soumises au pouvoir du médecin.

Dans la dimension politique et éthique, nous avons vérifié qu'il existe des mouvements instituants qui opposent des logiques instituées dans la formation en sciences infirmières au Brésil et de manière plus discrète en France. Au Brésil, nous avons constaté des initiatives importantes de la part de quelques professeurs. Certains d'entre eux ont rompu avec la logique biologiciste et avec l'hospitalocentrisme et ont créé des dispositifs de transformation à partir des besoins des communautés et des principes du SUS. Cependant, nous avons observé une certaine fragilité en ce qui concerne

l'intégration des pratiques des professeurs du cours de sciences infirmières. En France nous avons constaté quelques initiatives pour l'élargir le regard des étudiants à partir des besoins de groupes spécifiques, mais toujours en s'appuyant sur les référentiels de la prévention.

Mettre en analyse ces contradictions nous permet de conclure que malgré le fait d'être nommés avec le même mot « infirmier », les pratiques professionnelles et les formations sont très différentes en France et au Brésil, ceci peut être compris dans le devenir historique et social des deux pays. La place donnée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies dans la formation des infirmiers en France et au Brésil est donc l'analyseur des différences entre les professions infirmières au Brésil et en France.

Interroger la place de ces contenus dans chacun des deux contextes nationaux, permet aussi d'éclairer les rapports de force entre les types savoirs mobilisés dans la formation des infirmiers d'une part et les représentations de ce qui constitue l'identité professionnelle des infirmiers d'autre part.

1.8 Références bibliographiques

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

BAPTISTA, Suely de Souza; BARREIRA, Ieda de Alencar. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Rev. bras. enferm., Brasília**, v. 59, n. spe, p. 411-416, 2006.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora FGB/IFG, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, cap. 2, p. 43-57.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCE. **Arrête du 31 Juillet 2009** relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponibles dans

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>>.

Consulté le : 20 jan. 2015.

GAGNAYRE, Rémi; D'IVERNOIS, Jean-François. L'éducation thérapeutique: passerelle vers la promotion de la santé. **Adsp**, n. 43, juin. 2003.

HESS, Rémi; SAVOYE, Antoine. **L'analyse institutionnelle**, Que sais-je? Paris: PUF, 1993.

L'ABBATE, Solange. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

L'ABBATE, Solange. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 31-88.

L'ABBATE, Solange. Intervenção e pesquisa qualitativa em Análise Institucional. In: BARROS, Nelson Filice; CECATTI, José Guilherme; TURATO, Egberto Ribeiro. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde - múltiplos olhares**. São Paulo: Ed. Unicamp, 2005, p. 235-246.

LOURAU, René. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MESSMER-AL, Abed Naamat. Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis? Cas de l'infirmière dans une haute école de sante (HES). Suisse. **Recherche en soins Infirmiers**, n. 106, p. 120-129, 2011.

MONCEAU, Gilles (Org.) **L'analyse institutionnelle des pratiques**: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France. Paris: L'Harmattan, 2012.

MONCEAU, Gilles. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

MONCEAU, Gilles. L'intervention socianalytique. **Pratiques de Formation-analyses**, n. 32, p. 25-38, 1996.

MONCEAU, Gilles. Práticas Socioanalíticas e Socioclínicas na Análise Institucional. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 91-113.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **No rastro dos cavalos do diabo**: memória e história para uma reinvenção de percursos do paradigma do grupalismo-institucionalismo no Brasil. 2002. 520 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.

SANTANA, Fabiana Ribeiro et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1653-1664, 2010.

SANTANA, Fabiana Ribeiro. **Integralidade do Cuidado**: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2007.

2 PROBLEMÁTICA

Historicamente, a formação profissional do enfermeiro passou por diversas transformações, permeadas pelas mudanças sociais, históricas, culturais, políticas e econômicas e, direcionada por referenciais jurídicos legais da educação e/ou da saúde. Desse modo, a formação do enfermeiro relaciona-se com os modos de saber e fazer do campo da educação e da saúde, implicados com interesses destes dois territórios de práticas sociais e entrelaçados com um contexto mais amplo (instâncias econômicas, políticas e ideológicas).

Assim, buscamos¹⁹ nesta tese de doutorado em cotutela²⁰ entre o Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e a Escola Doutoral Direito e Ciências Humanas (*École Doctorale Droit et Sciences Humaines*) da *Université de Cergy-Pontoise* (ED DSH-UCP) analisar a instituição formação em enfermagem a partir do lugar²¹ que ocupa a promoção da saúde e a prevenção de doenças no Brasil e na França. Como processo dialético de luta permanente de contrários (instituído *versus* instituinte) não podemos perder de vista as contradições e tensões que se produzem no contexto histórico-social e no interjogo das práticas da educação e da saúde pública desses dois países.

Tal proposta não se trata de uma comparação, pois seria inconcebível comparar contextos, profissionais e formações tão diversas. Para tanto, desenvolvemos um dispositivo de pesquisa a partir da abordagem socioclínica (MONCEAU, 2012) do referencial teórico da análise institucional (LOURAU, 1995) que pudesse “fazer dialogar” as diferenças, as similaridades, as contradições, as tensões da formação do enfermeiro em um Curso Superior de Enfermagem no Brasil e em um Instituto de Formação em Cuidados de Enfermagem (*Institut de Formation en Soins Infirmier* - IFSI) na França.

Este diálogo crítico entre as duas realidades busca desnaturalizar saberes e fazeres cristalizados, provocando certa ruptura no funcionamento instituído (MONCEAU, 2008a). Na análise institucional, esse desarranjo ou perturbação da ordem estabelecida não é somente assumida, mas sim metodologicamente produzida (MONCEAU, 2004).

¹⁹ A escolha do tempo verbal tem relação com nossa compreensão da pesquisa enquanto produção coletiva que se faz no encontro de um autor com muitos outros e com os participantes do estudo.

²⁰ Bolsista da CAPES, no período de janeiro a julho de 2015, pelo Programa Institucional de Bolsas de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) - Processo nº 99999.007028/2014-08.

²¹ Etimologicamente, o termo lugar tem um sentido concreto e designa uma rua larga, um lugar público. Ele toma um sentido figurado no século XV: a palavra designa uma situação, uma posição em relação a uma outra, um degrau (REY, 1993).

A abordagem socioclínica tem uma relação como uma perspectiva sócio histórica, pois, se fazemos intervenções em situações “aqui e agora”, temos necessidade de fazer uma análise da institucionalização desse “aqui e agora”. Nesta perspectiva, não podemos produzir um trabalho de análise local se não a situamos na transformação institucional à qual pertence essa situação local (MONCEAU, 2008a). Assim, iremos situar os dados produzidos na pesquisa intervenção no processo de institucionalização da Enfermagem e da formação do enfermeiro em sua dinamicidade, provisoriedade e historicidade. No interjogo do “aqui e agora” e de suas transformações institucionais podemos compreender a lógica da instituição Enfermagem e os seus entrelaçamentos com outras instituições como a religião, a Medicina, a política, o hospital, entre outros.

Situar a Enfermagem como uma instituição permite considerá-la de forma dialética, de acordo com o conceito de instituição desenvolvido por Lourau (1995). Esse autor considerava toda instituição, desde o salário até o casamento, como sendo o resultado da articulação entre três momentos: o primeiro momento da universalidade ou o instituído, em que a instituição é reconhecida e nomeada; o segundo momento da particularidade ou o instituinte, pelo qual não cessa de negar o momento anterior; e o terceiro momento da singularidade ou institucionalização, que é o resultado da relação dialética entre os dois momentos anteriores, mediante a qual a instituição é tensionada e atualiza-se na ação dos sujeitos que a constituem.

A instituição não deve ser compreendida como um conceito descritivo; não designa coisas passíveis de serem vistas, sólidas, concretas. Trata-se de um conceito produzido por (e para) análises coletivas (LOURAU, 1993).

Diante disso, o questionamento central desta pesquisa consiste em saber: como, quando, porque e com quais objetivos os professores do Brasil e os formadores²² na França utilizam a promoção da saúde e a prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro? Quais lugares esses conteúdos ocupam nos currículos dessa formação? Como seus conteúdos estão situados nos dois referenciais jurídico-legais da formação do enfermeiro? Como a análise da situação brasileira interroga a situação francesa e inversamente?

²² Na França, os profissionais que se ocupam da formação em enfermagem são conhecidos como formadores, pois são responsáveis pela formação profissional (ou coração da ocupação - *cœur de métier*). Os formadores vinculam-se aos Institutos de Formação de Cuidados de Enfermagem e não à Universidade, onde estão os professores. Essas terminologias estão carregadas de significados e sentidos relacionados à divisão social, técnica e intelectual do trabalho no campo da educação na França.

Estas questões interrogam as dimensões técnica, estética, política e ética do trabalho do professor e do formador e demonstra o esforço de pesquisadores em teorizar a nossa prática no campo de conhecimento da Enfermagem em Saúde Coletiva. Reconhecemos como complexo e desafiador esse processo analítico institucional na medida em que não identificamos na literatura científica nacional e internacional estudos que confrontassem a formação do enfermeiro no Brasil e na França a partir do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças com o referencial da análise institucional.

Diante desse desafio buscamos produzir novos conhecimentos a partir da análise e da intervenção nas duas realidades.

Na primeira parte dessa tese de doutorado apresentamos alguns aspectos sobre as instituições enfermagem e formação em enfermagem e, também, o sistema de saúde e as bases da promoção da saúde e da prevenção de doenças em âmbito nacional e internacional. Consideramos que essas duas questões chave irão guiar a compreensão dos leitores acerca do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na instituição formação em enfermagem.

Na segunda parte elucidamos o referencial teórico e metodológico da pesquisa, apresentando alguns aspectos sobre a socioanálise e a socioclínica institucional no Brasil e na França e, ainda, o contexto e a construção do dispositivo socioclínico desenvolvido nessa pesquisa-intervenção.

Na terceira parte apresentamos os dados²³ produzidos com os professores no Brasil e os formadores na França acerca do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação do enfermeiro.

Mesmo como produto inacabado e provisório acreditamos que esta tese de doutorado tem potencial para trazer contribuições significativas para o campo da Enfermagem e para o campo da Educação, particularmente no que se refere a formação dos trabalhadores de saúde.

²³ Respaldados pelo referencial teórico-metodológico da análise institucional entendemos que a pesquisa é engendrada e produzida com os participantes da pesquisa. Nessa perspectiva não utilizamos o termo coleta de dados, mas sim, produção de dados.

3 AS INSTITUIÇÕES EM ANÁLISE

3.1 Enfermagem e formação em enfermagem

Colocando em análise o lugar dos saberes e das práticas em promoção da saúde e prevenção de doenças abordados pelos professores no Brasil e os formadores na França fazemos necessariamente uma análise das instituições Enfermagem e formação em enfermagem. Para compreendê-las devemos situá-las dialeticamente em seu processo de institucionalização, isto é, os momentos em que a Enfermagem e a formação em enfermagem foram tensionadas por forças instituintes e atualizaram-se pela (e na) ação dos seus agentes sociais.

Para tanto, aproximamos-nos de alguns institucionalistas franceses (LOURAU, 1993; 1995; 2004 e MONCEAU, 1996; 2005; 2008a; 2008b; 2012; 2013), argentino radicado no Brasil há mais de trinta anos (BAREMBLITT, 2012) e brasileiras (L'ABBATE, 2004; 2005; 2012; 2013 e RODRIGUES, 2002; 2003) para promovermos a análise de implicação.

Apoiados nestes autores e particularmente nas reflexões de Monceau (2008a) entendemos por implicação a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição. Podemos dizer que os indivíduos falam pelas instituições, querendo eles ou não. Nesta perspectiva, não temos (professores ou formadores enfermeiros) a possibilidade de decidir que não estamos implicados na instituição Enfermagem e formação em enfermagem, mesmo que façamos a crítica ou que busquemos tomar alguma distância. Temos sempre presente no trabalho de análise dois tipos de implicação: a implicação primária e a implicação secundária. A primeira diz respeito às nossas implicações dentro da própria situação da intervenção socioclínica e a segunda são nossas implicações no campo de análise²⁴ da pesquisa.

Por meio da análise de implicação podemos compreender como essas instituições formam (e deformam) os seus agentes sociais no que se refere a promoção da saúde e a prevenção de doenças e, ainda, como materializam-se nas organizações²⁵ de ensino esses saberes e práticas. Esse exercício analítico é complexo e provoca interferências, não-saberes e perturbações no fazer cotidiano, pois “faz ver” e “faz falar” suas contradições e não-ditos. Na análise institucional esses mal-estares e não-ditos devem ser colocados em

²⁴ O campo de análise da pesquisa são as instituições e o campo de intervenção é o estabelecimento, base material da instituição (RODRIGUES, 2002).

²⁵ “Organizações são as formas materiais nas quais as instituições se realizam ou ‘encarnam’. De acordo com sua dimensão, vão desde um grau complexo organizacional, como um ministério, até um pequeno estabelecimento escolar” (BAREMBLITT, 2012, p. 185).

análise coletiva. Aliás, segundo Rodrigues (2002) o projeto ideal da análise institucional é o de eliminar o não-analisável, ou ao menos, de combatê-lo.

Segundo Baremlitt (2012) o termo não-dito para o institucionalismo refere-se a todas aquelas informações que estão omitidas ou distorcidas nos discursos, textos, atitudes, comportamentos ou qualquer outra forma de expressão ou manifestação. Esta omissão ou distorção pode ser voluntária ou involuntária, consciente ou não, assumida ou não, mas é considerada invariavelmente fonte de mal-entendidos e conflitos que afetam a convivência ou, então, causas ou efeitos de um desconhecimento cuja superação se supõe enriquecedora. Este “omitido” ou “distorcido” concerne principalmente ao instituinte, que foi “esquecido” e reprimido pelo instituído durante o processo de institucionalização. O não-dito se expressa de maneiras diretas ou disfarçadas nos analisadores.

Neste sentido, buscamos nesta pesquisa colocar em análise o não-dito e o ocultado durante o processo de institucionalização da Enfermagem e da formação em enfermagem no Brasil e na França, em uma tentativa de contra-efetuação do efeito Weber²⁶ e do efeito Lukács²⁷ como propõe a análise institucional.

Durante esse processo reflexivo também nos aproximamos de Foucault (1979) para clarificar a história da saúde e, assim, compreender a gênese²⁸ social e teórica da Enfermagem.

Na sua análise histórica da política de saúde europeia no século XVIII compreendemos como são profundas as raízes que vinculam a Enfermagem e a Medicina à instituição religião e como o cuidado serviu a seus interesses, quase sempre de segregação dos pobres adoecidos. Diferente de outros trabalhos que abordam a história da Saúde e da Enfermagem, o texto de Foucault (1979) nos convida a pensar e a analisar

²⁶ O efeito Weber foi extraído por René Lourau de Marx Weber significa que quanto mais o direito e a tecnologia progridem, mais se torna incompreensível a sociedade para os indivíduos, os grupos, as classes sociais. O desenvolvimento da modernidade e da racionalização da vida social passa pela institucionalização do desconhecimento do processo de trabalho e do conjunto das relações sociais (HESS; SAVOYE, 1993, p. 75-76).

²⁷ O efeito Lukács extraído por René Lourau de George Lukács significa que o conhecimento dos processos sociais escapa da ciência. Não por insuficiência ou porque a ciência é por essência má, mas sim porque a gênese social torna-se mais opaca a medida que se aperfeiçoam os seus instrumentos. A ciência vai em direção de uma especialização contínua. Desse modo, ela perde de vista a totalidade que ela faz parte (HESS; SAVOYE, 1993, p. 75).

²⁸ Gênese se refere a uma conjugação "de fatores de natureza política, social e institucional que presidem à emergência da nova práxis cognitiva" (SAVOYE, 2003, p. 2). Para Savoye (2007) os conceitos conexos de gênese social e gênese teórica constituem-se por instrumentos forjados para analisar instituições do campo do conhecimento e do saber e, por conseguinte, orientam qualquer análise institucional para trabalhos históricos.

criticamente os porquês e para quês. Isso nos ajuda a ressignificar crenças cristalizadas no fazer do enfermeiro em sua formação inicial e continuada.

Foucault (1979) expõe as lógicas da “assistência” prestada no campo da saúde na França e na Europa, desvelando assim o *modus operandi* da medicina (e dos trabalhadores dos hospitais) e os atravessamentos²⁹ com a instituição religião.

Esquemáticamente, pode-se dizer que até o fim do século XVII os encargos coletivos da doença eram realizados pela assistência aos pobres [...]. Economicamente, esta medicina-serviço estava essencialmente assegurada por fundações de caridade. Institucionalmente, ela era exercida dentro dos limites de organizações (leigas ou religiosas) que se propunham fins múltiplos: distribuição de víveres, vestuário, recolhimento de crianças abandonadas, educação elementar e proselitismo moral, abertura de ateliês e de oficinas, eventualmente vigilância e sanções de elementos “instáveis” ou “perturbadores” [...]. Do ponto de vista técnico, a parte desempenhada pela terapêutica no funcionamento dos hospitais na época clássica era limitada, relativamente à ajuda material e ao enquadramento administrativo [...]. *A série doença-serviços médicos-terapêutica ocupa um lugar limitado e raramente autônomo na política e na economia complexa dos “socorros”* (FOUCAULT, 1979, p. 195-196, grifo nosso).

Assim como a medicina servia aos interesses da religião (que nesse momento histórico ocupava um lugar privilegiado nos processos decisórios do Estado), a Enfermagem (pré-profissional) também se ocupava do “serviço” de “socorro” aos “pobres doentes”. Essa evidência pode ser constatada em produções sobre a história da Enfermagem no Brasil (ALMEIDA; ROCHA, 1986; MIRANDA, 1994; GEOVANINI et al., 1995) e na França (POISSON, 1998; HENRY, 2012).

A Enfermagem (pré-profissional) estava submetida a autoridade da Instituição religião e as práticas de Enfermagem serviam a seus interesses. Ou seja, por meio de seus atos expressava a instituição igreja. Para Lourau a instituição fala pelo ventre, falando pela boca de seus agentes sociais (MONCEAU, 2008a), o que invoca como metáfora a arte da ventriloquia e a imagem do ventríloquo e seu boneco. Por isso, vemos nas produções supracitadas expressões como “caridade”, “expição dos pecados”, “abnegação”, “auto sacrifício” e “salvação da alma”. Essas expressões eram consideradas

²⁹ Atravessamento constitui-se pela “rede social do instituído-organizado-estabelecido, cuja função prevalente é a reprodução do sistema, atua em conjunto. Cada uma dessas entidades opera na outra, para a outra, desde a outra. Este entrelaçamento, interpenetração e articulação de orientação conservadora serve à exploração, dominação e mistificação, apresentando-as como necessárias e benéficas” (BAREMBLITT, 2012, p. 152).

“valores” da Enfermagem, mas antes disso era “valores” pregados pela Igreja Católica. Nesse contexto, o corpo da mulher (diaconisa, religiosa ou leiga consagrada à igreja) era usado como instrumento de cuidado a partir de um modelo religioso. Podemos dizer que até o século XVII a instituição Enfermagem era reconhecida e nomeada como sacerdócio, sendo uma prática de fé e de devoção da mulher (majoritariamente) e não um trabalho (profissão). Essa lógica instituída por muitos séculos marcou profundamente a construção dos saberes e dos fazeres do enfermeiro.

Contudo, essas estruturas foram abaladas por meio da reforma protestante na Alemanha, a reforma calvinista na Suíça, França, Inglaterra e Holanda e pelas transformações político-econômicas do período moderno. Nesse contexto, a instituição Enfermagem reconhecida como sacerdócio foi bruscamente tensionada e a “enfermeira religiosa” foi substituída pela “enfermeira leiga”. A partir disso, o corpo da mulher (pobre) é tomado de empréstimo e usado como mão de obra barata nos hospitais. Nesse processo sócio histórico são construídas as imagens antagônicas que associam a enfermeira como “anjo de branco” ou como “puta”.

[...] até meados do século XV a enfermagem era função quase que exclusiva da Igreja, sendo chamada ‘o espírito cristão’ o seu eixo orientador. Desde a época vitoriana, as práticas de saúde eram predominantemente realizadas pelas mulheres religiosas e leigas. A rigidez disciplinar, o auto-controle, a assexualidade (a metaforização do “anjo branco”), a firmeza entre outras, eram características morais que demarcaram o comportamento das irmãs de caridade e/ou religiosas. As leigas, deixadas a lascividade, eram mulheres bêbadas, miseráveis, rudes, prostitutas, desonestas, sem formação, portanto nelas ausente qualquer componente da moralidade. *Instala-se como representação, a metáfora a santa (mulher, mãe, religiosa, solteira, etc.) de boa origem sócio-econômica e na negativa a puta (lasciva, pobre, imoral)* (MIRANDA, 1994, p. 20, grifo nosso).

Nesse contexto histórico, os hospitais não eram considerados espaços de cura e de cuidado como revela Foucault (1979) em sua análise sobre o nascimento do hospital. A medicalização do espaço hospitalar foi produzida para que pudessem ser anulados os seus efeitos negativos de propagação de doenças e de desordem do espaço urbano. Esse processo de reorganização do hospital não foi produzido a partir de uma técnica médica, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina. Esta tecnologia foi utilizada pelo médico para disciplinar os corpos (dos indivíduos e das populações), os espaços e os sistemas de registros (mortalidade e morbidade), visando a preservação, a manutenção e a conservação da força de trabalho.

Apesar do médico ser o responsável pela organização do poder disciplinar no hospital, ele delega o exercício das funções de controle do pessoal de Enfermagem ao enfermeiro. O mesmo é usado para a manutenção da ordem e da disciplina, indispensáveis à preservação do monopólio do poder do hospital (GEOVANINI et. al., 1995) e do médico. Funda-se assim as relações de dominação-subordinação entre as práticas médicas e de Enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Nesse momento, a instituição Enfermagem é novamente tensionada. A disciplinarização do pessoal de Enfermagem não considerava apenas os aspectos técnicos, mas também os aspectos ditos morais. Aquelas mulheres bêbadas, miseráveis, rudes, prostitutas, desonestas, sem formação deveriam ser excluídas ou disciplinadas. Nesse contexto, Florence Nightingale inicia, em 1860, na Inglaterra, o seu projeto de profissionalização da Enfermagem em um espaço hospitalar disciplinarizado, hierarquizado e sob a subordinação do poder médico.

Na França houveram tentativas de se fazer a formação nos modelos nightingaleanos com damas da sociedade, no extrato abaixo de Rothier-Bautzer (2012) vemos que Anna Hamilton foi uma das idealizadoras desse modelo, mas a luta pela formação das enfermeiras tomou um caminho de alfabetizar as mulheres que já trabalhavam nos hospitais e de retirar o cuidado dos enfermos das mãos das religiosas, luta essa pela laicização da profissão e ao mesmo tempo, espaço de luta para o trabalho feminino.

Na França, Anna Hamilton tentou trazer o modelo de escola-hospital para formar as enfermeiras educandas oriundas do meio privilegiado sob o modelo de Florence Nightingale. Sua iniciativa teve, no entanto, sobre o campo dos cuidados hospitalares franceses, modestas repercussões, ainda que ela tenha sido de início apoiada localmente e depois a partir dos Estados Unidos. É que a profissionalização da enfermagem vai tornar-se rapidamente, no final do século 19, um desafio político para os socialistas franceses, representados sobretudo pela figura do Doutor Desiré Bourneville. Ele volta de uma visita à Londres, no final do século 19, na escola de Florence Nightingale, retendo que era preciso na França também formar as enfermeiras. Mas, sobretudo, profissionalizar as enfermeiras se tornou um assunto/caso de luta contra as congregações religiosas que se trata de afastá-las dos hospitais. As modalidades retidas, no entanto, todas outras que aquelas pregadas pela “dama da lâmpada”: o pessoal solicitado, proveniente de meios modestos, presentes nos hospitais, deveriam ser alfabetizados e depois progressivamente, no início do século 20, formados (o primeiro diploma de estado de enfermeiro data de 1922). No início, as obras utilizadas para a formação foram redigidas por Bourneville. As religiosas excluídas do cuidado, foram, no entanto, solicitadas a participar do enquadramento e formação das novas candidatas (recrutas). Das personalidades do meio católico liberal (notadamente Leonie Chaptal)

aliadas aos médicos socialistas contra as congregações, sustentaram esse modelo de enfermagem, de base pouco educada, contra o modelo inglês (ROTHIER-BAUTZER, 2012, p. 85-86, tradução nossa).

Vemos assim o atravessamento da instituição hospital no processo de institucionalização da profissão e da formação do enfermeiro, assim como dos aspectos sociais e políticos que demarcam a transição econômica para o modo de produção capitalista.

Almeida e Rocha (1986) analisando o saber e a prática da Enfermagem consideram que Nightingale legitimou a hierarquia e a disciplina no trabalho de Enfermagem, trazidas da sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na Enfermagem as relações de classe social. Nessa lógica, se institucionalizou a divisão social e técnica do trabalho na Enfermagem, se materializando em seus estabelecimentos de ensino e de saúde essa divisão em que as *nurses* (mulheres pobres) ocupavam-se do trabalho dito manual (alimentação, higiene do paciente e do ambiente, entre outros) e as *lady-nurses* (mulheres ricas) eram responsáveis pelo trabalho dito intelectual (supervisão, ensino e difusão do modelo nightingaleano).

A partir das reflexões de Deleuze sobre a nova concepção de poder enunciada por Michel Foucault na publicação teórica “Vigiar e Punir” também podemos considerar que a manutenção do poder pela enfermeira (*lady-nurses*) não se reduzia a dimensão de divisão de classes sociais, mas sim “a disposições, a manobras, táticas, técnicas, funcionamentos” que se exercem mais do que se possui, não sendo privilégio adquirido ou conservado da classe dominante, mas sim o efeito de conjunto de suas posições estratégicas (FOUCAULT, 1982 apud DELEUZE, 2006, p. 35). Ou seja, as *lady-nurses* mantinham o poder sob as *nurses* a partir dos rígidos dispositivos da hierarquia e da disciplina.

As relações de poder materializadas no espaço do hospital também demarcavam uma divisão sexual do trabalho na qual os médicos (homens) se ocupavam de tratar a doença e as enfermeiras (mulheres) prestavam o cuidado a partir das prescrições e orientações médicas. Tratar a doença implicava em conhecer o corpo humano e suas funções, a patologia e a terapêutica, o que assegurava um grande poder e *status* ao médico. Cuidar do doente naquele contexto histórico implicava em executar as técnicas de enfermagem (higiene do paciente, curativos, entre outros) a partir da ordem médica e prover um ambiente adequado em torno do paciente (ventilação, aeração, limpeza do ambiente, entre outros). Desse modo, vemos uma construção sócio-histórica de papéis

feminino (cuidar, alimentar, prover a higiene, dar suporte, entre outras) e masculino (tratar, curar, operar, prescrever condutas e medicamentos, entre outros).

O poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Esta conjunção define os conteúdos das primeiras – masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional – frente às segundas – associadas às ‘qualidades’ femininas, empíricas, etc. Desse modo, se constituem os espaços que são caracteristicamente aqueles dos *experts*, do trabalho valorizado, científico, profissional, e os de suporte. Desta forma, no espaço social e, especialmente, no campo da saúde, esses agentes ocupam territórios diferentes (LOPES; LEAL, 2005).

Podemos afirmar que as divisões técnicas e sociais do trabalho, assim como a divisão sexual se presentificaram e constituíram a instituição enfermagem, tanto no Brasil como na França. Nesses dois países, apesar de origens sócio históricas diferentes constatamos influência do modelo nightingaleano, ainda que houvesse resistências na enfermagem francesa a esse modelo. No Brasil, ainda hoje temos uma clara divisão de classes demarcada pelas categorias do enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Na França, também encontramos essa divisão caracterizada pela prática e formação do enfermeiro (*Infirmière*) e do auxiliar de enfermagem (*Aide-Soignante*). Também temos em comum uma identidade profissional fortemente vinculada ao hospital e materializada em atos: “ato privativo do enfermeiro” no Brasil e *rôle propre* (papel próprio) e *rôle prescrit* (papel prescrito pelo médico) do enfermeiro na França.

No Brasil, o “ato privativo do enfermeiro” instituída pela lei do exercício da Enfermagem (Lei 7.498/1986) se constitui pelas seguintes atribuições: direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; e cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Na França, o *rôle propre* disposto no artigo R. 4311-5 do Decreto nº 2004-802 de 29 de julho de 2004 relativo as partes IV e V do Código de Saúde Pública (*Décret n°*

2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique) dispõe que o enfermeiro é responsável por realizar atos ou dispensar os cuidados (apresentados a seguir) visando identificar os riscos e assegurar o conforto e a segurança da pessoa e do seu ambiente, incluindo a sua orientação e das pessoas que o cercam (FRANCE, 2004).

A legislação francesa descreve minuciosamente os atos (em 42 artigos) que se caracterizam como *rôle propre* do enfermeiro. Citaremos alguns desses atos a seguir:

- 1º Cuidados e procedimentos visando assegurar a higiene da pessoa e do seu ambiente (*Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement*);
- 3º Detecção e avaliação de riscos de maus-tratos (*Dépistage et évaluation des risques de maltraitance*);
- 6º Supervisão dos efeitos e da educação do paciente (*Surveillance de leurs effets et éducation du patient*); entre outros.
- 19º Recolhimento de observações de toda natureza suscetíveis de contribuir com o conhecimento do estado de saúde da pessoa e apreciação dos principais parâmetros relacionado à sua supervisão: temperatura, pulsações, pressão arterial, ritmo respiratório, volume da diurese, peso, mensuração, reflexões pupilares, reflexos de defesa cutânea, observações de manifestações do estado de consciência, avaliação da dor (*Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur*).
- 40º Entrevista de acolhimento privilegiando a escuta da pessoa com orientação, se necessário (*Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire*);
- 41º Ajuda e apoio psicológico (*Aide et soutien psychologique*) (FRANCE, 2004).

Como vemos existe uma diferença considerável entre os dois referenciais jurídico-legais da profissão de enfermagem no que se refere as atribuições específicas do enfermeiro. De uma parte (Brasil) observamos que o enfermeiro legalmente se ocupa mais estreitamente de funções de gestão, de supervisão do trabalho do técnico e do auxiliar de enfermagem, de consulta de enfermagem, entre outros e de outra parte (França) vemos

uma maior ênfase em cuidados técnico-assistenciais (exercidos no Brasil majoritariamente pelos técnicos e auxiliares de enfermagem), com excessão de alguns artigos (3º, 6º, 40º e 41º).

Nesse sentido, poderíamos pensar que as enfermeiras na França se mantiveram junto aos pacientes hospitalizados prestando cuidados diretos enquanto as brasileiras ocuparam o papel de articulação de uma equipe de enfermagem para assegurar os cuidados ao doente e, ao mesmo tempo, ocuparam espaços de gestão de serviços de saúde e ações diretas de prevenção de doenças e de promoção da saúde, bem como de coordenação da equipe de enfermagem para a realização dessas atividades.

Desse modo, consideramos que a Enfermagem e a formação profissional do enfermeiro no Brasil e na França são marcadas por profundas diferenças produzidas pelos seus sistemas de saúde, pelo contexto e pelo processo de universitarização com o advento da pesquisa e da pós-graduação. O processo de universitarização³⁰ foi desenvolvido em tempos e espaços diferentes nos dois países, demarcando certa distância entre as duas realidades. Apesar de se reconhecerem como sendo da área de Enfermagem, não carregam a mesma identidade profissional, papel ou status no campo da Educação e da Saúde. Portanto, tomamos como pressuposto que a Enfermagem no Brasil e na França não se trata da mesma profissão. Também consideramos que os processos de institucionalização da formação do enfermeiro comportam-se de modos e em lógicas diferentes nos dois países e isso pode ser “revelado” a partir da análise do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação.

No Brasil, a inserção da Enfermagem na universidade iniciou-se no final da década de 1930. Tal movimento foi favorecido pela política federal de ensino superior e veio a se completar com a implantação da Reforma Universitária disposta pela Lei 5.540 de 1968 (BAPTISTA; BARREIRA, 2006). Esse processo conformou não apenas a transição de Escolas de Ensino de Enfermagem não superior para o sistema de ensino superior, como também redefiniu a profissionalização do professor (enfermeiro), sustentada pela cientificização da profissão.

Nesse processo entrelaçam-se as instituições formação em enfermagem, Universidade, pesquisa e pós-graduação. Esses entrelaçamentos produzem novas tensões e desafios para os agentes do processo de formação do enfermeiro.

³⁰ Universitarização se constitui de uma parte pela passagem das escolas de enfermagem de nível não superior para o sistema de ensino superior e de outra parte por um processo de profissionalização a partir de saberes reconhecidos como universitários (científicos).

Baptista e Barreira (2006) consideram a produção do conhecimento o maior desafio que as escolas de enfermagem tiveram que enfrentar desde o início da enfermagem moderna no Brasil. Somente na virada do século XX para o século XXI, é que a enfermagem logrou firmar sua reputação de produtora de conhecimento na comunidade científica nacional e internacional, o que passou necessariamente pela iniciação científica do estudante de graduação e o engajamento precoce do enfermeiro nos cursos de mestrado e de doutorado.

Por outro lado, a cientificização da enfermagem brasileira tem escamoteado os interesses de mercado e a supremacia de critérios produtivistas para a produção do conhecimento. Isso implica em dizer que a cientificação da profissão também nasceu de uma crescente tecnologização e medicalização do setor saúde, com interesses da “indústria da saúde” (como por exemplo, na produção de insumos e produtos para uso nos serviços de saúde públicos e privados). Ou seja, quanto mais o setor saúde se especializa e faz uso de altas tecnologias, mais necessita de profissionais especializados e aptos para utilizarem ferramentas e métodos científicos. Contudo, esse processo de universitarização não necessariamente é acompanhado de uma politização da profissão e de seus agentes. Nesse sentido, acreditamos que essa lógica pode produzir um apagamento do papel social e político da enfermagem brasileira. No campo da pesquisa em enfermagem vemos por um lado uma crescente produção de trabalhos científicos (artigos, dissertações, teses), e por outro lado, um empobrecimento na qualidade teórica dos trabalhos quando aliados a critérios produtivistas (como por exemplo, na parcelização dos dados da pesquisa para a multiplicação de artigos).

Para Boaventura de Sousa Santos (2009) a excessiva parcelização e disciplinarização do saber científico faz do cientista um ignorante especializado, desse modo, a ciência moderna produz conhecimento e desconhecimentos. Ainda segundo o autor a hiperespecialização do saber médico transformou o doente em uma quadrícula sem sentido, quando na verdade nunca estamos doentes senão em geral.

No caso da França, o processo de universitarização da formação profissional do enfermeiro é mais recente (2009), estando ainda em plena fase de institucionalização. Esse processo provoca grandes tensionamentos às instituições Enfermagem e formação em enfermagem e aos seus agentes sociais (formadores, gestores, enfermeiros e estudantes), na medida em que devem necessariamente se atualizar a partir de um novo

referencial de formação, novos espaços com a inserção da Universidade e novos tempos com o dispositivo da alternância³¹.

A formação universitária foi conduzida a partir de setembro de 2009 a partir de uma circular interministerial³² publicada em julho de 2009, convocando 400 IFSI a fazer, localmente, um convênio com a Universidade e a região. Um ano mais tarde, um decreto³³ dispôs que os estudantes teriam uma dupla habilitação com uma grade de *licence* e o *Diplôme d'État d'Infirmier* (DEI). Esses estudantes foram inseridos em um curso renovado, organizado sobre uma lógica de competências e com ampla intervenção de disciplinas universitárias (OLLIVIER; BICHIER; FONTAINE, 2012).

Colocar em análise esse “aqui e agora” mais imediato da vida institucional, assim como a gênese social e teórica da Enfermagem nos ajuda a compreender o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação do enfermeiro e as contradições e os confrontos entre uma lógica curativa, tecnicista e hospitalocêntrica e uma lógica ampliada de saúde que considera o ser humano e suas necessidades de saúde inseridas em um contexto sócio histórico, cultural, político, econômico, ambiental, entre outros. Conforme Cecílio (2001) as necessidades de saúde dizem respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia em seu modo de levar a vida. A ressignificação dessa necessidade é que a informação e a educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. Ainda segundo o autor a autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos agentes, dos sentidos de suas vidas e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, inclusive o que se refere a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível.

³¹ O dispositivo da alternância visa uma articulação entre a teoria (ensinada nos IFSI e mais recentemente na Universidade) e a prática profissional (colocada em ação nos campos de estágio).

³² Circular interministerial de 9 de julho de 2009 relativa ao convênio dos IFSI com a Universidade e a Região, no quadro do processo de *licence master doctorat* (LMD) (OLLIVIER; BICHIER; FONTAINE, 2012).

³³ Decreto de 23 de setembro de 2010 relativo à emissão da *grade de licence* aos titulares de certos títulos ou diplomas previstos do livro III da quarta parte do código de santé pública (OLLIVIER; BICHIER; FONTAINE, 2012). Essa *grade de licence* garante o acúmulo de créditos transferíveis entre estabelecimentos, possibilitando a entrada em alguns programas de mestrado acadêmico.

3.2 Sistema de saúde e as bases da promoção da saúde e da prevenção de doenças

Evidenciamos que a Enfermagem e a formação do enfermeiro no Brasil e na França são marcadas por profundas diferenças associadas ao processo de universitarização com o advento da pesquisa e da pós-graduação. Mas, também, entendemos que o sistema de saúde ocupa um papel essencial nos processos de mudanças desencadeados na formação em saúde e em enfermagem.

Consideramos que o contexto sócio histórico define as práticas profissionais em enfermagem e a formação ao mesmo tempo que é definido por elas. É a partir desse pressuposto que iremos conduzir nossa linha de pensamento sobre o entrelaçamento do sistema de saúde com a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Esse exercício analítico nos aproxima da instituição enfermagem e formação em enfermagem.

Apoiados em Foucault (1979) podemos dizer que a profissionalização da medicina e, por conseguinte, da enfermagem foi impulsionada por interesses econômicos e políticos que buscavam preservar, manter e conservar a força de trabalho. Desse modo, organizam-se dispositivos que assegurem não apenas a sujeição da população, mas o aumento constante de sua utilidade.

Ao longo da história vários dispositivos políticos (do campo da saúde) foram utilizados para assegurar esse controle e/ou vigilância dos corpos dos indivíduos e da população, tanto no espaço privado (nas casas das famílias) como no espaço público (no espaço urbano e nos hospitais).

Rosen (1979) apresenta em seu livro “Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica” como se desenvolveu ao longo do processo sócio histórico alguns desses dispositivos.

A polícia médica (originada na Alemanha), por exemplo, foi instituída em toda a Europa a partir do século XVIII. Os seus agentes (médicos) ocupavam-se da doença dos pobres, da saúde e do bem-estar físico das populações ao lado das regulações econômicas e obrigações de ordem (ROSEN, 1979).

O que se chamará até o fim do Antigo Regime de ‘polícia’ não é somente a *instituição policial*; é o *conjunto dos mecanismos pelos quais são assegurados a ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção da saúde ‘em geral’*: O *Traité de Delamare* - grande carta das funções da polícia na época clássica - é, neste sentido, significativo. As 11 rubricas segundo as quais ele classificava as atividades da polícia se repartem, facilmente, segundo estas 3 grandes direções: *respeito da regulamentação econômica* (circulação das mercadorias, procedimentos de fabricação, obrigações dos profissionais

entre eles e com relação à sua clientela); *respeito das medidas de ordem* (vigilância dos indivíduos perigosos, caça aos vagabundos e eventualmente aos mendigos, perseguição dos criminosos); *respeito às regras gerais de higiene* (cuidar da qualidade dos gêneros postos à venda, do abastecimento de água, da limpeza das ruas) (FOUCAULT, 1979, p. 197, grifo nosso).

Para Rosen (1979) o desenvolvimento do conceito de polícia médica representou uma tentativa pioneira na análise sistemática dos problemas de saúde da população.

No Brasil, esse modelo foi instituído apenas no final do século XIX em decorrência de epidemias (varíola, malária, febre amarela e peste) que assolavam as cidades (em particular as portuárias como o Rio de Janeiro e São Paulo) provocando altas taxas de mortalidade e prejuízos na economia com embargos de alguns países para a exportação de produtos (GEOVANINI et al., 1995). Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império brasileiro (colônia de Portugal³⁴), tendência que se alongou por quase um século (POLIGNANO, 2003).

Nesse período histórico, a educação em saúde³⁵ no Brasil tinha um enfoque na educação sanitária, cujo foco central esteve situado na relação do homem com o meio ambiente. Os conteúdos presentes nessa concepção eram ligados às regras e às normas de prevenção de doenças por meio da orientação de um viver higiênico (*hygiène de vie*). Nesse contexto, as principais ações eram dirigidas à profilaxia das doenças infecciosas e parasitárias, notadamente ao controle de epidemias, época em que foram criados serviços e programas de saúde pública centralizados. À frente desses serviços de saúde pública esteve o médico higienista Oswaldo Cruz, que adotou o modelo de campanhas sanitárias com uma abordagem repressiva, centralizada, de intervenção médica nos campos individual e social (REIS, 2006).

Nessa abordagem de educação em saúde, questões ligadas aos contextos social, histórico, econômico e cultural não são considerados, sendo, então a saúde entendida

³⁴ O Brasil foi colonizado pelos portugueses, oficialmente a partir de 1500. Entretanto, a construção da estrutura geral do país começou cerca de 300 anos mais tarde. Os cuidados médicos desenvolvidos na Europa não haviam chegado no Brasil até o início do século XIX. A saúde organizada e a estrutura de formação começaram a ter lugar nas políticas públicas com a chegada da corte de Portugal ao Brasil após a invasão napoleônica (FORTUNA; SANTANA; SPAGNOL, 2014).

³⁵ “Educação em saúde é um campo de conhecimento e de prática do setor saúde que historicamente tem-se ocupado em promover a saúde e em atuar na prevenção de doenças. Podemos dizer que o conceito atual e que predomina nas reflexões teóricas é o da educação em saúde como professo teórico-prático que visa integrar os vários saberes científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano” (REIS, 2006, p. 19).

como de responsabilidade individual. Desse modo, as pessoas que não seguem as orientações prescritivas dos profissionais de saúde são responsabilizadas por seus agravos à saúde (REIS, 2006).

Essa abordagem de educação em saúde ainda é hegemônica nas práticas dos profissionais de saúde e na formação profissional de enfermeiros, médicos, nutricionistas, entre outros. Para Stotz (1993) o âmbito da educação em saúde é relativamente amplo. Inclui desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas (com por exemplo, a “negociação” da prescrição médica pelos pacientes) até aquelas outras, orientadas para a prevenção de comportamentos “de risco”, a exemplo da gravidez precoce, o consumo de drogas legais (álcool, tabaco) e ilegais (maconha, cocaína), a falta de higiene pessoal e do ambiente e o sedentarismo. Também se constata que as condições e as razões que levam as pessoas a adotar estes comportamentos ou atitudes ficam à margem das preocupações da maioria dos profissionais dos serviços de saúde e dos técnicos com responsabilidade gerencial. São dimensões que estão para além do setor saúde. Desse modo se aplica a norma: você tem isso, deve fazer aquilo. A solução consiste em seguir a norma, no caso, consumir medicamentos, cumprir prescrições.

Essa lógica também se aplica a situações epidêmicas, como podemos observar na primeira epidemia de dengue ocorrida na cidade do Rio de Janeiro (Brasil), em 1987: o problema é o vizinho descuidado (pessoa pobre), porque não tampa os reservatórios de água para evitar a entrada e a deposição dos ovos do mosquito *Aedes Aegypti*. A falta de água corrente não entra neste raciocínio, bem como não se consideram os grandes criadouros do mosquito, a saber, os terrenos baldios, as piscinas sem tratamento, os cemitérios, os depósitos de automóveis e ferros-velhos abandonados (STOTZ, 1993).

Temos, desse modo, disseminada uma visão alienante e mistificadora do processo saúde-doença e das abordagens de educação em saúde, produzindo um apagamento das questões sociais, históricas, econômicas e políticas. É como se as pessoas e suas “escolhas” estivessem deslocadas do contexto.

Apesar da forte influência desse modelo no campo da saúde observamos avanços importantes na ampliação do debate acerca da educação em saúde. Isto é reforçado com a divulgação e contribuição das Conferências Internacionais e Regionais que sucederam a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde de Alma Ata (1978), tais como: a de Ottawa (1986), a de Adelaide (1988), a de Sundsval (1991), a de Santa Fé de Bogotá (1992), a de Port of Spain (1993), a do Canadá (1996), a de Jacarta (1997), a

conferência da Rede de Megapaíses (1998), a do México (2000), a de Bangkok (2005), entre outras (BUSS, 2003; HEIDMANN et al., 2006).

Essas conferências criaram novas agendas para o campo da saúde em contraposição ao modelo curativo e centrado no hospital. Também não podemos ignorar que essas novas lógicas foram de certa forma, capturadas pelas lógicas capitalísticas³⁶ de redução de custos da atenção à saúde e de um controle maior sobre as populações e sobre a força de trabalho. Isto é, também temos um atravessamento de interesses econômicos com vistas à redução de custos no setor saúde na proposta dos cuidados primários à saúde.

Podemos verificar essa questão quando analisamos o conceito de cuidados primários expresso na declaração de Alma-Ata. Os cuidados primários são compreendidos como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um *custo que a comunidade e o país podem manter* em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, as famílias e a comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2002, grifo nosso).

No Brasil, as proposições da conferência de Alma Ata (com ênfase na atenção primária à saúde) e de Ottawa (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde) influenciaram intensamente o movimento da reforma sanitária e o processo de redemocratização do país após um longo período de ditadura militar (1964 a 1985) e de crise econômica.

O período de repressão política que se instalou a partir de 1964 com a ditadura conduziu o ensino para uma visão meramente tecnicista da saúde, dificultando a entendimento do processo saúde-doença como determinante social, produzindo assim um descompasso entre o que se privilegiava nesse ensino e as necessidades de saúde da

36 Guattari agrega o sufixo “ístico” a “capitalista” por que lhe parece necessário criar um termo que pode designar não só as chamadas sociedades capitalistas, mas também setores do “Terceiro Mundo” ou capitalismo “periférico”, assim como as chamadas economias socialistas dos países do Leste, que vivem em uma espécie de dependência e contra dependência do capitalismo (GUATTARI; ROLNIX, 1996).

maioria da população brasileira. O modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico, pontificava nesse contexto e o ensino se pautava em uma vertente muito autoritária, dificultando o debate a partir de uma visão crítica da realidade social e das políticas de saúde do país (GERMANO, 2003).

Por isso, consideramos o movimento instituinte de reforma sanitária como um grande avanço, na medida que buscava romper com a lógica instituída no campo da saúde. Esse movimento, com a liderança do médico sanitarista Sérgio Arouca, conduziu as discussões na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988.

O movimento de reforma sanitária, entre tantas ideias defendidas, ressaltava a importância da formação de recursos humanos como meta prioritária para se pensar e fazer saúde em uma perspectiva mais ampliada, diferente, portanto, do modelo elitista que pontificava na área da saúde. Tratava-se de imprimir uma nova compreensão ao processo saúde-doença, buscando entendê-lo em sua estreita relação com as condições de vida e trabalho da população. O novo contexto propicia o crescimento de uma produção teórica, no campo da saúde, com a participação marcante de alguns cientistas sociais, que contribuíram para uma visão ampliada do conceito de saúde e dos efeitos deste na formação (GERMANO, 2003).

Fazemos um destaque especial às contribuições de Sérgio Arouca expressas no livro “O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, com base na tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP em 1975. Esse trabalho foi fundamental para a construção de uma teoria social da saúde no país e tem sido um dos trabalhos mais citados pelos pesquisadores dessa área (AROUCA, 2003).

Esses referenciais teóricos, epistemológicos e ideológicos também contribuíram para a fundação de um novo campo de saberes e de práticas: a saúde coletiva. Para L’Abbate (2013, p. 59) a saúde coletiva é instituída com o “objetivo de construir novas formas de articulação entre os diferentes campos da atenção à saúde”, particularmente pelo entrelaçamento das ciências da saúde e das ciências sociais. A saúde coletiva também se expressa como forma de resistência contra regimes totalitários e de defesa de um sistema público de saúde universal, integral, equânime e democrático.

Todo esse movimento instituinte e também de discussão da formação em saúde fez com que fosse instituído na Constituição da República Federativa do Brasil 1988

(regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990) como atribuição do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988). Isso implica em dizer que a formação deve estar integrada com os serviços de saúde e com as necessidades da população. Deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, conduzindo processos de ensino aprendizagem a partir de um conceito ampliado de saúde entendido como direito fundamental do ser humano e tendo como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Também deve ser conduzida a partir da integralidade de assistência compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (BRASIL, 1990).

Esse debate conduzido pelo movimento sanitário não foi assimilado, necessariamente, com a mesma intensidade, por todos os cursos da saúde, mas na enfermagem ele fez eco, pois se incorpora à pauta de uma discussão que já estava em desenvolvimento nas escolas e entidades da categoria, em parte, motivada pelo Movimento Participação (MP)³⁷.

Desse modo, a Enfermagem brasileira inicia um processo intenso de debates (que foram ampliados em 1987 e 1988) em todo o território nacional para a construção de um projeto educacional mais conectado com os processos de mudança da saúde e da educação (PIRES, 1989; GERMANO, 2003).

A conjuntura desse período, marcada pela abertura política do regime militar e agravada pela crise econômica que tornava extremamente vulnerável a estrutura de proteção social se por um lado aumentou os problemas já existentes, por outro lado fortaleceu forças oposicionistas, nas quais a enfermagem se incorpora, por meio das suas entidades representativas. É importante salientar que, internamente, na segunda metade da década de 1980, a enfermagem brasileira enfrenta um embate entre o grupo tido como conservador e o chamado grupo progressista. Este último, sob a égide do MP, ganha a direção da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em 1987, passando a integrar as lutas existentes em prol de uma maior democratização da saúde e da educação no país (GERMANO, 2003).

³⁷ “A Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina assume uma postura combativa, crítica e de vanguarda na organização da categoria, impulsionando o surgimento de um movimento nacional, ‘Movimento Participação’, que assume a direção da ABEn - Nacional e da maioria das seções, após o pleito de 1986” (PIRES, 1989, p. 116).

Ao longo das últimas décadas, muitos outros instrumentos foram instituídos para viabilizar o SUS, ou seja, concretizar seus princípios constitucionais na perspectiva de produzir uma saúde integral (SILVA et al, 2010). No âmbito da promoção da saúde fazemos destaque a portaria 687 GM/MS, de 30 de março de 2006, que instituiu a política nacional de promoção da saúde (BRASIL, 2006) e a portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que redefiniu essa política (BRASIL, 2014a). No campo da formação em enfermagem destacamos a Resolução CNE/CES nº 3/2001 que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) (ANEXO A) (BRASIL, 2001).

A promulgação de diretrizes curriculares para os cursos de formação profissional, em nível de graduação, está inserida em um discurso que anuncia ampla reforma educacional do ensino superior brasileiro e coloca verdadeiros desafios para os estabelecimentos de ensino na revisão de seus projetos pedagógicos. Nos cursos da área da saúde, as diretrizes curriculares estão orientadas para contribuir no processo de construção do SUS (CLAPIS et al., 2004). As DCN/ENF deliberam que a formação do enfermeiro tem por objetivo possibilitar ao profissional os conhecimentos requeridos para o exercício, respondendo às especificidades regionais de saúde por meio de intervenções planejadas estrategicamente, nos níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Estabelece que a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, enfatizando o SUS e a necessidade de assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

No caso da França, a educação em saúde qualificada enquanto educação sanitária, caracterizou-se inicialmente pelo engajamento voluntário dos agentes e abordagem muito prescritiva no sentido de dizer o que se deve fazer para manter à saúde (TONDEUR; BAUDIER, 1996 apud BAUDIER; DESTAING; MICHAUD, 2013). Ela evoluiu para uma profissionalização e estabelecimento de referências inspiradas no movimento de promoção da saúde e na carta de Ottawa.

Em texto publicado na França em 2009, Colin e Acker dizem que é comum atribuir aos centros de saúde uma história ligada ao cuidado aos pobres, iniciada no século XVII, tendo como um de seus fundadores o Sr. Théophraste Renaudot, médico nomeado Richelieu como comissário geral dos pobres do reino. As consultas médicas não eram pagas e os médicos eram profissionais renomados e então pacientes de todas as classes sociais os frequentavam. Para os autores ainda, até a última grande guerra, os dispensários

se desenvolveram na França vinculadas a filantropia de grandes famílias burguesas. A gestão desses serviços era delegada para ordens religiosas e associações caritativas.

Próximo a segunda metade do século XIX, passam a ser estabelecidos pela mutual-ajuda, sendo criados por meio de organismos familiares (*organisations ouvrières pour les familles de leurs membres*). Nesse momento, o princípio da caridade é substituído pelo da solidariedade.

Numerosos centros de saúde foram criados, nas zonas urbanas pela iniciativa das associações, caritativas ou não, das municipalidades, de seguros sociais (*mutuelles*) exprimindo por vezes a corrente humanista e higienista. A frente popular, depois a liberação, com o adendo da seguridade social, foram propícios a essas iniciativas. Os gestores dos centros de saúde, particularmente dos municípios, desenvolvem progressivamente o papel de estrutura de cuidados de proximidade em suporte da política local de saúde pública, associando educação para a saúde e a vacinação, a busca ativa de cânceres, cáries, vírus (HIV e hepatite C), estratégias de intervenção coordenadas por patologias crônicas. Certos serviços de saúde pública coletiva se agregaram a outros serviços e centros de cuidados. Mais tarde foram implantadas as PMI (serviços materno-infantis), serviços de vacinação, de dispensários de cuidados com pessoas com doenças sexualmente transmissíveis (doenças venéreas) serviços especializados em alcoolismo e mais tarde outras drogas. Os centros de saúde foram desde o início um ponto de apoio (*relais*) para o trabalho em rede (COLIN; ACKER, 2009, p. 57, tradução nossa).

Nos anos de 1990, o Comitê francês de educação para a saúde (*Comité français d'éducation pour la santé* - CFES) em estreita ligação com o Ministério da Saúde (*Ministère de la Santé*) desempenhou um papel significativo para favorecer essa dupla evolução participando ativamente nessa profissionalização por meio da criação das Delegações interregionais (*Délégations interrégionales*), implementando dispositivos de acreditação, conferindo efetivamente missões de serviço público aos CFES e ampliando o campo de intervenção da educação em saúde (BAUDIER; DESTAING; MICHAUD, 2013).

Nos anos 2000 aprovou-se a lei Hospital, pacientes, saúde, territórios (*Hôpital, patients, santé, territoires* - HPST) que instituiu a criação das Agências Regionais de Saúde (*Agences Régionales de Santé* - ARS). Essas integram em uma mesma entidade o conjunto dos cuidados ambulatoriais, hospitalares e cuidados específicos para as pessoas idosas e deficientes, assim como a prevenção de doenças e a promoção da saúde (CHAMBAUD, 2008; MORISSET et al., 2009).

A criação das ARS, tem claramente fixado a palavra de ordem: descompartimentar os itinerários de saúde, que devem responder as necessidades dos pacientes e não mais

compartimentar as intervenções profissionais. A ARS pretende integrar as diferentes intervenções fazendo evoluir a organização dos setores de prevenção, cuidado e médico-social, no sentido de um acompanhamento global dos usuários (EVIN, 2011).

Em 2004, no nível dos territórios de proximidade, se introduziu a figura do médico assistente (*médecin traitant*), aumentando o acesso às especialidades. Também se desenvolveu rapidamente a noção de casas de saúde (*maisons de santé*), sendo um lugar de prática pluridisciplinar, inclusive do enfermeiro liberal (MORISSET et al., 2009).

Mais recentemente, as discussões acerca da promoção da saúde e da prevenção de doenças tem-se ampliado no país. A criação, em 2010, de uma cátedra no Instituto nacional de prevenção e de educação para saúde (*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé* - Inpes) da Escola de altos estudos em saúde pública (*École des hautes études en santé publique* - EHESP), especialmente dedicada à promoção da saúde, se constitui em um forte sinal da vontade de desenvolver essa abordagem. Esse movimento está alinhado com as evoluções em andamento no nível europeu com a elaboração de um referencial de competência no âmbito do projeto “Desenvolvimento de competências e normas profissionais para o fortalecimento das capacidades em promoção da saúde na Europa” (*Développement des compétences et normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe* - CompHP) (HAMEL; POMMIER, 2011).

Estudo (BAUDIER; DESTAING; MICHAUD, 2013) analisou o lugar que ocupa a educação em saúde no seio das ARS (junto a 26 membros da rede de diretores de saúde pública das agências). O estudo demonstrou que existe um reconhecimento desse domínio, assim como dos trabalhadores envolvidos, tanto no nível local ou regional como no nível nacional. Entretanto, parece existir uma ambiguidade nos termos utilizados: promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. Para os autores o conceito de promoção da saúde (carta de Ottawa, 1986) jamais ocupou um lugar muito significativo na França provavelmente, devido à dificuldade dos agentes de compreendê-lo, sendo vaga em sua definição de base e complexa quando se trata de estratégias para a sua implementação. Por outro lado, no início dos anos 2000, o vocabulário da prevenção de doenças ganhou um posicionamento muito forte, acompanhado de uma medicalização na sua utilização (prevenção definida em relação à doença) e de atividades que lhe são intrínsecos (ligando o cuidado e a prevenção de doenças). O mesmo se aplica a educação em saúde.

Baudier, Destaing e Michaud (2013) demonstram que algumas ARS colocam ênfase sobre a necessidade de favorecer o desenvolvimento dessa disciplina no seio das Universidades (formação/pesquisa) com a criação de programas em prevenção de doenças e em educação em saúde tanto para a formação inicial como na continuada. Essa dimensão é usada durante anos pelo INPES por meio do desenvolvimento de atividades como a pesquisa e os editais para a apresentação de propostas; a formação universitária (criação de uma cadeira em promoção da saúde na EHESP) e a elaboração de referenciais; o apoio aos pólos de competências pelas Instâncias regionais de educação e de promoção da saúde (*Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé* - IREPS), entre outros. Essas atividades visam a qualidade de oferta em educação em saúde, contudo, ainda permanecem pouco visíveis e sem estrutura suficiente para as pessoas responsáveis³⁸ pela promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde nas ARS. Ainda segundo os autores existe um verdadeiro déficit de transferência de conhecimentos no campo da promoção da saúde. Quanto aos editais para a apresentação de propostas parecem muito difíceis de serem geridos pelas associações, pois exigem longa montagem de projetos sem garantia de resultado, contratos públicos que criam importantes encargos administrativos, exigências de relatórios desproporcionais em relação aos financiamentos acordados.

No campo da Enfermagem destacamos a inclusão em seu referencial de formação de uma competência específica voltada aos cuidados educativos e preventivos, o que pode abrir espaço para a construção de novos saberes e fazeres mais conectados com as bases da promoção da saúde e da prevenção de doenças (FRANCE, 2009).

No entanto, apesar dos avanços em âmbito nacional e internacional, ainda é acentuada uma visão simplificada de promoção da saúde. Prioriza-se a mudança de estilo de vida, o modelo tradicional da educação e a compreensão do conceito de prevenção de doenças enquanto sinônimo de promoção da saúde (HEIDMANN et al., 2006).

No Brasil, estudos demonstram certa imprecisão dos conceitos de promoção da saúde e de prevenção de doenças (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014), inclusive no campo da formação do enfermeiro (HEIDMANN et al., 2006; SILVA et al., 2010). Na França, estudos também demonstraram imprecisões na definição do conceito de promoção da saúde (HARDY; ENEAU; NAGELS, 2014), notadamente com a prevenção de doenças ou com a educação terapêutica do paciente (MESSMER-AL, 2011).

³⁸ Os autores não citaram no artigo a formação dessas pessoas, citando apenas que alguns são diretores de saúde pública das ARS.

As dificuldades em distinguir-se os conceitos de promoção da saúde e de prevenção de doenças estão relacionadas a uma questão nuclear à própria emergência da medicina moderna e saúde pública. O desenvolvimento da racionalidade científica exerceu significativo poder na construção de representações da realidade, desconsiderando o limite das concepções de saúde e de doenças referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer (CZERESNIA, 2009).

Para Czeresnia (2009) as ações de prevenção de doenças definem-se como intervenções orientadas a evitar o aparecimento de doenças infecciosas, redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Assim, a base do seu discurso é o conhecimento epidemiológico moderno e os seus projetos de prevenção de doenças e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de orientações normativas de mudanças de hábitos.

Por outro lado, promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve ações no âmbito global e de um Estado, assim como a singularidade e autonomia dos agentes sociais, o que não pode estar sob a responsabilidade de uma área de conhecimento e de práticas. Os projetos de promoção da saúde também utilizam os conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde, como doença, transmissão e risco, cuja racionalidade também está presente no discurso preventivo. Isto pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, em especial porque a radicalidade da diferença entre prevenção de doenças e promoção da saúde raramente é feita de modo explícito. A ideia de promoção da saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva em lidar com a diversidade dos condicionamentos da saúde. Assim, a promoção da saúde vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e mecanismos para seu controle (CZERESNIA, 2009).

O núcleo de saberes que conforma a promoção da saúde tem como bases concepções provenientes da medicina social, da saúde pública e da saúde coletiva. A organização desses saberes se faz ampliando os espaços de atuação (famílias, grupos, comunidades e países); o objeto (organizações, agentes sociais, indivíduos) e as aproximações com disciplinas como a sociologia, psicologia, epidemiologia e administração. A promoção da saúde, tal como é entendida pelo saber popular, tem aproximações com a visão holística e natural do processo de viver e que de certa forma

prevalece nesse estado, como bandeira de luta social nos movimentos políticos até sua institucionalização como campo de práticas de saúde (PEDROSA, 2004).

Considerando as diferentes concepções e práticas de promoção da saúde, se observa que o arcabouço conceitual da promoção da saúde permite a construção de três matrizes: a promoção da saúde atrelada à concepção de risco epidemiológico e social; a promoção da saúde articulada a propostas mais amplas de desenvolvimento sustentado e a promoção voltada para ações de intersetorialidade, participação ativa da população com prioridade para o desenvolvimento local (PEDROSA, 2004).

Na primeira matriz existe uma tendência a estruturar os problemas de saúde, a partir da concepção de risco e vulnerabilidade por meio de critérios objetivos, o que define com “precisão” o problema, os objetos, a intervenção, os resultados esperados. Nesse sentido, indivíduos ou grupos têm o lugar de unidade amostral/unidade de intervenção, a subjetividade e a dinâmica da vida são reduzidas a variáveis epidemiológicas. Na segunda matriz na qual se agrupam as propostas de intervenção de caráter mais amplo, presentes nos pressupostos e articuladas com as políticas de saúde, compreendem as ações desenvolvidas no nível de macropolíticas, em algumas vezes sem nenhuma tradução no nível das práticas organizacionais. A terceira matriz envolve os programas e projetos que não se limitam à esfera do setor saúde, tendo abrangência localizada em territórios definidos, definem grupos populacionais como sujeitos da intervenção e procuram se articular com outros setores sociais (PEDROSA, 2004).

Na França, existe também o referencial da educação terapêutica do paciente (*éducation thérapeutique du patient* - ETP) que na perspectiva de Gagnayre e d'Ivernois (2003) tem o papel de desenvolver a educação em saúde no espaço intra e extra hospitalar (após a alta do paciente), fomentando a aquisição progressiva de competências em saúde e o autocuidado de pessoas portadoras de doenças crônicas.

Para Traynard e Gagnayre (2013) existe uma diferença entre a abordagem de educação em saúde e de educação terapêutica do paciente. Na primeira situação, a pessoa se considera em um estado de boa saúde, o tempo necessário para a aquisição de competências é, então, consequência imediata em relação ao que define como uma doença. O risco relativamente remoto permite aos atores certo tempo para a tomada de consciência e transformações. A educação intervém então como uma possibilidade de sustentar uma reflexão e de favorecer a aprendizagem. Já na segunda situação, a pessoa é portadora de uma doença ou de fatores de risco (por exemplo, após um acidente cardiovascular), os tempos bioclínicos, psicológicos, sociais e pedagógicos não são os

mesmos. A relação educativa está, então, fundamentada na busca de um equilíbrio permanente entre um urgente aprendizado prático para realizar autocuidados e adaptação psicoafetiva que exige toda doença crônica. Na educação terapêutica, as escolhas pedagógicas devem favorecer a aceleração das transformações de competências de saúde por parte do paciente.

Em suma podemos dizer que as bases da promoção da saúde e da prevenção de doenças se sustentam, particularmente, nas propostas elaboradas em conjunto pelos países na declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa e demais relatórios da Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. Os elementos levantados das referidas Conferências desencadearam movimentos de contestação e de mudanças no Brasil (com o movimento de reforma sanitária e a constituição do SUS) e na França (com a criação do Comitê francês de educação para a saúde e demais organismos de saúde envolvidos com a promoção da saúde).

Essas propostas também provocaram mudanças na formação dos enfermeiros nos dois países. No caso do Brasil temos uma DCN (BRASIL, 2001) que orienta que a formação desenvolva processos de ensino aprendizagem em consonância com os princípios do SUS e a partir das necessidades da população. No caso da França se instituiu um novo referencial (FRANCE, 2009) com uma competência específica voltada aos cuidados educativos e preventivos.

Consideramos que os referenciais teóricos, metodológicos e ideológicos da promoção da saúde podem nos dar pistas importantes para a construção de novos saberes e práticas no campo da saúde e da enfermagem. Também compreendemos que alguns conceitos centrais da promoção da saúde têm proximidade com conceitos da análise institucional, como por exemplo, a autogestão³⁹ e autoanálise⁴⁰. Tanto a promoção da saúde como a análise institucional buscam deflagrar nos grupos e comunidades processos de reflexão, de ressignificação e de transformação.

³⁹ “Autogestão é ao mesmo tempo, o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para gerenciar sua vida. As comunidades instituem-se, organizam-se e se estabelecem de maneiras livres e originais, dando-se os dispositivos necessários para gerenciar suas condições e modos de existência [...]” (BAREMBLITT, 2012, p. 153).

⁴⁰ “Autoanálise processo de produção e reapropriação, por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites. Esse saber se acha em geral apagado, desqualificado e subordinado pelos saberes científico-disciplinares que não só estão em boa medida a serviço das entidades dominantes (Estado, capital, raça, etc.), como também operam com critérios de verdade e eficiência, que são iminentes aos valores de tais entidades. A autoanálise possibilita aos coletivos o conhecimento e a enunciação das causas de sua alienação” (BAREMBLITT, 2012, p. 152).

4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

4.1 A socioanálise e a socioclínica na França e no Brasil

Para compreender a dinâmica da instituição Enfermagem e, assim, contextualizar a formação profissional do enfermeiro para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, apresentamos a seguir alguns aspectos da análise institucional, abordagens socioanalítica (LOURAU, 1995) e socioclínica (MONCEAU, 2012).

Consideramos que a análise institucional tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus agentes. Desse modo, utilizamos um método composto por um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais significativos são os de encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação, tendo como base um conceito dialético de instituição (LOURAU, 1993; 1995).

A instituição, como algo imaterial, é um “não-saber” na medida em que os indivíduos estabelecem com ela relações não explícitas, “não-ditas”. A análise institucional busca elucidar esses “não-ditos” e permite desnaturalizar e “desindividualizar” as análises das relações cotidianas, dos processos de subjetivação e de institucionalização (NASCIMENTO; SCHEINVAR, 2012).

Esses conceitos e bases também sustentam a abordagem socioclínica. A socioclínica busca compreender as dinâmicas sociais deslocando a análise o mais próximo possível das situações vividas pelos agentes sociais e, ao mesmo tempo, inscrevendo-as nas evoluções sociais e políticas nas quais esses agentes estão implicados (MONCEAU, 2008b). O trabalho socioclínico também se acompanha de transformações das situações e dinâmicas institucionais, que são a um só tempo os efeitos e os materiais do trabalho socioclínico. Contudo, essas evoluções não são necessariamente perceptíveis pelos sujeitos e eles não as vinculam, portanto, ao trabalho em andamento (MONCEAU, 2013).

Para Monceau (2013) essa vontade de desenvolver com os sujeitos a consciência dos efeitos do trabalho socioclínico à medida que ocorrem é comum em todas as correntes socioanalíticas e em certas fases de trabalhos que se caracterizam como socioclínicos ou de sociologia clínica. No entanto, essa opção não é comum a todas as práticas de pesquisa que se atualizam por imersão na realidade social, nem na perspectiva etnográfica ou observação participante.

Quando o material empírico da análise se constitui por documentos, observações e entrevistas se considera análise de papel. Nesse caso, temos um diagnóstico ou uma análise de cunho teórico sobre uma determinada organização. Quando esse tipo de análise é realizado em situação, atendendo uma encomenda de um grupo ou de uma organização, tem-se a socioanálise que pode ser considerada como uma intervenção próxima à clínica psicanalítica (LOURAU, 1995).

Nesse estudo optamos por realizar análise de documentos, de observações participantes, de entrevistas e de restituições com professores no Brasil e formadores na França. Esse dispositivo tem o objetivo de analisar as contradições e as tensões presentes na formação do enfermeiro a partir do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Também tem como intencionalidade a produção de efeitos instituintes a partir de intervenções no cotidiano dos estabelecimentos, se constituindo assim de uma pesquisa-intervenção (ROMAGNOLI, 2014). A intervenção como método indica o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas. A análise das implicações de todos que integram o campo de intervenção permite acessar os processos de institucionalização nas instituições. Intervir, então, é fazer um mergulho no plano implicacional em que as posições de quem conhece e do que é conhecido, de quem analisa e do que é analisado se diluem na dinâmica de propagação das forças instituintes característica dos processos de institucionalização (PASSOS, BARROS, 2015).

A pesquisa-intervenção no caso da análise institucional é de natureza qualitativa, tanto em relação ao seu objeto, quanto aos métodos de abordagem (L'ABBATE, 2005). Assim, o pesquisador-interventor deve ter uma postura bastante diferente daquela comum à prática científica mais usual. Segundo Lapassade (1973 apud L'ABBATE, 2005) no desenvolvimento do arcabouço teórico-conceitual da análise institucional, ocorreram três reversões epistemológicas, sendo: a primeira é a do instituinte contra o instituído, ou seja, interessa mais à pesquisa aquilo que está em mudança ou tensão no grupo do que o estabelecido e estruturado; a segunda é o fato de que é o analisador que faz a análise e não o analista, ou seja, aquilo que permite revelar a estrutura da instituição é o analisador e a terceira é a implicação contra a neutralidade, isto é, em uma atividade de intervenção, as implicações devem ser postas coletivamente em análise.

Em relação às diferenças nos processos de surgimento da análise institucional na França e no Brasil, se observa que, na França, o institucionalismo teve início na década de 1960, em um contexto de fortes movimentos de contestação. Tais movimentos questionavam as práticas dos partidos políticos de esquerda, dos hospitais psiquiátricos,

das escolas de nível médio, das universidades e das fábricas. Consideramos como ápice desse processo, o movimento de maio de 1968. Rodrigues (2002) se apoia em Marcuse para explicar o espírito do movimento de 1968 como sendo a grande recusa do autoritarismo, da centralização do poder, da tecnocracia, da burocracia, do consumismo, do cientificismo.

No Brasil, a análise institucional foi introduzida na década de 1970, em um contexto político de ditadura militar, vigente a partir de 1964, e marcado fortemente pela restrição das liberdades civis e políticas. A análise institucional se inseriu inicialmente em alguns departamentos de Psicologia de universidades públicas do Rio de Janeiro e de Belo Horizonte (Minas Gerais), e em grupos de pesquisa, constituídos de diferentes profissionais. Nesse período havia no país um forte espírito de contestação e de resistência. No campo da saúde vemos o movimento da reforma sanitária que fundou um novo olhar sobre a saúde compreendida como um direito de cidadania e inaugurando um novo campo de saberes e de práticas: a saúde coletiva (L'ABBATE, 2013).

Atribui-se a Félix Guattari a criação do termo da análise institucional e a Georges Lapassade da socioanálise. Deve-se, contudo, a René Lourau a sistematização teórico-metodológica dessa abordagem, que foi originalmente desenvolvida na sua Tese do Estado (*Thèse d'État*), defendida na Université Nanterre em 1969 e publicada em 1970 no livro “A análise institucional” (*L'analyse Institutionnelle*). Nesta obra o autor propôs o conceito de instituição. A novidade do conceito desenvolvido por Lourau é, de um lado, seu caráter dialético e, de outro, a possibilidade de sua articulação com as disciplinas da filosofia do direito à sociologia positivista, assim como da antropologia ao marxismo. Este livro foi publicado no Brasil em 1975 (L'ABBATE, 2012).

Ao explicitar as estratégias do método de intervenção socioanalítica, Lourau refere os conceitos que mais tarde seriam consideradas como princípios da socioanálise, sendo: a análise da encomenda e da demanda, a auto-gestão do grupo, a intenção do dizer tudo, a elucidação da transversalidade, a análise das implicações, a explicitação dos analisadores e a restituição (MONCEAU, 1996).

A encomenda é o pedido oficial da intervenção feito por um grupo, setor ou organização, e é o que deflagra o processo de intervenção. As demandas correspondem às solicitações, carecimentos e desejos dos participantes do grupo com o qual se vai trabalhar. As demandas são inicialmente afinadas com a encomenda, mas podem sofrer mudanças no decorrer do processo de intervenção. A auto-gestão é o contrato entre o grupo e os socioanalistas, no sentido de definir e negociar questões relativas à agenda,

horário e número de encontros. É o norteador de que os coletivos façam a auto gerência do que vivem. O dizer tudo é a livre expressão, por meio da qual há a intenção de restituir os não-ditos presentes em todo grupo e instituição, como os ruídos, a história passada, entre outros. Abordar a transversalidade significa analisar os vários tipos de vínculos institucionais dos participantes, a fim de diminuir a cegueira institucional. A análise da implicação, em suas dimensões de ordem afetiva, existencial e profissional, consciente ou inconscientemente, deve ser analisada coletivamente. Elucidar os analisadores, ou seja, fatos e situações que surgem de forma imprevista ou não no processo de intervenção, permitem identificar aspectos contraditórios e ocultos do grupo e da organização onde os participantes se inserem. E, por fim, a restituição, isto é, a devolução ao grupo do que vem acontecendo no processo de intervenção com o objetivo de produzir análises coletivas (L'ABBATE, 2012).

A abordagem socioclínica institucional foi desenvolvida por Gilles Monceau ao longo dos anos 2000 como uma proposta de diversificação das práticas de análise institucional. O referido autor elaborou oito princípios organizadores dessa abordagem de pesquisa que se inserem na continuidade dos trabalhos de Lapassade e, especialmente, de Lourau e registram as evoluções dos últimos quarenta anos. Os oito princípios são descritos a seguir: análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção da produção de conhecimentos; e atenção aos contextos e às interferências institucionais (MONCEAU, 2005; 2013).

Em relação a publicação de pesquisas francesas na área de saúde praticamente não há trabalhos que utilizam o referencial da análise institucional e abordagem socioanalítica (L'ABBATE, 2012). Existem algumas publicações sobre a formação na área de saúde de Dominique Samson (2012), Anne Pilotti (2013) e algumas dissertações de mestrado em desenvolvimento no laboratório Escola Mutações Aprendizagens (*École Mutations Apprentissages* - EMA) da Université de Cergy-Pontoise. Há também o trabalho de Anne Perraut-Soliveres (2010) sobre o movimento de Enfermagem na França que utiliza as concepções da análise institucional. Os trabalhos que se sustentam na abordagem socioclínica são desenvolvidos pelo professor e pesquisador (cientista da educação) Gilles Monceau e seus colaboradores inseridos no EMA, como por exemplo, a educadora e pesquisadora Claire De Saint Martin (2014). Até o momento não havia sido produzida no

EMA pesquisa socioclínica sobre o lugar da promoção da saúde e a prevenção de doenças na formação do enfermeiro.

No Brasil, a utilização de forma mais consistente do referencial da análise institucional, no campo da saúde coletiva, vem ocorrendo a partir dos anos 2000 (L'ABBATE, 2012). Diversos trabalhos da saúde coletiva têm sido produzidos a partir de grande diversidade de aportes teórico-metodológicos e estratégias de pesquisa e de intervenção da análise institucional (L'ABBATE, 2013).

Destaco dois grupos de pesquisa do campo da saúde coletiva no Brasil que tem produzido trabalhos consistentes com o referencial da análise institucional e que tem participado da Rede Internacional Francófônica de Pesquisa Socioclínica coordenada pelo professor Gilles Monceau.

O primeiro trata-se do Grupo do Diretório de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Análise Institucional e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) criado em 2003 e sob a responsabilidade da professora e pesquisadora (cientista social) Solange L'Abbate. Algumas pesquisas desenvolvidas pelo grupo podem ser encontradas no livro “Análise Institucional & Saúde Coletiva” (L'ABBATE; MOURÃO; PEZZATO, 2013).

O segundo grupo trata-se do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (NUPESCO) criado em 1988 pela professora e pesquisadora (enfermeira) Maria Cecília Puntel de Almeida (in memoriam) na Escola de EERP-USP. Atualmente é coordenado pela professora e pesquisadora (enfermeira) Silvana Mishima e é formado por docentes, profissionais de saúde, alunos de graduação e pós-graduação. Fazendo parte deste grupo as professoras e pesquisadores (enfermeiras) Cinira Magali Fortuna e Silvia Matumoto tem produzido pesquisas a partir da década de 2000 com a abordagem esquizoanalítica e, mais recentemente, com as abordagens socioanalítica e socioclínica.

Apesar dos investimentos, ainda são escassas as produções científicas da Enfermagem que utilizam o referencial da análise institucional (em suas três correntes principais, sendo: socioanálise, socioclínica e esquizoanálise⁴¹), sobretudo no campo da Educação em Enfermagem.

⁴¹ A esquizoanálise foi desenvolvida por Gilles Deleuze e Félix Guattari e exposta pela primeira vez no livro *O Anti-Édipo* em 1972. Ela compreende toda e qualquer atividade intelectual ou prática que procura liberar o processo produtivo-desejante-revolucionário, demolindo as constrições da parafernália de registro-controle (BAREMBLITT, 2012).

Em revisão integrativa⁴² realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analyses and Retrieval Sistema online (MEDLINE) e Banque de Données en Santé Publique (BDSP) em fevereiro de 2016, utilizamos os descritores controlados (idiomas português, inglês e francês) indexados para cada uma das bases de dados desta revisão. Para combinação destes foi utilizado os operadores booleanos AND e OR.

Essa revisão integrativa buscou resposta para o seguinte questionamento: De que forma os pesquisadores têm utilizado o referencial teórico da análise institucional em suas pesquisas na área da enfermagem? Com a definição da questão foi realizada uma busca nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) para selecionar os descritores para a busca nas bases de dados. Utilizamos o descritor controlado Enfermagem e os descritores não controlados: Análise Institucional OR Socioanálise OR Socioclínica OR Esquizoanálise.

Estabelecemos os seguintes critérios de inclusão: 1) Artigos publicados no período de 1960 a 2016. Optamos por esse período considerando a data de início da análise institucional na França; 2) Disponíveis nos idiomas: português, inglês ou francês, no qual os autores desta revisão integrativa possuem domínio; 3) Produção científica completa, disponível online, devido a acessibilidade dos artigos disponíveis; 4) que abordem análise institucional e a área de enfermagem (ensino, gestão, assistência, pesquisa). Os critérios de exclusão foram: 1) dissertação, tese, relato de experiência, ensaio ou reflexão teórica.

Ao final da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 10 artigos foram selecionados para a leitura dos resumos. Destes, 1 era duplicado e 2 atendiam ao critério de exclusão. Sete artigos foram selecionados para a leitura na íntegra.

A tabela 01 apresenta a relação dos artigos encontrados nas bases de dados e a análise para inclusão ou exclusão.

⁴² Para o desenvolvimento da revisão integrativa adotamos a proposta de Mendes, Silveira e Galvão (2008), que recomendam a elaboração do processo da revisão integrativa partindo de seis etapas: a) Seleção de hipóteses ou questões para a revisão; b) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão para seleção do material que compõe a amostra considerada válida na investigação; c) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; d) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; e) Interpretação dos resultados; f) Relato da revisão.

Tabela 1 - Relação dos artigos encontrados nas bases de dados e a análise para inclusão ou exclusão

Título	Método/Referencial	Publicação	Inclusão
Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado?	Qualitativo/ Análise institucional	Revista: Ciência & Saúde Coletiva Ano: 2013 Base de dados: LILACS	Sim, atende aos critérios de inclusão e exclusão
Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem	Reflexão teórica/ Análise institucional Psicodinâmica do trabalho Teoria do agir comunicativo	Revista: Ano: 2012 Base de dados: LILACS	Não, artigo de reflexão teórica
Implicações docentes nas transformações curriculares da área da saúde: uma análise sócio-histórica	Reflexão teórica/ Análise institucional	Revista: Online Brazilian Journal of Nursing Ano: 2011 Base de dados: LILACS	Não, artigo de reflexão teórica
O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família	Qualitativa/ Análise institucional Processo de trabalho	Revista: Revista Latino-Americana de Enfermagem Ano: 2011 Base de dados: LILACS	Sim, atende aos critérios de inclusão e exclusão
Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção	Qualitativa/ Análise institucional, linha esquizoanalítica	Revista: Revista da Escola de Enfermagem da USP Ano: 2011 Base de dados: LILACS	Sim, atende aos critérios de inclusão e exclusão
Práticas pedagógicas no ensino de enfermagem: um estudo na perspectiva da análise institucional	Qualitativa, comparativa/ Análise institucional	Revista: Revista da Escola de Enfermagem da USP Ano: 2010 Base de dados: LILACS	Sim, atende aos critérios de inclusão e exclusão
Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade	Qualitativa/ Análise institucional	Revista: Texto & Contexto - Enfermagem Ano: 2006 Base de dados: LILACS	Sim, atende aos critérios de inclusão e exclusão
Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado?	Qualitativo/ Análise institucional	Revista: Ciência & Saúde Coletiva Ano: 2013 Base de dados: MEDLINE	Não, artigo duplicado
A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um	Qualitativa/ Análise institucional	Revista: Revista Latino-Americana de Enfermagem	Sim, atende aos critérios de inclusão e exclusão

processo construção	em	Ano: 2011 Base de dados: MEDLINE	
O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da seguridade social do México	Qualitativa/ Categoria trabalho Processo de trabalho em saúde e em enfermagem do Micropolítica do trabalho vivo em saúde Análise institucional	Revista: Revista Latino-Americana de Enfermagem Ano: 2006 Base de dados: MEDLINE	Sim, atende aos critérios de inclusão e exclusão

A tabela 02 evidencia a relação dos artigos incluídos ao final da seleção obedecendo os critérios de inclusão e exclusão definidos para a revisão integrativa.

Tabela 2 - Relação dos artigos incluídos ao final da seleção da revisão integrativa

	Título do artigo	Autores	Ano
01	Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado?	Ieda Cristina Pereira Sanches Ingrid Ramos Reis Couto Ana Lúcia Abrahão Marilda Andrade	2013
02	O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família	Cinira Magali Fortuna Silvia Matumoto Maria José Bistafa Pereira Silvana Martins Mishima Lauren Suemi Kawata Celiane Camargo-Borges	2011
03	Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção	Silvia Matumoto Silvana Martins Mishima Cinira Magali Fortuna Maria José Bistafa Pereira Maria Cecília Puntel de Almeida	2011
04	Práticas pedagógicas no ensino de enfermagem: um estudo na perspectiva da análise institucional	Wilza Rocha Pereira Cláudia Mara Melo Tavares	2010
05	Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade	Roseney Bellato Wilza Rocha Pereira	2006
06	A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção	Silvia Matumoto Cinira Magali Fortuna Lauren Suemi Kawata Silvana Martins Mishima Maria José Bistafa Pereira	2011
07	O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da seguridade social do México	Yolanda Flores Peña Maria Cecília Puntel de Almeida Rafael Luis Castillo Duranza	2006

O artigo 1 demonstrou a percepção e as dificuldades ao exercício do acompanhamento hospitalar nas unidades de internação cirúrgica de um hospital público

do município de Niterói, RJ, sob a ótica do usuário internado e discuti-las à luz dos conceitos da análise institucional. Segundo os autores, a análise institucional auxiliaria na compreensão dos fenômenos gerados pela convivência do acompanhante com o usuário internado no hospital. Para tanto, realizaram entrevistas semiestruturadas e observação de campo, detendo-se na forma como se desenvolvem as etapas do processo de internação desde a admissão do usuário até o momento da cirurgia proposta. Também consultaram prontuários e registros das unidades. Na análise dos dados (núcleos de sentido) utilizaram o método de análise de conteúdo (modalidade temática). Na apresentação dos resultados e na discussão buscaram aproximar os dados de alguns conceitos da análise institucional (instituição, instituinte, atravessamento, analisador). No entanto, apenas os conceitos de instituição e de instituinte foram explicados no trabalho, o que dificulta a compreensão dos leitores (SANCHES et al., 2013).

O artigo 2 identificou e analisou as práticas de cuidados coletivos do enfermeiro na estratégia saúde da família⁴³ e seus conhecimentos estruturantes. Os autores realizaram entrevistas semiestruturadas e utilizaram como método a análise de conteúdo temática. Adotaram como pano de fundo o referencial teórico da análise institucional e do processo de trabalho em saúde, em sua micropolítica. Utilizaram vários conceitos como atravessamento, transversalidade, instituído, demanda, dispositivo, entre outros durante a apresentação e discussão dos dados. Os conceitos não foram explicitamente explicados, porém estavam repletos de sentidos durante o encadeamento das ideias (FORTUNA et al., 2011).

O artigo 3 demonstrou o acompanhamento do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família em suas reuniões de discussão de casos de famílias. Para tanto, utilizaram o método cartográfico a partir da corrente esquizoanalítica do referencial da análise institucional. Os autores utilizaram vários conceitos como instituição, instituído, instituinte autoanálise, autogestão, demanda, desterritorialização, mapas de linhas e superfícies, cartografia, entre outros. Todos esses conceitos foram explicados e articulados com os dados produzidos durante a pesquisa (MATUMOTO et al., 2011a).

O artigo 4 demonstrou as práticas pedagógicas que já vêm sendo desenvolvidas no ensino de Enfermagem, para identificar e analisar aquelas que promoveram mudanças e inovações pedagógicas. Os autores utilizaram entrevistas individuais e grupos focais que

⁴³ A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida como uma ação política de reorientação do modelo assistencial da atenção básica do SUS, com vistas à universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social (BRASIL, 2012).

foram analisados pelo método da Análise Institucional. O referencial da análise institucional foi utilizado para compreender as dinâmicas e as motivações que estão subjacentes às práticas pedagógicas consideradas mais inovadoras e mudancistas nos dois cursos estudados a partir da percepção dos professores e estudantes dos cursos estudados. Abordaram conceitos da análise institucional, como por exemplo, autoanálise, autogestão, instituição, instituído, instituinte, organização, estabelecimento, dispositivo, organizante, organizado, entre outros, que foram explicados e articulados com os dados da pesquisa (PEREIRA; TAVARES, 2010).

O artigo 5 apontou o potencial presente no grupo pesquisado no que tange à sua competência para promover ações instituintes no seu ambiente de trabalho. Buscaram analisar os dados a partir do referencial da análise institucional. Os autores realizaram entrevistas semi-estruturadas e grupos focais de discussão para aprofundar os dados colhidos nas entrevistas. Utilizaram conceitos da análise institucional como instituído, instituinte, institucionalização, autogestão, autoanálise, entre outros, que foram traduzidos pelos autores (BELLATO; PEREIRA, 2006).

O artigo 6 apresentou o movimento de ressignificação dos sentidos da prática clínica de enfermeiros, na atenção básica, em processo de qualificação, na perspectiva da clínica ampliada e educação permanente. Os autores cartografaram o processo de ressignificação dos sentidos proposto pela análise institucional. Analisaram a instituição enfermagem e os modos instituídos e instituintes. Também trabalharam a partir de conceitos esquizoanalíticos, como por exemplo, as linhas de fuga (MATUMOTO et al., 2011b)

O artigo 7 analisou o processo de trabalho da enfermeira orientado ao cuidado no Programa da Vigilância e Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento (VNCD) do menor de cinco anos na Seguridade Social do México. Os autores utilizaram vários referenciais como a categoria trabalho, o processo de trabalho em saúde e em enfermagem, a micropolítica do trabalho vivo em saúde e conceitos da análise institucional (instituído e instituinte). Realizaram observações sistemáticas diretas e entrevistas com um grupo de enfermeiras, suas assistentes e as mães que compareceram com seus filhos à consulta de enfermagem. Os autores trouxeram os conceitos instituído e instituinte essencialmente na fundamentação teórica (PEÑA; ALMEIDA; DURANZA, 2006).

Evidenciamos que alguns trabalhos abordaram de forma superficial o referencial da análise institucional (não explicando conceitos por exemplo), o que de certo modo pode

trazer poucas contribuições. É como se os conceitos da análise institucional fossem tomados de empréstimo como acessórios no trabalho. Por outro lado, alguns trabalhos identificaram lacunas do conhecimento e trouxeram contribuições verdadeiramente novas em relação ao tema e ao uso do referencial teórico-metodológico da análise institucional.

Também constatamos que a maioria dos trabalhos (4 artigos de um total de 7) estão vinculados ao NUPESCO da EERP/USP, o que demarca a importância desse grupo de pesquisadores no cenário da enfermagem brasileira para a ampliação do debate crítico, especialmente no que se refere ao campo de saúde coletiva.

A partir da revisão integrativa nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDSP verificamos uma escassez de pesquisas no campo da enfermagem que utilizam o referencial da análise institucional, especialmente no campo da educação em enfermagem. Também constatamos ainda a inexistência de pesquisas no campo da enfermagem que utilizassem as correntes socioanalítica e socioclínica. Embora hajam enfermeiras no Grupo de Análise Institucional e Saúde Coletiva da UNICAMP, não foram identificadas produções na busca, quer por não utilizarem descritores relacionados, quer por serem periódicos não indexados nas bases de dados investigadas.

4.2 O contexto da investigação

Na abordagem socioanalítica o campo de análise da pesquisa são as instituições e o campo de intervenção é o estabelecimento, base material da instituição (RODRIGUES, 2002). O campo de análise se distingue, mas não se separa do campo de intervenção, sendo o sistema de referência teórico que se torna operatório em uma pesquisa e, conseqüentemente, sempre encarnado em uma situação social concreta (PASSOS; BARROS, 2015).

Desse modo, o campo de análise dessa pesquisa é a Instituição formação em enfermagem no que tange o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças e os campos de intervenção são: um Curso de Graduação em Enfermagem de um estabelecimento de ensino superior do interior do Estado de São Paulo no Brasil e um Curso de Graduação em Enfermagem oferecido em um IFSI localizado na região parisiense e vinculado à *Université Paris Diderot* na França (IFSI 1).

Na França buscamos conhecer outros IFSI e entrevistar formadores para ampliar nossa compreensão sobre as lógicas da formação em enfermagem. Desse modo, trabalhamos com outros cinco IFSI⁴⁴ (IFSI 2 a IFSI 6) da região parisiense vinculados aos estabelecimentos de ensino superior a seguir: *Université Paris Diderot*, *Université de Versailles - Saint Quentin-en-Yvelines*, *Université Pierre et Marie Curie* e *Université Paris Descartes* (figura 1).

⁴⁴ Foram realizadas visitas em outros cinco IFSI, entrevistas com alguns formadores e uma sessão de restituição ampliada na *Université de Cergy-Pontoise*. O convite aos formadores dos IFSI para participação da pesquisa foi feito pelo orientador da França Gilles Monceau e abrangeu as formadoras com mestrado finalizado ou em andamento na *Université de Cergy-Pontoise*. Todos os procedimentos respeitaram as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Brasil, mas também documentos internacionais, como por exemplo, a Declaração de Helsinque (2000) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2004).

Figura 1 - Mapa da região parisiense na França com a localização geográfica das Universidades conveniadas com os IFSI participantes da pesquisa

LEGENDA:

- A** Université Paris Diderot - convênio com IFSI 1 e IFSI 2
- B** Université Paris Descartes - convênio com IFSI 3
- C** Université Pierre et Marie Curie - convênio com IFSI 4
- D** Université de Versailles – Saint Quentin-en-Yvelines - convênio com IFSI 5 e IFSI 6

Os critérios de elegibilidade para a seleção dos campos de intervenções foram: cursos provenientes de estabelecimentos públicos de ensino superior do interior do Estado de São Paulo no Brasil e de estabelecimentos públicos e/ou privados da região parisiense na França (IFSI); cursos presenciais; cursos de bacharelado e/ou licenciatura⁴⁵; cursos que integralizaram os currículos (que já formou ao menos uma turma); cursos que possuíam projeto pedagógico e que aceitassem participar do estudo.

Atualmente, no interior de São Paulo, existem quatro estabelecimentos públicos que oferecem o Curso de Graduação em Enfermagem e que atenderiam os critérios de inclusão da pesquisa, sendo: USP - *Campus* de Ribeirão Preto; UNICAMP; Universidade

⁴⁵ Os Cursos de Enfermagem da França são exclusivamente da modalidade bacharelado. No Brasil, além da modalidade bacharelado, alguns estabelecimentos de ensino superior também oferecem, de forma optativa, a modalidade da licenciatura. A licenciatura em Enfermagem capacita o enfermeiro (licenciado) para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem (BRASIL, 2001).

Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) - *Campus* de Botucatu e Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) (BRASIL, 2014b).

A região parisiense (Île de France) concentra 62 IFSI públicos e privados e cerca de 20 estabelecimentos que preparam para as diferentes especialidades de Enfermagem (SAMSON, 2012).

A partir da inserção do diploma de Estado do enfermeiro (*Diplôme d'État d'infirmier*) no sistema de *Licence-Master-Doctorat* (LMD)⁴⁶, os IFSI ou os estabelecimentos de saúde suporte dos IFSI têm de assinar uma convenção no interior de cada academia com a região e universidades, estas últimas sendo coordenadas por uma universidade com uma unidade de formação e de pesquisa de medicina (*Unité de Formation et de Recherche - UFR*). Esse processo foi implementado em 2009 e dois anos depois quase todos os IFSI da região parisiense assinaram um convênio com uma universidade com um componente de formação em saúde, sendo: *Paris Descartes* (ex Paris 5) com 7 IFSI; *Pierre et Marie Curie* (ex Paris 6) com 12 IFSI; *Paris Diderot* (ex Paris 7) com 10 IFSI; *Paris Sud 11* com 9 IFSI; *Paris Est Créteil* (ex Paris 12) com 10 IFSI; *Paris Nord 13* com 7 IFSI e *Versailles Saint Quentin em Yvelines* com 8 IFSI (SAMSON, 2012).

Após a seleção dos campos de intervenção foram definidos critérios de inclusão para os participantes da pesquisa, sendo: professores/formadores efetivos (no sentido de não ter um contrato de trabalho temporário) vinculados aos Cursos de Enfermagem e que aceitassem participar do estudo.

No Brasil participaram do estudo vinte e seis (26) professores⁴⁷ vinculados aos departamentos de Enfermagem (23 professoras), Morfologia e Patologia (01 professora), Metodologia de Ensino (01 professora) e Educação (01 professor). O corpo docente do Curso de Enfermagem pesquisado é composto por professores dos departamentos de Enfermagem, Morfologia e Patologia, Ciências Fisiológicas, Genética e Evolução, Metodologia de Ensino, Filosofia e Metodologia da Ciência, Psicologia, Bioestatística, Ciências Sociais, Hidrobiologia. O convite para a participação da pesquisa foi

⁴⁶ As formações das profissões de cuidado são as primeiras a adequarem-se na arquitetura LMD, conforme a declaração de Bologne de 1999. Essa declaração inicia um processo que, à termo, deve tornar viável um espaço europeu de ensino superior e de um sistema de acumulação de créditos transferíveis entre estabelecimentos (*systeme d'accumulation de crédits transférables entre établissements - ECTS*) (SAMSON, 2012).

⁴⁷ Durante a pesquisa uma professora no Brasil foi transferida a sua demanda (vacância) para outra Universidade pública do interior de São Paulo (BRP15) e outra professora faleceu (BRP8).

encaminhado por e-mail para todos os professores que oferecem disciplinas no Curso de Enfermagem.

Na França, tivemos vinte e um (21) participantes no campo de intervenção da pesquisa, sendo dezessete (17) formadores do Curso de Graduação em Enfermagem (15 mulheres e 2 homens), uma (01) formadora do Curso de Auxiliar de Enfermagem, uma (1) documentalista que também se ocupa de alguns conteúdos e duas (02) gestoras. Também participaram nove (09) formadores dos outros cinco institutos (8 mulheres e 1 homem), totalizando trinta (30) participantes.

A fim de garantir a confidencialidade e o sigilo, identificamos os participantes da pesquisa com as siglas BR para os professores do Brasil, acrescidos de P1, P2, P3... P26 (participantes) e a sigla FR para os formadores da França, acrescidos de P1, P2, P3... P30. Em relação aos Institutos identificamos como IFSI 1 (campo de intervenção permanente) e IFSI 2 a IFSI 6 para os demais campos de pesquisa (campos onde realizamos atividades pontuais).

Após a autorização da direção do Curso do Brasil iniciamos os trâmites no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP resguardando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Após a aprovação do CEP protocolo nº 31343814.8.3001.5504 (ANEXO B) iniciamos o trabalho de campo.

No Brasil, o trabalho de campo da pesquisa foi promovido entre os meses de julho a dezembro de 2014. Em novembro de 2015 retornamos ao estabelecimento para promover a última sessão de restituição, apresentando e discutindo os dados produzidos no trabalho de campo nos IFSI. Na França, o trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de janeiro a julho de 2015. Mas em novembro de 2014 estivemos no IFSI 1 para apresentar a proposta da pesquisa para os formadores.

Apoiados nos referenciais metodológicos e epistemológicos da análise institucional construímos um dispositivo socioclínico nos dois campos de intervenção buscando participar da vida cotidiana dos agentes sociais.

As técnicas utilizadas na produção de dados foram: análise documental, entrevistas, observações participantes e sessões de restituição. Também foi utilizado diário de campo para registro da vivência cotidiana e as reflexões da pesquisadora sobre o campo de análise e de intervenção da pesquisa.

Para a análise documental no Brasil nos debruçamos no projeto pedagógico, matriz curricular e planos de ensino. O projeto pedagógico e a matriz curricular foram acessados

no espaço público do site do estabelecimento de ensino e os planos de ensino no espaço restrito (dos professores). A coordenação do curso disponibilizou o login e a senha (privada) para que pudéssemos acessar os planos atualizados. Também disponibilizaram uma sala da coordenação com mesa, cadeira e acesso à internet.

Na França fizemos a análise documental do referencial de formação, do projeto pedagógico e da grade de referências de estágio do IFSI 1. Os referidos documentos foram disponibilizados por uma formadora que é responsável pela parceria com a Universidade. Optamos por fazer a análise documental no próprio estabelecimento, para que pudéssemos estabelecer contato diário com os formadores. Para tanto, o estabelecimento disponibilizou uma sala (dividida com uma formadora) com mesa, cadeira, computador e internet. Também disponibilizaram login e senha (privada) para acessar a intranet do estabelecimento.

Nos dois campos de intervenção fizemos contato (individual) com cada professor/formador em seus gabinetes (para garantir a privacidade e a confidencialidade das informações) com o objetivo de agendar uma reunião em que seria apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e B). A aplicação do TCLE no campo de pesquisa da França foi uma decisão da pesquisadora e de seus orientadores, buscando respeitar as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Na França, apenas as pesquisas clínicas submetem os projetos em Comitês de Ética em Pesquisa e aplicam o TCLE junto aos sujeitos de pesquisa. Ao aplicarmos o TCLE no campo de pesquisa da França observamos certo estranhamento por parte de alguns formadores em relação ao detalhamento no TCLE e a rigidez de suas normas.

Após a apresentação e discussão do TCLE (individual) com os professores do Brasil e os formadores da França questionávamos se estavam interessados em participar como voluntários na pesquisa. Todos os sujeitos abordados pela pesquisadora concordaram em participar e assinaram o TCLE. Em seguida, elaborávamos, em comum acordo, o cronograma da entrevista e das observações nas atividades de ensino e outras atividades pedagógicas e, no caso específico do Brasil, nas atividades de pesquisa e de extensão⁴⁸.

⁴⁸ Para efeito do Plano Nacional de Extensão Universitária (PNExt), a Extensão é considerada como a atividade acadêmica que articula o Ensino e a Pesquisa e viabiliza a relação entre universidade e sociedade (FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS, 2012).

O cronograma não foi utilizado como uma “camisa de força”, mas como algo vivo, estando sempre aberto a negociações e a adaptações constantes.

O ato de elaborar o cronograma com os professores já dava indícios da diferença dos dois países. No caso do Brasil, todos os professores possuíam o doutorado (e alguns o pós-doutorado) e já tinham conduzido e orientado um grande número de pesquisas, com exceção de alguns professores iniciantes. Portanto, os professores já estavam habituados com os procedimentos da pesquisa, inclusive em relação às questões éticas. No caso da França, apenas alguns formadores possuíam o mestrado acadêmico. De fato, a pesquisa não faz parte do universo da enfermagem francesa. Isso produziu, em certa medida, alguma dificuldade na elaboração do cronograma. Alguns formadores, por exemplo, não sugeriram nenhuma atividade a ser observada, delegando essa função a pesquisadora.

No Brasil realizamos 25 entrevistas⁴⁹, somando aproximadamente 38 horas de áudio gravado e transcritas em cerca de 560 páginas. Utilizamos um instrumento orientador que foi tomado como ponto de partida do diálogo (APÊNDICE C). Esse instrumento orientador também foi utilizado nas entrevistas com os formadores na França, no entanto, foram feitas adaptações a partir do contexto social e institucional francês (APÊNDICE D). As questões abordavam a promoção da saúde e a prevenção de doenças; o trabalho do professor/formador; o seu processo de profissionalização e trajetória profissional dos professores/formadores; as atividades de ensino, pesquisa e extensão; entre outros. As entrevistas foram registradas em dois gravadores de áudio digitais e, posteriormente, transcritas na íntegra (APÊNDICE E).

Na França realizamos 19 entrevistas no IFSI 1⁵⁰. O instrumento orientador também ficou à disposição dos formadores durante a entrevista para facilitar a compreensão linguística. As entrevistas foram registradas em dois gravadores de áudio digitais. A pesquisadora fez um resumo em português com o conteúdo das entrevistas (APÊNDICE F). Também desenvolvemos 9 entrevistas nos outros cinco IFSI da região parisiense, sendo: duas (02) entrevistas no IFSI 2; uma (01) entrevista no IFSI 3; duas (02) entrevistas no IFSI 4; duas (02) entrevistas no IFSI 5 e duas (02) entrevistas no IFSI 6. Assim, totalizamos 28 entrevistas nos Institutos franceses com aproximadamente 23 horas de áudio gravado.

As entrevistas desenvolvidas com os formadores do IFSI 2 ao IFSI 6 tiveram uma dinâmica diferente das demais. As questões chave da pesquisa foram colocadas em

⁴⁹ BRP10 entrou de licença durante o trabalho de campo da pesquisa.

⁵⁰ FRP20 e FRP21 desmarcaram as entrevistas e não sugeriram outras datas.

análise a partir da apresentação e discussão de alguns dados produzidos no trabalho de campo do IFSI 1 e do Curso de Enfermagem no Brasil. Desse modo, pudemos aprofundar a compreensão sobre o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças, confrontando os dados produzidos na pesquisa e as experiências singulares dos professores e formadores no campo da formação do enfermeiro. Esse dispositivo possibilitou o diálogo entre as realidades dos dois países.

No Brasil, as observações participantes foram realizadas em diversas atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas pelos professores. Solicitamos a anuência verbal dos estudantes no início das práticas de observação. Não tivemos nenhuma recusa por parte dos estudantes.

Na França, as observações foram feitas em várias atividades pedagógicas e de ensino, para possibilitar a compreensão da dinâmica e da lógica da formação em enfermagem. As atividades de extensão não fazem parte das atividades desenvolvidas pelos IFSI ou pelas Universidades. As atividades de pesquisa do IFSI se restringem a orientação de trabalhos de conclusão de curso (monografia) dos estudantes. As observações foram então desenvolvidas em reuniões pedagógicas, cursos magistrais⁵¹, trabalhos dirigidos⁵², trabalhos pessoais guiados⁵³, orientação de monografia, supervisão de estágio, acompanhamento pedagógico, simulação e avaliação. Solicitamos a anuência verbal dos estudantes no início de cada observação e igualmente não tivemos nenhuma recusa por parte dos estudantes. Durante as observações fizemos a gravação do áudio e registros em um diário de campo.

No Brasil, as sessões de restituição⁵⁴ foram desenvolvidas com os professores participantes da pesquisa. Todos os encontros foram previamente agendados, sendo definidos locais e horários possíveis tanto para a pesquisadora, orientadora do Brasil e participantes da pesquisa. Nas sessões de restituição foram desenvolvidas análises coletivas dos dados empíricos da pesquisa a partir dos conceitos da análise institucional.

⁵¹ Os cursos magistrais (CM) são cursos cujo conteúdo é sobretudo teórico, dado por um “ensinante” dentro de salas do tipo anfiteatro diante de um público geralmente numeroso (FRANCE, 2009).

⁵² Trabalhos dirigidos (TD) são tempos de ensinamento obrigatório reunindo no máximo 25 alunos. Esses cursos servem para ilustrar, aprofundar e complementar um curso magistral introduzindo dados novos que podem ser teóricos ou práticos, a serem realizados através de exposições, exercícios, trabalhos diversos e trabalhos sobre situações clínicas (FRANCE, 2009).

⁵³ Trabalho Pessoal Guiado (TPG) – São tempos de trabalho onde os estudantes efetuam eles mesmos, certas pesquisas ou estudos, preparam exposições, escritos, projetos, realizando trabalhos solicitados ou ainda reencontrar seu formador se beneficiando de entrevista e seguimento pedagógico (FRANCE, 2009).

⁵⁴ Na primeira sessão de restituição do Brasil (outubro/2014) participaram onze (11) professores participantes da pesquisa. Na segunda sessão de restituição (dezembro/2014) participaram nove (09) professores. Na terceira restituição (novembro/2015) participaram seis (06) professores.

Para tanto, preparamos a cada restituição um material próprio para disparar as análises e discussões coletivas (APÊNDICE G). Foram desenvolvidas duas sessões de restituição intermediárias para a discussão dos dados empíricos e uma sessão final para discussão dos resultados da produção de dados na França. As sessões foram registradas em dois gravadores de áudio digitais, somando aproximadamente 7 horas de áudio gravado. Após as sessões elaboramos memórias (atas das reuniões) a partir da análise do áudio que foram enviadas a todos os participantes da pesquisa por e-mail (APÊNDICE H).

Na França realizamos duas sessões de restituição. A primeira sessão foi promovida no IFSI 1 a partir da autorização da diretora do estabelecimento e com a duração de uma (01) hora. Contamos com a participação de vinte (20) participantes da pesquisa, do orientador da França e de Dominique Samson (ingénieure de recherche⁵⁵ do EMA). A segunda restituição foi promovida na *Université de Cergy-Pontoise*, com a duração de duas (02) horas. Nessa restituição contamos com a participação de duas (02) formadoras do IFSI 1, uma (01) formadora do IFSI 3 e duas (02) formadoras do IFSI 5, do orientador, de Dominique Samson e de um doutorando brasileiro. As análises coletivas também foram disparadas a partir de um material preparado a partir dos dados empíricos da pesquisa (APÊNDICE I). Todos os encontros foram previamente agendados, sendo definidos locais e horários possíveis.

É importante ressaltar que as restituições e a postura do pesquisador durante toda a pesquisa buscaram seguir a abordagem próxima à socioclínica em que a interpretação se faz como descreve Alonso-Bessaud (2013) em um de seus estudos de pesquisa-ação com pais e profissionais da educação.

Nossa interpretação dos fatos e gestos durante as sessões são trabalhadas, “desdobradas”, segundo uma abordagem clínica. Essa supõe criar as condições a partir daquelas em que cada grupo possa descrever, o mais precisamente possível, os fatos vividos, mas também se calar ou se exprimir por gestos, atitudes, posturas. A interpretação é aqui a expressão de uma realidade subjetiva dirigida ao grupo que recebendo-a reage e lhe dá o esclarecimento significativo. Essa abordagem leva em conta a expressão em situação para uma análise o mais ampla que apenas aos enunciados e implica na participação ativa dos participantes (ALONSO-BESSAUD, 2013, p. 44-45).

A seguir traremos com mais detalhes o dispositivo socioclínico utilizado nessa investigação.

⁵⁵ *Ingénieure de recherche* (engenheira de pesquisa) é uma pessoa responsável por acompanhar atividades de pesquisa e de formação na Universidade.

4.3 A construção do dispositivo socioclínico institucional da pesquisa

A análise institucional a partir de uma lógica de pesquisa entendida como processo, tem como objeto de investigação, ao mesmo tempo, a negociação, a análise em si, a construção de estratégias e os efeitos produzidos na análise. Assim, os processos analíticos não são espontâneos e devem ser engendrados por meio de dispositivos que constituem essas estratégias. Essa abordagem é dinâmica e complexa, não sendo prisioneira de protocolos rígidos e preestabelecidos (MONCEAU, 2008a; FORTUNA et al., 2014).

Reconhecemos dispositivos como “arranjos passageiros, as montagens provisórias, que permitem a desestabilização dos modos instituídos de funcionamento, favorecendo assim a análise coletiva das forças instituintes e em processo de institucionalização”. Os dispositivos podem ser uma técnica, um evento, mas precisam ter a capacidade de provocar a “fala” das instituições (FORTUNA et al., 2014, p. 260). Essas “falas” podem ganhar “dizibilidade” (vocalização do não dito) e visibilidade a partir da análise de nossas implicações e sobreimplicações e dos processos coletivos de análise.

Para que esse processo analítico aconteça devemos compreender o lugar do analista institucional. Para Lourau (2004, p. 219) os conceitos de implicação, dispositivo, analisador, restituição, etc. “funcionam, em um campo de análise, como referências cintilantes”. Assim, para que esse excesso de luz não ofusque o olhar do analista institucional, é necessário buscar “o que se chama em matemática, cálculo em diagonal ou *‘per gelosia’*, pela veneziana, pois o desenho adotado se assemelha a uma janela veneziana”. Essa imagem sugere que a posição do analista deve ser mediada por algo que se interponha entre a luz e a sombra. Trata-se então de intervir na perspectiva do “vir entre”, pois só assim o socioanalista poderá acolher o não-saber, tanto em relação ao grupo, como a si mesmo. As suas implicações e as implicações dos participantes da intervenção são quase sempre plenas de elementos transferenciais e contratransferências de natureza inconsciente (L’ABBATE, 2012).

Nessa tentativa de “vir entre” escolhemos cursos em que não estivéssemos vinculados como professores, ou seja, escolhemos lugares onde seríamos estrangeiros (aquele que vem de outro lugar). Ser analista institucional estrangeiro poderia (em tese) favorecer o estranhamento dos saberes e das práticas já naturalizadas e/ou cristalizadas; tornando-as visíveis. Mas colocar-se nesse papel mostrou-se uma tarefa complexa no trabalho de campo no Brasil e na França, sendo colocado em análise pela pesquisadora em muitos momentos e registrado no diário de campo.

Em uma tentativa de contra-efetuação do efeito Goody⁵⁶ vamos dar visibilidade a algumas dessas falas (*hors-texte*) registradas no diário de campo (RODRIGUES, 2002), buscando clarificar o caminho da pesquisadora na construção do dispositivo e colocar em análise nossas implicações e sobreimplicações. Através dessa reflexão podemos ver nossos pontos de cegueira e, assim, produzir novos sentidos e significados em nossos saberes e práticas.

a) Análise da encomenda e das demandas

A encomenda do projeto de doutorado foi desencadeada pela pesquisadora a partir de suas vivências e inquietações como professora universitária (enfermeira) e extensionista no campo da educação e da promoção da saúde no Brasil (APÊNDICE J). As encomendas eram: compreender o “aqui e agora” da formação do enfermeiro no que tange a promoção da saúde e a prevenção de doenças e desenvolver uma pesquisa-intervenção que pudesse problematizar essas questões e provocar mudanças nos cenários com os agentes do processo de formação do enfermeiro.

A definição e a análise dessas encomendas foram sendo construídas durante o doutoramento a partir de dispositivos criados com os orientadores, como por exemplo: a construção e a análise de narrativas (APÊNDICE K). Podemos ilustrar esse processo com um fragmento do diário de campo:

A minha encomenda para a orientadora na primeira reunião após a aprovação no doutorado foi de fazer uma “pesquisa com”. Naquele momento, “pesquisa com” significava para mim fazer um trabalho em que ela (orientadora) e outras pessoas pudessem participar efetivamente [...]. Eu queria aprender a produzir coletivamente uma pesquisa e desejava, sobretudo, que ela fizesse sentido para mim e para outras pessoas [...]. A partir dessa primeira conversa iniciamos um longo processo de diálogo e análise da minha encomenda de pesquisa [...]. Esse exercício reflexivo também passou pela análise de minha implicação e sobreimplicação como pesquisadora e como professora universitária [...]. Esse exercício não é uma tarefa fácil e acontece necessariamente a partir de um trabalho coletivo [...]. Desse modo, busquei construir um dispositivo com minha orientadora que me auxiliasse tanto no clareamento da minha encomenda de pesquisa quanto na análise de minha implicação. Assim, escolhemos a

⁵⁶ Em 1988 René Lourau propôs de nomear efeito Goody uma forma de implicação particular do pesquisador. Jack Goody demonstrou que a observação dos pesquisadores era frequentemente sobredeterminadas pela representação que eles tinham da escrita final. René Lourau retomou essa observação como efeito que se inscreve no efeito Heisenberg (HESS; SAVOYE, 1993, p. 78-79). “Com tal conceito, René Lourau pretende analisar como a escrita é trabalhada pela instituição [...]. Essa definição está bem estruturada com o quadro teórico da análise institucional” (SAMSON, 2013, p. 131).

construção e análise de narrativas. Esse dispositivo fomentou a reflexão e o diálogo com minha orientadora e outras professoras da EERP-USP. A partir das narrativas pude avançar no projeto de pesquisa e, por conseguinte, na elaboração de minha encomenda e das demandas dos participantes (Diário de campo, França, 21 de abril de 2015, grifo nosso).

As narrativas foram cuidadosamente analisadas com a orientadora do Brasil e em outro momento que chamamos de pré-qualificação (informal) com algumas professoras da EERP-USP vinculadas ao NUPESCO. Nessas atividades desenvolvemos a análise de nossas implicações e sobreimplicações enquanto enfermeiros, professores universitários e pesquisadores do campo da saúde coletiva.

As encomendas iniciais da pesquisadora também foram analisadas com o orientador da França em sua vinda ao Brasil como professor visitante na EERP-USP. Nesse período foram promovidas reuniões pela NUPESCO para a discussão dos referenciais da análise institucional.

A análise da encomenda e das demandas também foi desenvolvida com os professores no Brasil e os formadores na França por meio de reuniões. Essa estratégia facilitou o processo de discussão e de negociação das demandas dos grupos e/ou dos estabelecimentos (MONCEAU, 2013). Na reunião promovida no Brasil participaram nove (09) professores e na França participaram onze (11) formadores.

Os professores no Brasil fizeram duas demandas durante a reunião. Na primeira solicitavam que a participação na pesquisa se estendesse aos professores dos outros departamentos que também participavam do processo de formação do enfermeiro. Essa demanda foi incorporada ao projeto antes da submissão no Comitê de Ética em Pesquisa. Na segunda demanda destacavam a importância de que a pesquisa não demonstrasse somente as fragilidades da formação do enfermeiro no que tange a promoção da saúde e a prevenção de doenças, pois elas acreditavam que isso não traria contribuições concretas ao grupo. Outras demandas foram feitas com o início do trabalho de campo: uma professora que iniciou suas atividades no Departamento de Enfermagem no 2º semestre de 2014 solicitou que a incluíssemos no grupo de participantes; outra professora que estava em período de licença para o pós-doutorado também fez o mesmo pedido destacando a relevância do trabalho.

Em sessão de restituição, houve um comentário de uma das professoras sobre a diferença da orientadora da pesquisa e demais professores da Universidade a que essa se vinculava, e consequentemente o programa de pós-graduação a que se vinculava a

pesquisa em curso. Essa diferença era remarcada no sentido de humildade e postura de escuta. Esse comentário ressignificou a demanda de não expor somente fragilidades que tinha implícito, o temor da exposição frente a um outro estabelecimento de formação, sede da formação da maioria dos professores do curso estudado, por sinal a sede da formação inicial e de mestrado e/ou doutorado da maioria dos professores do curso estudado.

As formadoras na França não fizeram demandas para a pesquisa durante a reunião de apresentação do projeto, mas questionaram sobre o projeto e sobre a formação do enfermeiro no Brasil, bem como sobre o sistema e os serviços de saúde. Após essa reunião elaboramos uma memória (ata da reunião) para que pudesse ser objeto de análise dos professores do Brasil na segunda sessão de restituição (APÊNDICE L).

Durante o trabalho de campo da pesquisa também identificamos demandas veladas feitas pelos professores e/ou formadores como por exemplo: o controle das ações da pesquisadora ou o controle da participação dos colegas nas entrevistas, observações e restituições; a preocupação de exposição perante os colegas e/ou a comunidade científica; entre outros. Todos esses elementos demonstram como a pesquisa socioclínica e/ou socioanalítica promove certo clima de tensão e de perturbação do instituído (ordem, normas, hierarquias) nas organizações.

b) Participação dos sujeitos no dispositivo e a análise das transformações

A participação dos professores e formadores na construção e no desenvolvimento do dispositivo socioclínico foi condição essencial neste estudo. Para tanto, propomos estratégias de pesquisa que facilitassem o diálogo com os participantes, como por exemplo, as sessões de restituição.

As sessões de restituição foram essenciais na análise crítica e aprofundamento de nossas reflexões e interpretações. Através dessas sessões pudemos verdadeiramente “fazer dialogar” o trabalho socioclínico desenvolvido no Brasil e na França. Esse diálogo crítico entre as duas realidades buscou desnaturalizar saberes e fazeres instituídos na instituição formação em enfermagem.

Contudo, as estratégias em si não garantem uma produção dialógica no trabalho de campo. Faz-se necessário uma verdadeira reversão epistemológica como propõe o referencial da análise institucional, no sentido de considerar a implicação em detrimento da neutralidade. Mas, fazer essa reversão epistemológica é algo complexo, considerando as lógicas instituídas pela instituição pesquisa e formação em enfermagem. Podemos

notar em alguns fragmentos do diário de campo essa dificuldade por parte da pesquisadora e de alguns participantes da pesquisa:

No final da entrevista ela (BRP12) me perguntou se eu poderia indicar referências sobre promoção e prevenção, *se isso não seria um viés ou se ela ficaria “contaminada”*. Eu expliquei brevemente o referencial teórico, especialmente no que se refere o papel do pesquisador e da pesquisa (Diário de campo, Brasil, 15 de setembro de 2014, grifo nosso).

Então, ela (FRP8) me fez algumas perguntas como: o que eu havia planejado e como eu pretendia fazer a comparação entre os cursos a partir do referencial da análise institucional. Eu tentei responder o que havia planejado e sobre a intencionalidade do referencial da análise institucional na produção de efeitos e autoanálise das práticas de formação. Também falei um pouco sobre o dispositivo da pesquisa. *Me pareceu que ela não compreendeu completamente a proposta da pesquisa, mas me faltaram palavras para explicar com maior riqueza de detalhes* (Diário de campo, França, 09 de janeiro de 2015, grifo nosso).

Podemos analisar a partir dos fragmentos como a pesquisadora, a professora e a formadora falam, em um só tempo, pela instituição pesquisa. Esta é ainda reconhecida pela comunidade científica por sua neutralidade analítica e objetivismo cientificista, embora tenhamos movimentos instituintes que tensionam as vertentes mais positivistas. Isto pode dificultar a compreensão de uma abordagem de pesquisa que se apóia em outros pressupostos epistemológicos.

A análise institucional opõe-se radicalmente às pretensões de objetividade fixadas pelos pesquisadores, inclusive do campo das ciências sociais. Essa abordagem de pesquisa, ao contrário, contrapõe a implicação do analista ao distanciamento do pesquisador em relação ao objeto. A implicação propõe um fim às ilusões e imposturas da neutralidade analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo esquecido de que para o “novo espírito científico”, o observador já está implicado no campo de observação e de que sua intervenção modifica o objeto de estudo (LOURAU, 2004, p. 83).

Acreditamos que não há neutralidade do conhecimento, pois toda pesquisa intervém sobre a realidade mais do que apenas a representa ou a evidencia. No processo de produção de conhecimento, há que se colocar em análise os atravessamentos que compõem o campo de pesquisa. Estas forças que atravessam foram inicialmente

designadas pelo institucionalismo de transferência e contratransferência institucionais, sendo em seguida pensadas como implicações (PASSOS; BARROS, 2015).

As dificuldades na compreensão da natureza da pesquisa socioclínica institucional foram sendo elaboradas e ressignificadas durante a imersão na realidade social e nas aproximações sucessivas com o referencial teórico-metodológico. Podemos demonstrar algumas evoluções registradas no diário de campo da pesquisadora.

A professora (BRP7) me perguntou se ela estava atendendo as minhas expectativas [...]. Eu disse que *conseguia perceber vários conceitos da análise institucional e socioclínica*. Ela perguntou que conceitos seriam esses (da socioclínica). Eu falei dos *conceitos de sobreimplicação, implicação (também do pesquisador), da produção de efeitos* nessa relação entre pesquisadora e participante [...] (Diário de campo, Brasil, 10 de setembro de 2014, grifo nosso).

A professora (BRP25) solicitava a minha participação na orientação do grupo de estudantes [...]. *Exemplifiquei nas duas reuniões de orientação experiências da França de meu orientador ou da Rede Internacional Francofônica de Pesquisa Socioclínica*, como por exemplo: a construção do questionário de pesquisa pelas crianças na escola; o conceito de *praticien-chercheur* (prático-pesquisador); o termo *recherche avec* (pesquisa com), entre outros [...]. O grupo participou bastante da discussão trazendo exemplos e vivências concretas (Diário de campo, Brasil, 30 de outubro de 2014, grifo nosso).

Em uma palestra na *Université de Cergy-Pontoise* com o Prof. Gilles Monceau pude refletir que *o pesquisador se reconhece como sujeito e entre subjetividades* [...]. *Ele não deve colocar distância, mas pensar junto com os sujeitos a relação*. Há uma forte imprevisibilidade. As competências ou condições necessárias para o trabalho clínico são: sensibilidade, confiança, imersão, consentimento, dinâmica [...] (Diário de campo da França, 11 de março de 2015, grifo nosso).

As transformações não necessariamente são percebidas pelo grupo durante o trabalho de campo (MONCEAU, 2013), mas podemos destacar algumas falas que analisam os efeitos dessa abordagem de pesquisa.

[...] eu acho que é bom [...] você sair um pouco do seu lugar do cotidiano, às vezes muito demarcado e tal e provar um pouco uma posição do pesquisador para aquele que está contribuindo para uma pesquisa. Envolve uma questão muito relacionado a subjetividade, porque você está perguntando de trabalho e eu acho que o trabalho é fundamental da constituição da subjetividade. Quando a gente fala do trabalho, a gente fala um pouco de si mesmo ou como efetivamente a gente se exterioriza no mundo e a gente se exterioriza com todas nossas contradições [...]. Então, eu acho que é uma coisa muito legal. *Eu acho que isso é humanizante, mas do que dizer que é meio terapêutico* [...]

acho que [...] *promove reflexão, uma certa suspensão do cotidiano* [...] (BRP14, entrevista sessão única, 25 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] eu acho que depois daquela restituição [...] que você fez, que eu disse que me surpreendeu ver o movimento do grupo mobilizado, fazendo uma leitura por mudança, eu vejo isso de uma maneira muito positiva. E quando eu falo que surpreendeu é por que eu sempre vi o nosso grupo [...] mais no movimento da não mudança, do não desejo e talvez isso tenha enviesado o meu olhar para achar que o grupo está mais resistente para pensar e retomar um pouco o nosso processo de formação na graduação. Então foi bom ver as pessoas, falando de necessidade de mudança, de ter espaço para avaliar um pouco mais, um olhar para o currículo, embora eu sinta que concretamente a gente tenha dificuldade de fazer isso, colocar essa prática no nosso cotidiano [...]. Eu acho que as pessoas devem estar mais abertas do que eu consigo visualizar, talvez eu é que não esteja conseguindo visualizar isso [...] eu acho que teu projeto está ajudando a fazer isso, a mostrar que as pessoas estão desejosas sim [...]. *Eu acho que essas sessões (entrevistas) para mim são quase terapêuticas [...] eu penso que quando a gente está retomando a história, falando dela e olhando coisas [...] eu estou refletindo sobre as coisas que eu faço, revisitando [...]* (BRP7, entrevista sessão 3, 11 de novembro de 2014, grifo nosso).

[...] eu faço parte da formação e ouvir as minhas afirmações, *me ouvir dizer coisas, faz com que eu tome consciência* de fato, eu mesma, eu não tenho necessariamente uma abordagem voltada a prevenção e a promoção. Enfim, talvez seja algo que eu possa aprofundar mais quando eu acompanho os estudantes, quando eu os acompanho em situação clínica. É algo que talvez eu possa aprofundar mais, porque não é necessariamente algo que eu aprofundo e quando você me faz essas perguntas isso me obriga a refletir sobre isso - eu nunca refleti sobre esse assunto. Então, você me obrigou a refletir, a pensar, a anunciar coisas que eu não tinha elaborado, que eu não tinha necessariamente desenvolvido antes [...] (FRP8, entrevista sessão única, 5 de maio de 2015, grifo nosso).

Eu considero que é um momento privilegiado que me permite refletir sobre como eu sou como formadora e o que faço. E o grande privilégio também de estar com você é esse *olhar sobre outro país que construiu outra lógica e que pode a seu tempo vir a ser um modelo* [...]. Também tomo consciência de elementos que já pensei, mas que não formalizei e isso é muito importante para dizer a si mesmo: eu já pensei coisas que posso formalizar e podem contribuir na nossa profissão. E isso é muito rico, muito enriquecedor. Penso que é importante fazermos regularmente encontros como esse, com doutorandos, para abrir nosso espírito [...] (FRP30, entrevista sessão única, 25 de junho de 2015, grifo nosso).

As citações elucidam o potencial reflexivo da pesquisa socioclínica institucional. O pesquisador e os participantes da pesquisa a partir de uma relação singular estabelecida durante o trabalho socioclínica refletem sobre a própria prática situando-a no contexto institucional que lhe dá sentido (MONCEAU, 2008b). Esse processo de análise de nossas

implicações e, também, de nossas sobreimplicações, tem potencial de transformar as práticas, na medida em que nos faz tomar consciência de coisas antes ocultas ou não-ditas nas organizações.

Essa pesquisa em especial também propõe um diálogo crítico entre as duas realidades, na perspectiva de “fazer ver” e “fazer falar” as lógicas das instituições Enfermagem e formação em enfermagem, especialmente no que tange o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

5 DIÁLOGOS ENTRE A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BRASIL E NA FRANÇA A PARTIR DO LUGAR DA PROMOÇÃO E DA PREVENÇÃO: ENFERMAGENS DISTINTAS EM PRODUÇÃO

Por meio dessa pesquisa-intervenção de abordagem socioclínica colocamos em análise o “aqui e agora” da formação do enfermeiro no que tange o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Também não perdemos de vista a perspectiva sócio histórica, isto é, colocamos em análise o processo de institucionalização da formação do enfermeiro no Brasil e na França.

Esse processo analítico coloca em evidência as diferenças entre as duas realidades o que nos permite dizer concretamente que não falamos da mesma coisa: não é a mesma profissão; não é a mesma formação; não é o mesmo programa; não é o mesmo professor; não é a mesma condição material e institucional de exercício. O que existe de similar é o nome “Enfermeiro”. Isto demonstra a impossibilidade de comparar as duas realidades. Não temos a intenção de comparar, mas sim de “fazer dialogar” os dados produzidos no trabalho de campo no Brasil e na França.

Os dados produzidos a partir do diálogo entre essas duas realidades são apresentados em dois eixos: no primeiro abordamos aspectos fundamentais da formação do enfermeiro no Brasil e na França e colocamos em análise o lugar que ocupa a promoção da saúde e a prevenção de doenças; no segundo apresentamos aspectos centrais sobre as bases materiais e institucionais da formação do enfermeiro no Brasil e na França.

Em suma podemos dizer que foi o analisador “lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação do enfermeiro” que nos permitiu analisar a instituição enfermagem e a instituição formação em enfermagem e suas bases materiais e institucionais (figura 2).

Figura 2 - Modelo esquemático dos resultados da pesquisa

5.1 Formação do enfermeiro no Brasil e na França e o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças

Utilizamos uma questão chave na pesquisa que permitiu ouvir os professores do Brasil e os formadores da França e, assim, “fazer falar” aspectos ocultos e contraditórios da instituição formação em enfermagem e instituição enfermagem. A questão chave que conduziu nossa análise interroga o lugar que ocupa a promoção da saúde e a prevenção de doenças na formação do enfermeiro. Isto implica em saber quais são os espaços e tempos utilizados na formação nas duas realidades e quais são os saberes e os fazeres de promoção da saúde e de prevenção de doenças desenvolvidos nestes espaços e tempos.

Essas questões permitem explorar as dimensões técnica, estética, política e ética da formação dos enfermeiros. Para tal nos apoiamos em Rios (2003) que define essas dimensões da seguinte forma: a dimensão técnica significa o domínio dos saberes (conteúdos e técnicas) necessários para a intervenção em sua área e à habilidade de construí-los e reconstruí-los com os estudantes. A dimensão estética tem relação com a presença da sensibilidade na relação pedagógica e sua orientação numa perspectiva criadora. Quanto à dimensão política, essa guarda relação com a participação na construção coletiva da sociedade e ao exercício de direitos e deveres e, por fim, a dimensão ética é considerada como fundante do trabalho competente. Rios (2008) chama de bom trabalho um trabalho que faz bem, isto é, que fazemos bem, de uma perspectiva técnica e política, e que faz bem para nós e para aqueles com os quais trabalhamos, do ponto de vista estético e, principalmente, ético. Fazemos bem quando ensinamos o que é necessário ensinar, quando temos consciência dos significados de nosso ensinamento no contexto sócio histórico, quando procuramos conhecer aqueles com quem estamos envolvidos no processo educativo, quando procuramos promover a construção da cidadania.

Buscando colocar em análise a dimensão técnica utilizamos o mapa conceitual⁵⁷. Essa ferramenta permite visualizar as relações de espaço-tempo de ensino aprendizagem do estabelecimento de ensino superior do Brasil e do IFSI 1 da França.

Os dados apresentados no mapa conceitual do Brasil (figura 3) foram obtidos nos planos de ensino das disciplinas (planos oficiais aprovados e divulgados no site do

⁵⁷ Entendemos o mapa conceitual como uma “ferramenta de organização do conhecimento, capaz de representar idéias ou conceitos na forma de um diagrama hierárquico escrito ou gráfico e capaz de indicar as relações entre os conceitos, procurando refletir a organização da estrutura cognitiva sobre um determinado assunto” (LIMA, 2004).

estabelecimento de ensino em 2014) e no projeto pedagógico do Curso de Enfermagem (versões de 2011 e de 2015).

Os dados apresentados no mapa conceitual da França (figura 4) foram extraídos de documentos oficiais do IFSI 1 como a grade de referências de estágio (2015-2016), o referencial de formação (2009) e o projeto pedagógico relativo a formação dos enfermeiros do IFSI 1 (2013-2014).

Em seguida, colocamos em análise as dimensões estéticas, éticas e políticas da formação no que se refere os saberes e os fazeres de promoção da saúde e de prevenção de doenças por meio de citações (diretas e indiretas) extraídas das entrevistas e das restituições desenvolvidas com os professores do Brasil e dos formadores da França.

família, a comunidade, os serviços de saúde mental, entre outros. Pela figura acima, podemos ver que há dezenove (19) espaços extra-universidade e dezoito (18) espaços intra-universidade para a formação. Foram considerados apenas os espaços formais que constavam nos planos de ensino das disciplinas e no projeto pedagógico. Nesses espaços são desenvolvidas atividades de ensino, de pesquisa e de extensão sob a responsabilidade e acompanhamento dos professores (doutores e pós-doutores) vinculados ao estabelecimento de ensino superior. Ou seja, é a Universidade que conduz todo o processo de formação dos estudantes de enfermagem, mesmo nos campos de prática.

Esse processo faz com que a instituição Universidade se aproxime necessariamente dos serviços de saúde e nesse processo atualizam aspectos dessa instituição tida como lugar, origem e fonte do saber, remarca a contraposição aos serviços, lugar de práticas que não é reconhecido como produtor oficial de saberes.

Podemos ilustrar essa questão com algo bastante concreto que acontece nessa relação entre a academia e serviços de saúde e que consideramos um analisador que coloca em evidência a Instituição Universidade. Para o estabelecimento do convênio entre a academia e os serviços para o desenvolvimento das aulas práticas e estágios é corrente indicar a “contrapartida” da academia, que frequentemente se constitui por cursos e/ou atividades de educação permanente e continuada dos profissionais de saúde, notadamente da equipe de enfermagem. Em suma, cabe aos serviços receber os estudantes e aos enfermeiros (tutores de estágio) acompanhar os estudantes em seu fazer cotidiano (algo que não é considerado um trabalho intelectual) e, por fim, cabe a academia reconhecida como um espaço de produção de conhecimento (e, portanto, de trabalho intelectual) contribuir com os serviços na formação permanente e continuada de seus trabalhadores.

Em relação à proposta curricular da formação inicial evidenciamos que a carga horária total do Curso de Enfermagem (Bacharelado) do estabelecimento investigado no Brasil corresponde a 4.000 horas (obrigatórias) distribuídas em disciplinas (cerca de 66,4%), estágios (cerca de 20,2%), trabalho de conclusão de curso (cerca de 4,1%) e atividades complementares (cerca de 9,2%).

Os estudantes também têm a opção de participarem de atividades curriculares do Programa Especial de Formação Pedagógica em Enfermagem com 660 horas no total distribuídas em disciplinas (cerca de 54,5%) e estágios (cerca de 45,4%). O tempo de duração do curso é de 4,5 anos (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem do Brasil, análise documental). Aqui cabe fazermos um parêntese já que essa proposta faz parte da formação do enfermeiro no Brasil (em alguns Cursos de Enfermagem), mas não da

formação do enfermeiro na França. O campo de atuação do profissional do Programa Especial de Formação Pedagógica em Enfermagem abrange a educação profissional em cursos técnicos de Enfermagem. Ou seja, é o enfermeiro (licenciado) que se ocupará pela formação dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Esses trabalhadores de nível profissionalizante representam o maior contingente no campo da saúde no Brasil, sendo fundamentais na prestação do cuidado, nos diversos níveis de atenção à saúde, o que implica afirmar o quanto é importante a atuação desses trabalhadores para a construção das mudanças propostas pelo SUS. Desse modo, faz-se necessário discutir a formação do enfermeiro licenciado, que se responsabiliza, por sua vez, como professor, pela formação dos auxiliares e técnicos de enfermagem (CORRÊA et al., 2011).

Nas disciplinas do Programa de Bacharelado e do Programa Especial de Formação Pedagógica em Enfermagem são desenvolvidas atividades teóricas e práticas nos espaços da Universidade e fora da Universidade. Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001) as disciplinas oferecidas pelo curso contemplam as ciências biológicas e da saúde, as ciências humanas e sociais e as ciências da Enfermagem⁵⁸.

Os conteúdos teóricos e práticos das ciências biológicas e da saúde contemplam as bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem (BRASIL, 2001).

Os conteúdos das ciências humanas e sociais incluem as diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença (BRASIL, 2001).

Os conteúdos das ciências da Enfermagem incluem as seguintes áreas: a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e

⁵⁸ O termo ciências da enfermagem se encontra nas DCN/ENF do Brasil e tem relação com os conhecimentos do campo da enfermagem (assistência, gestão e ensino). Segundo Almeida e Rocha (1986) esse arcabouço de conhecimento foi sendo construído a partir da década de 1950, sendo encabeçado por educadores de enfermagem norte-americanos da Escola de Enfermagem da Universidade de Washington. Ainda segundo os autores, o saber da enfermagem produzido na década de 1950, buscava essencialmente uma fundamentação para as técnicas de enfermagem. Esta fundamentação é chamada de científica e tem suas bases na psicologia, sociologia, antropologia, química, física, anatomia, fisiologia e microbiologia. Na França esse termo é pouco utilizado, não sendo considerado um saber acadêmico.

instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo; b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos teóricos e práticos que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem; c) Administração de Enfermagem: os conteúdos teóricos e práticos da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; d) Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem (BRASIL, 2001).

As atividades de estágio do Programa de Bacharelado desenvolvidas no Curso de Enfermagem são desenvolvidas no 8º e 9º semestres em serviços da área de atenção primária à saúde e hospitalar. As atividades de estágio são supervisionadas obrigatoriamente por professores enfermeiros vinculados ao Departamento de Enfermagem do estabelecimento de ensino superior e por enfermeiros preceptores (voluntários) vinculados aos serviços de saúde (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem do Brasil, análise documental).

Convém já assinalar aqui uma diferença com a formação francesa em que os estudantes são acompanhados pelos enfermeiros de serviço, também voluntários e são esses que validam as competências práticas adquiridas e preenchem os portfólios dos estudantes. Embora seja considerado como um trabalho do enfermeiro a partir do quadro jurídico-legal do sistema de saúde francês, isso não ocorre de forma tranquila e sem resistências ou contradições.

Pesquisa (LEBLANC, 2014) desenvolvida na França constatou que os enfermeiros (tutores) tem certa dificuldade no processo de acompanhamento dos estudantes nos estágios, embora dominem as ferramentas técnicas e clínicas do exercício profissional tem dificuldade de traduzi-las, de ensina-las, pois lhe faltam ferramentas pedagógicas. Desse modo, o enfermeiro faz uso de dispositivos de transmissão baseados em imitação, sem que haja muitas vezes um processo analítico e reflexivo sobre esse fazer. Quanto aos formadores acontecem algumas idas ao campo e reuniões de discussão nos IFSI, mas não necessariamente com a presença dos enfermeiros de campo. Leblanc (2014) considera que esse papel de acompanhamento por parte do enfermeiro deve estar ancorado no princípio da reflexividade (e nos pilares do agir, compreender e transferir os conhecimentos teórico-práticos) o que exige, portanto, um maior preparo e um maior

investimento por parte dos enfermeiros (tutores) que deve estar respaldado pelas organizações.

No trabalho de campo do Brasil nos deparamos com um momento de grande tensão entre a academia (representada por seus professores e gestores) e os enfermeiros dos serviços de saúde. Os enfermeiros informaram ao Departamento de Enfermagem que não mais acompanhariam os acadêmicos de enfermagem nos estágios, considerando que se sentiam reféns de uma relação utilitarista com a Universidade. Os professores que também se ocupavam da gestão do Departamento de Enfermagem (Direção do Departamento, Coordenação do Curso e Coordenação de estágio) abriram um canal de comunicação e de análise da “encomenda” (de não acompanhar estágios) com as enfermeiras. Durante essa reunião se evidenciou o analisador dinheiro. Esse analisador já foi proposto por Lourau (1977). Segundo L’Abbate (2004, p. 88, grifo do autor) “o dinheiro constitui um *analisador* muito sensível e potente, que permite esclarecer dimensões fundamentais e muitas vezes ocultas e contraditórias das relações entre os sujeitos que constituem a organização universidade”.

Nos cabe aqui explicar concretamente o porquê desse analisador. No município (local do trabalho de campo da pesquisa), os enfermeiros que se ocupam da gestão das Unidades de Saúde da Família não recebem um adicional no salário (o que chamamos de função gratificada), enquanto que os médicos e dentistas recebem esse adicional quando ocupam a mesma função. Outra situação é que os médicos (preceptores de estágio) também recebem da Universidade ou do município (não foi possível verificar a fonte pagadora) uma bolsa para ocuparem essa função, enquanto que o enfermeiro não recebe essa bolsa. Aqui se presentificam as instituições divisão social e técnica do trabalho, notadamente entre o médico e o enfermeiro. Também coloca em evidência a imagem do enfermeiro como uma pessoa benevolente e caridosa (que faz tudo de bom grado e docilmente) e que tem forte sobreimplicação.

Monceau (2008) considera a sobreimplicação como a impossibilidade de analisar a implicação, ou seja, de analisar as relações que se estabelece com as instituições. Em trabalho teórico mais recente (MONCEAU, 2013) expressa que as práticas desenvolvidas nos campos da educação e da saúde produzem, mais do que outras, um maior envolvimento dos seus agentes, pois o seu objeto são os sujeitos e esses são seres humanos. Esse maior envolvimento pode produzir condições apropriadas para a sobreimplicação.

As atividades de estágio do Programa Especial de Formação Pedagógica em Enfermagem também são desenvolvidas no 8º e 9º semestres em unidades de Ensino Técnico em Enfermagem, onde os estudantes farão o planejamento, a implementação e a avaliação de atividades do campo da docência (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem do Brasil, análise documental).

O preparo do enfermeiro para as atividades de educação e de gestão de serviços retroalimenta um papel socialmente reconhecido de que é a enfermeira que realiza ações de educação em saúde, formação e acompanhamento de outros trabalhadores da saúde, especialmente da equipe de enfermagem, bem como ocupa a gerência e gestão de serviços públicos e privados de saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000; FORTUNA et al., 2011).

No trabalho de conclusão de curso os estudantes desenvolvem um trabalho científico a partir de um objeto de estudo aplicado à Enfermagem, podendo ser oriundo de projetos de iniciação científica, de extensão ou outras modalidades (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem do Brasil, análise documental). O projeto pedagógico prevê a elaboração desse trabalho como exigência obrigatória para o título de Bacharel em Enfermagem, atendendo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001).

As atividades complementares não estão inseridas no desenvolvimento regular das disciplinas do curso e devem ser escolhidas e desenvolvidas pelos estudantes ao longo de sua formação. Constituem-se de atividades de caráter acadêmico, científico e cultural (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem do Brasil, análise documental).

A partir da análise documental do projeto pedagógico do Curso de Enfermagem e dos planos de ensino constatamos que a promoção da saúde e a prevenção de doenças perpassam a proposta curricular, especificamente entre o 3º ao 9º semestre. Os professores anunciam nesses documentos oficiais o desenvolvimento de ações educativas tanto em nível individual quanto coletivo em diversos espaços dentro e fora da Universidade. As disciplinas que anunciam explicitamente no plano de ensino a proposta da promoção da saúde e/ou da prevenção de doenças são: “Educação e Saúde” (3º semestre), “Nutrição e Saúde” (4º semestre), “Atenção à Saúde do Adulto” (5º semestre), “Atenção à Saúde do Idoso” (6º semestre), “Atenção à Saúde Mental” (6º semestre), “Atenção à Saúde do Trabalhador” (6º semestre), “Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente” (7º semestre), “Atenção à Saúde da Mulher” (7º semestre), “Estágio Curricular Supervisionado: Área Saúde Coletiva 1” (8º período), “Estágio Curricular Supervisionado: Área Hospitalar 1” (8º período), “Estágio Curricular Supervisionado:

Área Saúde Coletiva 2” (9º período), “Estágio Curricular Supervisionado: Área Hospitalar 2” (9º período) e “Estágio Supervisionado da Docência em Enfermagem 2 (9º período) (ANEXO C).

Em alguns desses planos de ensino pudemos identificar precisamente os espaços (fora da Universidade) onde se desenvolvem as práticas de promoção da saúde ou de prevenção de doenças como por exemplo: comunidades, salas de espera de serviços de saúde ou grupos de mulheres, Universidade Aberta da Terceira Idade⁵⁹, unidades hospitalares, Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Centro de Especialidades Médicas, Departamento de Vigilância Epidemiológica e Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPS - AD).

As atividades desenvolvidas nesses espaços exigem uma articulação da academia com o serviço, que se materializa durante o planejamento e/ou avaliação das atividades pelos professores e estudantes de enfermagem.

É importante demarcar que essa articulação nem sempre é tranquila, tratando-se do encontro de dois estabelecimentos (academia e serviço de saúde), mas ao mesmo tempo de diversas instituições: universidade, divisão técnica e social do trabalho, saúde, educação, entre outras. Todas elas, em movimento e transformação.

Um artigo publicado na França em 2005 de Harloe e Perry, interroga modos de se repensar a universidade sem que seu sentido seja esvaziado. Segundo os autores, atualmente há uma tendência em se estimular um novo papel de empreendedorismo e de abertura ao exterior por meio da internacionalização.

No Brasil, recente análise das universidades por Silveira e Bianchetti (2016) aponta o processo de adequação e adaptação que as mesmas vêm passando, impulsionadas pelos interesses econômicos e financeiros:

Em outras palavras, diante do fato de ter como encargos históricos transmitir o conhecimento socialmente produzido, pesquisar, produzir conhecimento novo e, mais recentemente, *inovador*, e, ainda que não seja de interesse da classe dominante, gerar pensamento crítico, a universidade veio sendo chamada, permanentemente, a *modernizar-se* e amoldar-se aos interesses do capital, formando novos quadros, profissionais e de pesquisadores, com diferentes níveis de formação em trabalho interdisciplinar, particularmente na área científica e

⁵⁹ A Universidade da Terceira Idade se constitui de um programa educacional que objetiva a inclusão social de pessoas adultas e idosas através de processos formativos nas áreas de Saúde, Cultura, Esportes Lazer e Cidadania/Trabalho (curso pago de acordo com o número de disciplinas). Também são oferecidos alguns cursos gratuitos em parceria com a Universidade (que participou dessa pesquisa) e com a Secretaria Municipal de Saúde.

tecnológica, incluída a transferência de conhecimento e de tecnologia ao setor empresarial (SILVEIRA; BIANCHETTI, 2016, p 92-93).

Desse modo, a instituição universidade se encontra com outras instituições para produção de suas atividades. Segundo Monceau (2012) há uma ressonância e interferência institucional capaz de ser captada quando há o encontro/desencontro das instituições.

Planejamento, implementação e avaliação de *ações educativas participativas em comunidades* (plano de ensino de educação e saúde, Brasil, análise documental, grifo nosso).

Realizar *orientações e educação em saúde em salas de espera ou grupos de mulheres* tomando como base suas necessidades de saúde (plano de ensino de atenção à saúde da mulher, Brasil, análise documental, grifo nosso).

Atividade prática de *educação em saúde para idosos matriculados na Universidade Aberta da 3ª Idade* (plano de ensino de atenção à saúde do idoso, Brasil, análise documental, grifo nosso).

Trabalho final: será realizado a partir de atividades práticas em *Unidades de Saúde da Família* previamente agendadas pelo docente. Esta atividade consistirá de um estágio de observação junto a equipe de enfermagem e agentes comunitários destes setores com o objetivo de identificar: 1. Levantamento de *riscos à saúde* do trabalhador; 2. Violência no trabalho de enfermagem; 3. Assédio moral no trabalho; 4. *Prevenção de acidentes de trabalho*; 5. Saúde mental e o trabalho; 6. Ergonomia (plano de ensino de atenção à saúde do trabalhador, Brasil, análise documental, grifo nosso).

...inserção nas *unidades hospitalares* do município [...] vivência da prática profissional do enfermeiro, desenvolvendo atividades relacionadas ao cuidado voltado para as necessidades individuais em saúde, à organização e gestão do processo de trabalho em saúde, à *educação em saúde*... (plano de ensino de estágio curricular supervisionado da área hospitalar, Brasil, análise documental, grifo nosso).

Inserção do estudante nas unidades da *Rede de Atenção Primária à Saúde* (Unidade da Saúde da Família-USF), *Unidade Básica de Saúde* (UBS), *Centro de Especialidades Médicas* [...], *Departamento de Vigilância Epidemiológica*, *Centro de Atenção Psicossocial - AD* (álcool e drogas) da Secretaria Municipal de Saúde [...] vivência da prática profissional do enfermeiro, desenvolvendo atividades relacionadas ao cuidado voltado para as necessidades individuais e coletivas em saúde, à organização e gestão do processo de trabalho em saúde, à *educação em saúde*... (plano de ensino de estágio curricular supervisionado da área de saúde coletiva, Brasil, análise documental, grifo nosso).

Também identificamos outros espaços durante as entrevistas e observações realizadas com os professores do Brasil dentro (Unidade de Saúde Escola⁶⁰) e fora da Universidade (centros comunitários, escolas, creches, cooperativas, ambulatórios, domicílios, praça, Organização Não-Governamental (ONG), casas de prostituição, assentamentos, tendas de umbanda⁶¹, entre outros).

Apesar de haver uma diversificação de espaços de ensino aprendizagem existe uma desarticulação das atividades no processo de formação, em razão de uma lógica disciplinar e especializada em que cada professor se ocupa de um determinado saber e fazer em um tempo e espaço determinado. Nesse processo de ensino aprendizagem cabe a cada professor individualmente planejar, implementar e avaliar se os objetivos das disciplinas foram alcançados e cabe ao estudante a complexa tarefa de estabelecer as relações entre as partes. A partir dessa lógica todos os conteúdos são compartimentados em disciplinas e divididos entre os *experts* vinculados aos departamentos do estabelecimento de ensino superior.

O modelo da departamentalização foi implantado na Universidade brasileira com a reforma universitária (Lei 5540/1968), em plena ditadura militar. Essa estrutura tinha a intenção de privilegiar a pesquisa básica, necessária ao projeto desenvolvimentista do governo. Também podemos considerar que buscava despolitizar a Universidade, diluindo as corporações tradicionalmente organizadas. Como decorrência, se fracionou a formação universitária, pois os cursos não mais se consistiam na estrutura básica da organização do conhecimento, sendo transferida essa função para o departamento, como a própria denominação já infere, trata de uma parte do saber profissional, sem uma intencionalidade mais forte para implementar relações horizontais com os demais saberes (CUNHA, 2012).

Um aspecto a remarcar é o de que embora se tenham reuniões pedagógicas previstas entre docentes para o planejamento, integração e avaliação do ensino, há um esvaziamento sistemático desses espaços. Tal perspectiva pode ser explicada de diversos modos em parte pela priorização das atividades de pesquisa em detrimento das atividades de docência. Estudo publicado por Dragnov e Sanna (2016) e que teve como população

⁶⁰ A Unidade de Saúde Escola é um espaço da Universidade onde são realizadas atividades de ensino, de pesquisa e de extensão pelos professores e estudantes dos cursos de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, gerontologia, medicina, psicologia, entre outros. Constitui-se como um ambulatório de média complexidade que atende pessoas do município e da região. Por muitos anos a gestão (direção) desse espaço esteve a cargo de professores do Departamento de Enfermagem.

⁶¹ Umbanda é uma religião brasileira formada de elementos de outras religiões e da cultura africana e indígena do Brasil.

estudada docentes de enfermagem do Estado de São Paulo, apontam despreparo pedagógico e desvalorização das práticas docentes:

Nesse contexto, o que qualifica o professor para o exercício da docência é a pós-graduação *stricto sensu* e, nesse aspecto, o mundo acadêmico revela o valor maior que dá às atividades de pesquisa, em comparação com as atividades de ensino. Os saberes da docência são distintos dos da pesquisa, e os primeiros são menos valorizados na cultura universitária. Assim, o professor segue modelos profissionais de docentes de sua história pessoal, isto é, tem como base as experiências que teve ao longo de sua formação estudantil (DRAGNOV; SANNA, 2016, p. 167).

Ressalta-se ainda uma história de proposta curricular em que os conteúdos relativos às ciências biológicas e da saúde estão dispostas nos dois primeiros anos da formação e, em seguida, a maior parte dos conteúdos das ciências da Enfermagem são ministrados. Historicamente, essa estrutura curricular que divide o ciclo básico do ciclo profissional foi amplamente utilizada na formação em Saúde e em Enfermagem. Ainda hoje essa lógica é hegemônica na formação, mas tem sido alvo de duras críticas por provocar um distanciamento e uma dicotomização entre os saberes e os fazeres biológicos, clínicos e sociais. Essa estrutura curricular foi institucionalizada a partir da profissionalização da medicina científica e influenciou fortemente a organização da formação do enfermeiro.

Para Ceccim e Carvalho (2006) essa lógica de formação em saúde produz efeitos danosos na formação do estudante. Colocando em análise esses efeitos os autores falaram especificamente sobre a disciplina de anatomia. Considerando o seu poder analisador transcrevo o trecho na íntegra.

Nas disciplinas de anatomia estuda-se e toca-se o corpo morto, aprendendo do corpo seus órgãos e sua citologia, não sua dinâmica, seus estados, seus afetos. Sem referências a respeito daquele corpo para além da sua dimensão física, registra-se no imaginário técnico-científico da saúde um corpo como história natural, não um corpo com as singularidades do viver e do sentir. O estudante observa, toca, analisa e discute a respeito dos músculos, dos nervos, da disposição orgânica e fisiológica, em detrimento dos afetos, das implicações e das inscrições da experiência de viver. Muitos dos cursos passam a maior parte do tempo apresentando e formando a partir de um olhar – quando existem inúmeras possibilidades e, nesse sentido são olhares (no plural) – fixo, focado num corpo inerte, anistórico e descontextualizado da vida (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Essa lógica de formação que separa o corpo (biológico) do contexto sócio histórico e da singularidade dos modos de viver a vida se contrapõe aos referenciais da promoção da saúde e da integralidade do cuidado⁶².

Alguns professores refletiram durante as sessões de entrevista sobre os efeitos dessa estrutura curricular na formação profissional do enfermeiro.

Eu acho que é um *ensino fragmentado* e aí o *aluno* quando ele vai fazer essa reflexão, ele *não consegue ver esse todo*, fica muito difícil. Por exemplo, em processo de cuidar toda vez que os professores vão dar uma técnica, por exemplo, tem que resgatar a anatomia e a fisiologia que já foi dada. Então, assim, fica muito distante lá nas ciências básicas [...]. Os alunos vinham e falavam assim para mim: Onde é que eu vou usar o equilíbrio ácido básico, aquela coisa complicada. Falei: Nossa, tem tudo a ver com o diabetes, com um quadro mais grave. Aí que eles veem essa associação. Então, *eu acho que está muito distante, fica fragmentada essa formação, esse raciocínio também fica, crítico e clínico fica fragmentado*. Então começa a ver o indivíduo por partes mesmo. Então, essa é a maior repercussão, um ensino que vai ficar fragmentado e aí se *perde toda essência desse cuidado* (BRP1, entrevista sessão 2, 14 de setembro de 2014, grifo nosso).

A professora (BRP1) faz uso de dois exemplos concretos para demonstrar os efeitos dessa estrutura curricular: no primeiro ela fala da dificuldade do professor, que tem que retomar conteúdos que não estão previstos em seu plano de ensino da disciplina (como na situação de Processo de Cuidar em Enfermagem) e no segundo fala da dificuldade do estudante de estabelecer as relações entre os conteúdos (como por exemplo, dificuldade de se relacionar o equilíbrio ácido-básico a uma situação clínica). A manutenção dessa lógica de formação compartimentalizada compromete o ensino do cuidado e a qualidade do cuidado em si quando fragmenta as pessoas em partes (sistema respiratório, sistema digestório, sistema urinário, entre outros).

[...] eu acho que no geral as pessoas estão preocupadas com a sua disciplina, com o seu pedacinho do conhecimento que vai acrescentar no processo de formação [...]. Então, *está muito fragmentado*. Então, fora o conselho de curso, *não temos momentos de integração entre áreas* [...] (BRP2, entrevista sessão 2, 25 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] *falta a interação entre as áreas*. Se as áreas se falassem mais, se se reunissem pelo menos uma vez por ano, tivessem um planejamento daquele ano, seria totalmente diferente [...] *não tem uma integração do*

⁶² Compreendemos a integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas, na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema, conferindo uma característica polissêmica e polifônica (SANTANA, 2007).

todo e aí fica difícil o aluno ter essa visão global, porque ele vê tudo separado [...] (BRP9, entrevista sessão única, 26 de setembro de 2014, grifo nosso).

A sensação que eu tenho é que *a gente quer dar o maior número de informações no menor tempo*, porque o tempo acaba sendo reduzido. Então, nós temos uma carga horária de disciplinas muito grande e com *várias disciplinas* sendo distribuídas ao longo desse período, *estanques, sem interlocução entre elas [...]*. Eu faço isso nas minhas disciplinas, as minhas colegas de outras disciplinas também fazem isso. Então nós temos uma sobrecarga de informação muito grande, muitas vezes sem articulação [...] tem uma concentração muito grande de conteúdo, em um *modelo disciplinar [...]* (BRP20, entrevista sessão única, 08 de dezembro de 2014, grifo nosso).

As falas das professoras (BRP2, BRP9 e BRP20) nos revelam como a lógica instituída se estabelece no espaço da Universidade. Ao mesmo tempo que a organização (Universidade) cria dispositivos de “anti-integração” (como por exemplo, a ausência de espaços de produção coletiva, a criação de uma estrutura departamental e disciplinar, entre outros) que moldam as práticas dos professores, esses também moldam os dispositivos da organização.

[...] as áreas [...] deixam de conversar entre si e mesmo nas disciplinas parece que ainda falta algo [...] um cuidado integral, uma visão integral [...]. Eu acho que primeiro por conta da formação, do entendimento do que é saúde, todo movimento do cuidado e da doença muito medicalizado, muito biomédico e da especialidade. Eu acho que cada vez mais foi para a especialidade [...] eu acho que as pessoas, os docentes, *nós estamos indo para esse caminho da especialidade, aí acabamos levando o currículo para esse modelo [...]* (BRP4, entrevista sessão 2, 04 de dezembro de 2014, grifo nosso).

[...] eu acho que ainda precisa haver na formação [...] uma relação maior da atenção básica com atenção hospitalar. Eu acho que ainda existe uma quebra muito grande [...] *tudo é quebrado em disciplina*. Então eu tenho uma disciplina, ele tem outra disciplina e *o aluno tem dificuldade de relacionar uma coisa com a outra [...]* (BRP12, entrevista sessão única, 15 de dezembro de 2014, grifo nosso).

Os professores (BRP4 e BRP12) refletem sobre as repercussões do paradigma biomédico e especialista na formação do enfermeiro. É como se os saberes perdessem o sentido, a intencionalidade, quando são abordados de forma compartimentada em disciplinas. Essa lógica produz o efeito Lukács, ou seja, quanto mais a ciência se especializa mais se torna opaca a visão da totalidade (HESS; SAVOYE, 1993; BAREMBLITT, 2012).

Os efeitos são concebidos pelos analistas institucionais como formalizações de fenômenos recorrentes, que só se produzem e reproduzem em certas condições. Para a análise institucional os efeitos devem ser conhecidos não para que sejam reverenciados à maneira de uma legalidade positivista (as coisas são assim... assim as coisas devem ser), mas sim para que sejam analisados, combatidos ou favorecidos no campo da intervenção, da pesquisa, da formação, entre outros (RODRIGUES, 2003).

A análise dos professores corrobora com a literatura (CAMPOS et al., 2001; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; CARVALHO, 2006, SANTANA et al., 2010) sobre a hegemonia na formação em saúde e em Enfermagem de uma lógica disciplinar e fragmentada (que separa os conteúdos da anatomia, da fisiologia, dos fundamentos de enfermagem, entre outros), dicotomizada (que separa a atenção básica da atenção hospitalar ou ainda que separa o ciclo básico/biológico do ciclo profissional), individualista (que cria dispositivos de “anti-integração” no espaço da Universidade), biologista e mecanicista do ser humano (que situa os processos de adoecimento a partir de fatores biológicos). Essas lógicas instituídas na formação em saúde e do enfermeiro tendem a permanecer rígidas e em atualização, capturando movimentos instituintes em curso.

A partir do trabalho de campo observamos como são rígidas as fronteiras da Instituição formação em enfermagem (traremos abaixo exemplos). Esse aspecto nem sempre é evidente para nós que estamos imersos (e submersos) no processo de formação. A rigidez naturalizada e cristalizada nos transforma em seres humanos que enquadram ou disciplinam outros seres humanos que escolheram ser enfermeiros. Enquadrar ou disciplinar aqui, significa colocar na “forma” ou “formatar” a partir de uma lógica prescritiva e normativa. Ao colocar os estudantes na “forma” da Enfermagem também nos enquadrados e nos disciplinamos enquanto professores e formadores. Esses processos são engendrados através de mecanismos de poder que para Foucault não acontecem “por totalização, mas por transmissão, concordância, convergência, prolongamento” (FOUCAULT, 1982 apud DELEUZE, 2006, p. 40).

Podemos demonstrar por meio das citações abaixo como esse processo de disciplinarização ou de normatização dos corpos captura a educação e a promoção da saúde.

[...] na graduação em 1977 [...] a gente ia para comunidade, a gente tinha várias possibilidades de fazer trabalhos educativos e a gente

tateava. Não tinha nem uma disciplina que ensinava fazer trabalhos educativos [...] lugares que não tinham asfalto, que não tinham luz, mas era dentro da cidade e lá *a gente ia trabalhar questões de saúde, questões educativas, mas em uma perspectiva ainda de transmissão de conhecimento*. Então eram palestras, palestras no centro de saúde, palestras nas irmãs sacramentinas, palestras para as crianças, ensinar a ferver a água, clorar a água. Então *o levantamento que ia para comunidade era um levantamento protocolar*. Então não tinha essa perspectiva que depois eu fui construindo de um conhecimento mais compartilhado, mais dialógico [...] *tinha algumas coisas no curso que me incomodavam, mas eu não sabia muito bem como lidar com esses incômodos*, por exemplo, *só depois de uns anos que eu vim notar que fazia esse tipo de educação mais vertical, de transmissão de conteúdo* (BRP25, entrevista sessão 1, 14 de novembro de 2014, grifo nosso).

[...] (graduação entre 1980 a 1983) eu sentia que nós íamos muito para campo, estávamos em contato com a família e a gente seguia os programas. Então, todas as atividades dos estágios nós éramos focados. Tínhamos questionamentos na época [...] *que o ensino da teoria e da prática estavam muito descontextualizados* [...]. Na verdade, se for ver, era um pouquinho, porque *nós íamos já com a informação* [...]. Então, era aquela coisa assim de você ir já com algo pronto, as orientações já prévias, *sem às vezes analisar o contexto*. Isso era muito forte [...]. Só que a gente chegava não tinha, às vezes a pessoa não tinha recursos [...]. Então, às vezes, assim a gente trazia, dava as coisas. Eu achava, agora refletindo, era muito paternalista também [...]. Então, essa luta de condições melhores de vida, nós sinceramente não tínhamos tanto reforçado isso [...]. Então, também a gente não tinha um olhar, um olhar muito dessa questão de luta por direitos, apesar da década, que tinha uns movimentos. Mas assim, era o meu limite, tem que ter outros recursos de lutar pela política. Nesse momento dessa família, não tinha muito condições, então *dava uma sensação de frustração* [...]. Agora quando era na unidade (básica de saúde), era mais tranquilo, eu sentia que era mais tranquilo, porque a pessoa vinha e na época até tinha alguns grupos que nós participávamos [...]. Mas assim, *quando vinha o usuário para unidade eu enquanto aluna me sentia muito mais respaldada* [...]. Mas era aquela coisa, eu fazia as orientações na unidade, mas como era a vida dele lá fora eu não tinha essa visão [...] (BRP1, entrevista sessão 1, 28 de agosto de 2014, grifo nosso).

Nas citações de BRP25 e BRP1 evidenciamos como esse processo de enquadramento acontece no processo de formação do enfermeiro. Lá no espaço do cuidado que também é o espaço do ensino (em ato), a lógica da transmissão do conhecimento ao usuário é reproduzida pelo estudante de enfermagem, assim como também é reproduzida pelos seus professores e formadores na sala de aula ou no campo de prática. Essas lógicas capturam a educação e a promoção da saúde, pois “fazem calar” as vozes dos sujeitos (os professores calam os estudantes na sala de aula e os estudantes calam os usuários), impondo um ser jeito de viver a vida.

Essa questão nos aproxima das ideias de Paulo Freire (1987) desenvolvidas no livro “Pedagogia do Oprimido” sobre a educação “bancária”.

Em lugar de comunicar-se, o educador faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção “bancária” da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los [...]. Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais de ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro (FREIRE, 1987, p 58).

Esses dispositivos de opressão transformam os educandos em “vasilhas”, em recipientes a serem “enchidos” pelo educador. Quanto mais vá “enchendo” os recipientes com seus “depósitos”, tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente “encher”, tanto melhores educandos serão (FREIRE, 1987).

Os efeitos produzidos por essas práticas educativas e de saúde incomodavam BRP25 e BRP1. Entretanto, os incômodos não foram elaborados analiticamente ou problematizados durante a graduação em enfermagem. Em uma formação disciplinada e de dualismo cartesiano (separação corpo-mente) não existe espaço de pensamento e de análise coletiva desses incômodos e mal-estares; eles não podem ser ditos pois produzem tensões nas relações profissionais e vieses nas pesquisas. A partir dessa lógica, os espaços do cuidado e do ensino mais “confortáveis” seriam os ambientes “assépticos” dos serviços de saúde a partir de uma abordagem prescritiva e normativa.

Nessa lógica de educação em saúde, os saberes da comunidade e o seu contexto sócio histórico e cultural não são reconhecidos como centrais no processo educativo, mas sim a doença em uma perspectiva de prevenção reducionista (que prioriza os fatores de risco e comportamentais em detrimento do contexto de vida e de trabalho das pessoas). Entretanto, essa abordagem de educação em saúde (magistral) não funciona quando estamos no ambiente das pessoas (em suas casas, em seus quintais, em sua vida cotidiana), pois lá compreendemos que as soluções prontas e acabadas não dão conta da complexidade do contexto e de suas iniquidades sociais.

No espaço do hospital esta lógica é ainda mais evidente. Lá o corpo do paciente deve ser passivo e dócil à assistência do enfermeiro, isso também se aplica aos processos educativos. Nesse contexto, o enfermeiro deve orientar aquele indivíduo que não tem a

informação adequada acerca dos aspectos necessários para a manutenção da saúde (déficit de conhecimento sobre a doença ou o tratamento). Nessa lógica, cabe ao enfermeiro planejar, implementar e avaliar os resultados da intervenção educativa apoiada em um modelo clínico individualizante e distante da visão do ser histórico e social.

Outros professores também refletiram sobre a relação entre a sua formação inicial e a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

[...] nós tivemos na época da graduação (entre 1982 e 1984), um conteúdo muito técnico e a promoção ela apareceu quando nós fomos para saúde coletiva. Então isso estava muito claro na minha mente, a divisão entre a formação clínica e cirúrgica dentro do ambiente hospitalar e a promoção da saúde que ficava muito focada nas disciplinas de atenção básica [...]. Então todas as questões de educação voltadas tanto para os profissionais quanto para comunidade [...] eram desenvolvidas nas disciplinas de saúde coletiva. Então era uma dicotomia muito forte. E isso ao longo da minha trajetória profissional, na minha carreira docente, eu percebi que os currículos eles têm muito essa formação [...] (BRP20, entrevista sessão única, 08 de dezembro de 2014, grifo nosso).

[...] meu curso (entre 1992 a 1995) foi aquele curso muito direcionado com tratamento curativo, terapêutica hospitalar. Tive disciplina como saúde pública, por exemplo, trabalhar a questão da prevenção, da orientação, pouquíssimo. Confesso até que era uma disciplina que eu não gostava nem um pouco. Eu gostava das disciplinas como médico cirúrgica, as disciplinas hospitalares [...] (BRP13, entrevista sessão 1, 29 de outubro de 2014, grifo nosso).

[...] a minha graduação (entre 1996 a 1999) foi muito voltada para ações curativas na verdade, tanto o currículo, como o foco que era dado pela faculdade e pelas professoras que eu sempre acabei me aproximando para desenvolver trabalhos extras ou atividades. Elas eram muito voltadas para uma área mais curativa do que de promoção e prevenção de saúde [...]. Na época da graduação as atividades de promoção e de prevenção pelo menos para mim naquela época [...] eram muito pontuais. Então para mim fazer promoção e prevenção era quando ia para um posto de saúde ou para uma comunidade fazer uma atividade X, uma orientação... (BRP16, entrevista sessão única, 09 de dezembro de 2014, grifo nosso).

[...] a experiência prática da minha época de aluna (entre 1997 a 2000) não foi uma experiência prática muito intensa na promoção da saúde e prevenção de doenças. Nós tivemos uma visão muito mais voltada para recuperação e reabilitação do que para promoção e prevenção. Na parte prática do ensino clínico nós tínhamos [...] um hospital terciário (escola) [...] nós tivemos muito da nossa prática clínica nesse hospital e realmente lá se enfocava muito mais a recuperação e a reabilitação, do que a promoção e a prevenção [...]. Eu lembro que as unidades da família estavam em processo inicial [...] no quarto ano eu tive a oportunidade de fazer um estágio em unidade de saúde da família (em outra cidade) [...] no último semestre do curso que nós tivemos um

enfoque maior em promoção da saúde e em prevenção de doenças tanto que [...] a minha vontade era de sair, me formar e trabalhar no hospital, porque eu não tinha um olhar, um olhar mais apaixonante para promoção da saúde e prevenção de doenças [...] (BRP22, entrevista sessão única, 12 de novembro de 2014, grifo nosso).

Na graduação (entre 2005 a 2008) eu não tive muito contato com a questão da promoção e da prevenção. Eles (professores) não diferenciavam muito para gente uma coisa da outra, falavam, mas nada aprofundado e aí o meu mestrado foi quando eu tive a minha grande aproximação com isso [...] e aí eu propus a minha dissertação de mestrado e aí eu confirmei realmente, que a nossa formação ela não nos dá essa coisa de trabalhar na promoção, de trabalhar na prevenção. Então, a gente tem aquela formação biologicista, fechada, biomédica, queixa-conduta [...] (BRP8, entrevista sessão única, 15 de setembro de 2014, grifo nosso).

Podemos verificar nas citações acima várias gerações de egressos da enfermagem brasileira (décadas de 1980, 1990 e 2000) que colocam em evidência que o modelo hospitalocêntrico e centrado no curativo ainda está fortemente arraigado na formação. Essa lógica faz parte de uma construção sócio histórica e foi institucionalizada a partir do processo de profissionalização da Enfermagem.

Contudo, essa lógica instituída na formação é tensionada constantemente por movimentos instituintes (que não cessam de negar o momento anterior, ou seja, as lógicas instituídas na formação) que se sustentam em outras compreensões e abordagens.

Observamos no trabalho de campo da pesquisa no Brasil, alguns professores que tem tentado escapar das fronteiras rígidas da Enfermagem a partir de conexões com outros saberes e em outros espaços de formação. Nesse processo emergiram outras racionalidades que fundamentaram a produção de saberes e práticas de promoção da saúde e/ou de prevenção de doenças. Algumas iniciativas são mais radicais produzindo rupturas nas lógicas biomédica, especializada, individualista, fragmentada e se apoiaram nas bases da promoção da saúde. Outros movimentos são menos radicais não produzindo rupturas, mas problematizando as lógicas instituídas. Esses geralmente se sustentam nas bases da prevenção de doenças.

Apresentamos abaixo algumas iniciativas desenvolvidas pelos professores do Brasil no âmbito do ensino, da pesquisa e da extensão.

BRP25 desenvolve atividades de ensino voltadas a educação e a promoção da saúde em espaços comunitários (centros comunitários)⁶³. Essas atividades propõe uma

⁶³ Os centros comunitários são considerados equipamentos sociais. Nesse espaço (que também é físico) as pessoas do bairro podem se expressar e pensar coletivamente estratégias para a solução de problemas da comunidade em uma perspectiva de luta por direitos sociais.

ampliação do olhar do estudante na perspectiva de ver além dos muros dos serviços de saúde; ver e apreender que existe produção de saúde e de vida fora dos serviços de saúde; ver e rever o lugar do enfermeiro nessa produção de cuidado, que também deve ser feita nos territórios vivos, na vida cotidiana e com a participação da comunidade. Neste sentido, diversificar os espaços de ensino aprendizagem pode ampliar ou pode produzir “brechas” para transformar as práticas de ensino e de cuidado a partir de abordagens mais dialógicas.

Analisar os processos educativos que permeiam as práticas sociais em saúde [...]. Desenvolver e aplicar *metodologias participativas de educação em saúde na interação com comunidades* [...] (plano de ensino de educação e saúde, Brasil, análise documental, grifo nosso).

[...] eu não queria que fosse unidade de saúde, porque *eu queria que fosse em outros espaços* [...]. A prática da Enfermagem tem que ser nas unidades de saúde [...]. Falei: não. Eu quero ir para outro lugar, para os alunos verem: *olha, aqui também faz saúde* e como depois eu posso dialogar com esses lugares quando eu for chefe [...]. Aí fui para os *centros comunitários* e aí fui procurando pessoas [...]. E até hoje eu estou com elas [...] faz mais de 15 anos [...] (BRP25, entrevista sessão 1, 14 de novembro de 2014, grifo nosso).

[...] o grupo de pesquisa foi assim um aprendizado fantástico [...] fazíamos estudos conjuntos, fizemos seminários e aprofundamentos de estudos todo ano. Fazíamos seminários e sempre com uma pergunta reflexiva. E nesse grupo de pesquisa éramos vários professores de formação distintas, alguns da área de saúde, a maioria não [...] era interessante, porque a gente ia vendo que toda prática social tinha processo educativo, que não tinha processo não educativo e eu *fui levando esses aprendizados também para a sala de aula e foi a partir desse aprendizado que eu dei essa formatação para disciplina de Educação e Saúde* [...] *a primeira coisa que eles (alunos) estudam é que as pessoas ensinam e aprendem em saúde e não é só no postinho* [...] (BRP25, entrevista sessão 2, 05 de dezembro de 2014, grifo nosso).

BRP25 também desenvolve, em parceria com outros agentes sociais, diversas práticas de educação e de promoção da saúde por meio de projetos de pesquisa e de extensão em diversos espaços (ruas, casas de prostituição, assentamentos, tendas de umbanda, ONG, associação, entre outros) e atividades complementares⁶⁴. Todos os

⁶⁴ A resolução CNE/CES nº 3/2001 define que o “projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar *atividades complementares* e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins” (BRASIL, 2001, p. 5).

processos educativos se apoiam no referencial da educação popular em saúde na perspectiva de se construir dispositivos instituintes para a reorientação da formação profissional em saúde. Um dos dispositivos utilizado pela professora é a convivência.

[...] a convivência é um processo educativo que aparece repetidamente nas pesquisas que a gente faz com grupo popular. *Se aprende através da convivência*. Então, tanto, que agora convivência tornou-se uma questão para mim e eu fui trabalhar no meu pós-doutorado, buscando o que que a universidade, os grupos acadêmicos e os grupos populares ensinam e aprendem na convivência (BRP25, entrevista sessão 2, 05 de dezembro de 2014, grifo nosso).

A educação popular que orienta as práticas de BRP25 é considerada um saber e uma teoria pedagógica que foram construídos coletivamente no Brasil e em outros países da América Latina, a partir da década de 1960, por meio de um movimento social e teórico de intelectuais, técnicos e lideranças populares implicados na transformação da sociedade. A intencionalidade do movimento era de superar as estruturas políticas e econômicas geradoras de pobreza e de opressão, mediante o fortalecimento da solidariedade, da amorosidade, da organização e da autonomia dos oprimidos e de seus grupos (VASCONCELOS, 2013).

Desde as suas origens históricas, a educação popular se constituiu fortemente vinculada à vida universitária, não como uma ação oficial, mas como inspiração de muitas práticas sociais que estudantes, professores e intelectuais iam tentando implementar nos espaços livres de seus trabalhos, muitas vezes com uma forma clandestina de extensão universitária no contexto da ditadura militar (VASCONCELOS, 2013).

No processo de redemocratização do Brasil muitos desses agentes sociais assumiram cargos e funções de chefia nas instituições públicas. No Ministério da Saúde e em algumas secretarias de saúde, por exemplo, são criadas coordenações de educação popular. Desse modo, muitas políticas públicas passam a incorporar saberes e fazeres construídos no movimento de resistência da sociedade civil, no qual a educação popular era elemento central. Nesse contexto, a educação popular deixa de ser subversiva para ser tolerada internamente pelas organizações, notadamente sob a forma de projetos de extensão (ou seja, ela passou por um processo de institucionalização). Muitos projetos de extensão popular vêm repercutindo em suas universidades, criando referências e provocando mudanças curriculares de muitos cursos de graduação da área de saúde. Também tem se expandido as produções no campo da pesquisa a partir de novas

abordagens como a pesquisa participante, a pesquisa-ação e a sistematização de experiências (VASCONCELOS, 2013).

O referencial da educação popular em saúde possibilita a criação de dispositivos de transformação no campo da educação e da saúde, na medida em que contrapõe radicalmente lógicas pautadas no biologicismo, no individualismo, na rigidez institucional, na neutralidade científica, entre outros. Embora também seja de certa forma capturada pela Instituição Universidade ao ser institucionalizada, sofrendo assim o efeito Mühlman. Para Lourau o efeito Mühlman compreende o processo pelo qual forças sociais marginais, minoritárias ou anônimas se corporativizam, ou seja, são reconhecidas pelo sistema das formas sociais já presentes. O instituído aceita o instituinte quando pode integrá-lo, quer dizer, torná-lo equivalente às formas já existentes (HESS; SAVOYE, 1991).

BRP9 desenvolve atividades de ensino, de pesquisa e de extensão no campo da parasitologia aplicada à saúde. Essas atividades integram os conhecimentos biológicos, clínicos e de saúde pública em uma perspectiva de prevenção de doenças infecto-parasitárias.

[...] dentro do Curso de Enfermagem a proposta é trazer o conhecimento teórico-prático para as doenças parasitárias com incidência no Brasil [...] eu acho que só aquela aula teórica no datashow, no giz, só aquela aula prática de lâmina não é suficiente para aproximá-lo (estudante) da doença. Então, esse aluno tem uma construção, durante as disciplinas, intercalo com aulas práticas e com alguns seminários [...] eu trabalho a parte de saúde pública com eles também e no final de todos os pontos previstos no cronograma, nós fazemos discussão de casos clínicos [...]. E aí o aluno tem que pensar [...] como uma doença parasitária poderia promover aquelas alterações de eletrocardiograma, de imagens como o Raio X ou um exame bioquímico [...] eu tento mostrar para eles que é um conjunto de fatores. O indivíduo é um ser complexo, então, a gente não pode só pensar no ciclo biológico [...] (BRP9, entrevista sessão única, 26 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] em 2010 esses casos clínicos despertaram interesse de um grupo de alunos e lá na Universidade a gente só tem liga dentro da medicina e a primeira liga fora da medicina foi fundada pelos alunos do Curso de Enfermagem que é a liga de parasitologia [...]. Junto a isso nós conseguimos um projeto de extensão da universidade em parceria com a diretoria de ensino e com a secretaria de educação [...] essa atividade promove uma integração dos alunos do Curso de Enfermagem, com os alunos do ensino fundamental, ensino infantil e Curso Técnico (de Enfermagem) [...]. Eles vão trabalhar a educação em saúde, em termos de prevenir e tentar mostrar que a profilaxia ela é muito mais eficiente do que ficar vermifugando [...]. Eu tento trazer para o meu aluno do

Curso de Enfermagem a realidade mais próxima que ele vai encontrar, quando ele sair dali, lembrando que as doenças parasitárias fazem parte do cotidiano de um país tropical como o nosso [...]. Então eu construí desse jeito a minha disciplina dentro da universidade e fora da sala [...] (BRP9, entrevista sessão única, 26 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] no primeiro semestre que eu estava entrando na Universidade eu tive seis alunos de iniciação científica duas com bolsas e as outras quatro voluntárias, todas do Curso de Enfermagem. E aí nasceu uma proximidade muito grande [...] com o Curso de Enfermagem [...] *hoje eu tenho alunos mestrando enfermeiros, eu tenho uma doutoranda enfermeira atuando em prevenção e controle de doenças parasitárias* [...] (BRP9, entrevista sessão única, 26 de setembro de 2014, grifo nosso).

Na área de saúde coletiva, as professoras (BRP2, BRP7, BRP23 e BRP24) instrumentalizam o estudante para conhecer a situação de saúde da comunidade a partir de referenciais da saúde coletiva. Nesse processo, o estudante se aproxima da realidade das famílias adscritas e dos trabalhadores das Unidades de Saúde da Família.

[...] *a gente tem como produto da disciplina de saúde coletiva o diagnóstico de saúde do território*. Então para gente produzir o diagnóstico de saúde do território, a gente trabalha com eles (estudantes) todo referencial teórico de modelo de atenção, de indicadores de saúde, de controle social. Tem um monte de referencial que a gente traz da própria vigilância em saúde e da epidemiologia, são referenciais teóricos que a gente vai trabalhando no decorrer da disciplina para subsidiar a experiência dos estudantes quando eles vão para prática para construir o diagnóstico do território. E a gente tem feito de um jeito [...] que essa inserção dos alunos nas comunidades possa contribuir para o fazer da equipe, porque no cotidiano, as equipes têm dificuldade de parar para olhar as suas informações e usar essas informações para planejar suas ações de saúde [...] *quando a gente está fazendo esta análise da situação de saúde, a gente está fundamentando inclusive para pensar em ações desencadeadoras de promoção e prevenção para as necessidades daquele território* [...] (BRP7, entrevista sessão 3, 11 de novembro de 2014, grifo nosso).

Eu acho que é um passo para construir um raciocínio, que *eles precisam conhecer primeiro o território, primeiro as pessoas, primeiro as necessidades daquele lugar*, para que possa traçar qualquer outro tipo de plano de ação, inclusive de promoção (BRP23, entrevista 1, 22 de outubro de 2014, grifo nosso).

Após essa atividade instrumentalizadora da saúde coletiva que acontece no 3º semestre, outras disciplinas da Enfermagem e os estágios continuariam (de modo transversal) o processo de formação do enfermeiro na área de atenção primária à saúde.

Aqui nos cabe fazer um parêntese para explicarmos que durante o trabalho de campo no Brasil nos deparamos em diversos momentos com falas relacionando a atenção primária com as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. É como se a atenção primária fosse o espaço ideal para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. De fato, existe uma clara inter-relação, nas cartas da promoção da saúde (declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, entre outras), entre os conceitos de atenção primária, promoção da saúde e cidades saudáveis (BRASIL, 2002).

Contudo, existem contradições e tensões que atravessam as práticas dos docentes e dos trabalhadores da rede de atenção primária, dificultando o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e da prevenção de doenças.

Podemos observar nas citações abaixo algumas explicações sobre as dificuldades que atravessam a prática docente:

[...] em relação a saúde coletiva é isso, é esse momento estanque no segundo ano e depois a ideia era retomar nas outras disciplinas. *Outras disciplinas também vão para atenção básica, mas vão com um outro olhar, um olhar clínico, um olhar de procedimento*, não um olhar da saúde coletiva, não um olhar de promover saúde [...] (BRP2, entrevista sessão 2, 25 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] a saúde coletiva permeia o currículo todo, todas as áreas. As pessoas têm sim incursionado para os campos, para os cenários da saúde pública, para saúde da família, alguns para UBS [...] mas, assim, sem muita aproximação, *sem muito domínio da questão das ferramentas da saúde coletiva*, seja na área da gestão, seja na área da atenção. Então *elas estão lá no cenário [...] levando a prática hospitalar que conhecem*. Mas a gente não consegue muito fazer esse movimento de *apropriação* mesmo, dos instrumentos e ferramentas que a saúde coletiva disponibiliza para a gente poder fazer uma formação mais integrada nessa área [...] (BRP23, entrevista sessão 2, 06 de novembro de 2014, grifo nosso).

[...] *isso não significa que a promoção e a prevenção tenham ganhado mais espaço [...]*. Então a atenção básica, como ela cresceu, abriu novas unidades e tal, são mais receptivas, mesmo com todas as dificuldades, acaba sendo espaço de ensinar procedimento [...]. *Ele (estudante) está mais na unidade (básica), mas está mais fragmentado em diferentes disciplinas*, uma hora ele está nessa [...] outra hora ele está naquela [...]. Então, assim, são outras lógicas que presidem essas escolhas e não a da formação integral, com manutenção desse vínculo ou acompanhamento de uma família, que eu acho que seria muito importante a formação desse aluno pensando na lógica da promoção e da prevenção, você ter esse olhar mais amplo, mais integrado (BRP24, entrevista sessão 2, 12 de dezembro de 2014, grifo nosso).

A partir das citações dos professores (BRP2, BRP23 e BRP24) podemos dizer que ampliar os espaços de ensino aprendizagem na formação do enfermeiro e ir para a rede de atenção primária não significa necessariamente mudança das práticas de ensino e de cuidado. A contradição é evidenciada quando se amplia as práticas na atenção primária sem considerar os referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos da saúde coletiva, mas sim do olhar biológico, especializado, da atenção curativa e hospitalar. Outra contradição na formação do enfermeiro é de ampliar esses espaços na formação sem que haja integração e diálogo entre as práticas de ensino desenvolvidas em cada disciplina (Saúde Coletiva, Atenção à Saúde do Adulto, Atenção à Saúde do Idoso, Atenção à Saúde Mental, entre outras).

Também podemos verificar nas citações abaixo algumas explicações sobre as dificuldades que atravessam as práticas nos serviços de atenção primária à saúde e os desdobramentos na formação do enfermeiro.

[...] acho que com raríssimas exceções, a equipe (de saúde da família) tem funcionado de acordo com o que foi previsto para que ela funcionasse [...] isso tem reflexo aqui na formação. Nosso aluno vai lá, ele aprende lá, mesmo que a gente converse, que a gente discuta, que a gente faça a reflexão, a prática é muito forte no processo de formação. E eu vi isso na minha tese de formação no doutorado, que a prática que o aluno vê no serviço de saúde e depois o que ele vivencia no estágio é muito mais forte do que a gente, do que a Universidade. A gente discute, conversa, estuda, lê. Parece que o que fica é aquilo que ele vê e o modelo que ele teve (BRP2, entrevista sessão 1, 01 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] não adianta você ir para atenção primária para você ver o indivíduo [...] lá é o modelo clínico predominante a prática vai ser predominantemente clínica voltada só para a doença [...] (BRP2, entrevista sessão 1, 01 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] o papel do enfermeiro no mundo (cita a Inglaterra e a Espanha) está ligado a prevenção e promoção da saúde, no nosso país não é tão evidente assim [...] aqui o enfermeiro acabou ficando, na minha opinião, com um papel muito ingrato, que é o papel de fazer com que tudo funcione, de permitir que todo mundo possa trabalhar, de organizar tudo, de conseguir que tudo se resolva, isso é muito desgastante e pouco produtivo [...] traz pouca satisfação pessoal [...] se você pegar um enfermeiro na atenção primária o que ele menos faz é ação voltada para o paciente, dentro dessas ações o que ele menos faz ainda é promoção da saúde [...]. Então, eu não sei se a gente conseguiria pensar em um currículo desvinculado disso, eu acho que essa que é a grande dificuldade, que a gente não consegue pensar em um currículo muito diferente, porque a gente é muito amarrado com aquilo que o serviço oferece. A gente não consegue pensar além, porque tudo o que a gente vai fazer, a gente sabe que precisa de um mundo real para

contrapor e o mundo real está muito difícil para o enfermeiro [...] (BRP6, entrevista sessão única, 17 de setembro de 2014, grifo nosso).

As professoras (BRP2 e BRP6) apontam diversas dificuldades para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos serviços de saúde de atenção primária como: a fragilidade e até mesmo ausência; a priorização de ações clínicas restritas aos aspectos biológicos (da doença) e a centralidade em ações administrativas e de organização dos serviços de saúde. É como se a Universidade estivesse à mercê, impotente, amarrada diante de tantos desafios. Esses obstáculos para a promoção da saúde também foram levantados em uma pesquisa desenvolvida em dois cursos de graduação em enfermagem (estabelecimento público e privado) do Estado de Minas Gerais (SILVA, et al., 2010).

As contradições presentes nos serviços e na gestão em saúde no campo da atenção primária têm atravessado a formação do enfermeiro (e reciprocamente), especialmente no que tange a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O modelo hegemônico nos serviços de saúde ainda é o curativo, mesmo na rede de atenção primária.

A atenção primária pretende deslocar o olhar da doença e do tratamento especializado para um enfoque integral com uma atenção centrada na pessoa e em seu contexto social. A atenção primária é considerada um ponto de entrada para o sistema de atenção à saúde, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação para potencializar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Desse modo, a atenção primária oferece o suporte filosófico necessário para a reorganização de um sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Também subsidia a reorientação da formação em saúde e em particular em enfermagem, na medida em que se amplia o papel do enfermeiro e, por conseguinte, a sua autonomia profissional.

O trabalho do enfermeiro na atenção primária foi tensionado a partir da implantação do SUS. Fez-se necessário, então, uma ampliação e resignificação dos seus fazeres com vistas à realização de ações clínicas de atenção direta ao usuário, além do trabalho da administração e da organização do serviço de saúde (ALMEIDA, 1991). Esse tensionamento na prática do enfermeiro também provoca abalos na formação, tendo em vista que a academia deve formar os seus agentes em consonância com o sistema de saúde e a realidade dos serviços de saúde.

Os enfermeiros na atenção primária precisam ser capazes de identificar as necessidades sociais de saúde da população para planejar, gerenciar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações dos agentes comunitários de saúde conforme a realidade local,

assim como realizar assistência integral aos indivíduos e famílias. Além disso, o enfermeiro necessita desenvolver competências que ultrapasse a excelência técnica e inclua as dimensões socioeconômicas e culturais para enfrentar os problemas de saúde da população, em âmbito individual e coletivo. Desse modo, é imprescindível que ele vivencie um processo de formação profissional a partir das demandas dos serviços e das necessidades de saúde da população (MONTENEGRO; MENEZES BRITO, 2011).

Buscando reorientar a formação profissional em saúde a partir dos princípios e diretrizes do SUS foram sendo criados dispositivos indutores (políticas interministeriais) por parte do governo federal como por exemplo: as vivências e estágios para estudantes de graduação na realidade do SUS (VER-SUS), o SUS e os cursos de graduação na área da saúde (AprenderSUS) e pesquisa sobre o ensino da integralidade em saúde (EnsinaSUS), o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), entre outros.

Esses dispositivos ajudaram na perspectiva de superar muitos problemas da formação profissional, na busca de reorientar a lógica do ensino na saúde. Foram importantes ganhos no fortalecimento da interação ensino, serviço e comunidade, adoção de estratégias metodológicas mais ativas e mudanças curriculares. Porém, é preciso ter clareza que mesmo com os avanços obtidos, há resistência para o rompimento das lógicas instituídas na formação, que reverbera na legitimação do atual modelo de atenção à saúde pautado na forte divisão do trabalho. Embora constatamos ganhos expressivos em várias dimensões, os profissionais continuam sendo formados separadamente (formação uniprofissional), para no futuro trabalharem juntos, incoerência que produz importantes efeitos para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS (COSTA, 2016).

No que se refere a reorientação da formação do enfermeiro voltada à atenção primária identificamos pesquisas em âmbito internacional (KELEHER; PARKER; FRANCIS, 2010) e nacional (SILVA, et al., 2010; MONTENEGRO; MENEZES BRITO, 2011) que apontam fragilidades e potencialidades.

Pesquisa (KELEHER; PARKER; FRANCIS, 2010) desenvolvida na Austrália avaliou os currículos de todos cursos de graduação em enfermagem (total de 38 cursos) para entender como os currículos integram os princípios e práticas dos cuidados primários, promoção da saúde e cuidados primários à saúde. Os dados demonstraram um verdadeiro hiato nos currículos no que tange as competências do enfermeiro nos cuidados primários de saúde, em particular, na prevenção de doenças e na promoção da saúde, não estando em consonância com as agendas de reforma do sistema de saúde. Os resultados

demonstraram que: apenas um quarto dos cursos apresentavam uma unidade de ensino em saúde indígena; apenas um pequeno número de universidades oferta unidades de ensino em desigualdades em saúde e determinantes sociais de saúde; algumas universidades abordam no curso, a filosofia do cuidado primário à saúde. Todavia, a maioria dos cursos simplesmente abordam os cuidados primários à saúde e a promoção da saúde e o bem-estar como um tópico dentro do currículo; a maioria dos currículos oferecem uma única unidade de ensino voltada a saúde da comunidade ou a sociologia da saúde. Em suma, os autores consideram que a formação em enfermagem ainda está respondendo à demanda do cuidado primário à saúde, mas ainda é mais irregular do que sistemático.

Pesquisa (SILVA, et al., 2010) realizada com quatro (04) professores e cinco (05) estudantes em dois cursos de graduação em enfermagem (estabelecimento de ensino superior privado e pública) do Estado de Minas Gerais, oito (08) profissionais de saúde, um (01) coordenador de projeto social e um (01) presidente de Conselho Local de Saúde (CLS) demonstrou como dificuldades principais as seguintes questões: a descontinuidade das práticas de promoção da saúde por parte da Universidade; a frágil integração entre a Universidade e os serviços de saúde; a insuficiência de discussão teórico-conceitual e preparo dos estudantes em relação à promoção da saúde; a dicotomia entre a teoria e a prática.

Todas essas fragilidades também foram verificadas nesta tese de doutorado durante o trabalho de campo no Brasil. No entanto, como demonstraremos a diante alguns professores do Curso de Enfermagem buscam diminuir a descontinuidade de suas práticas nos serviços de saúde propondo atividades de extensão e/ou de pesquisa. No trabalho de campo da França identificamos a questão a questão do desinteresse dos estudantes em relação à promoção da saúde e a dicotomia entre a teoria (desenvolvida nos IFSI) e a prática (desenvolvida nos serviços de saúde).

Pesquisa (MONTENEGRO; MENEZES BRITO, 2011) realizada com quinze (15) enfermeiros vinculados a equipes de saúde da família de Belo Horizonte conveniadas (e parceiras no Pró-Saúde) com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) demonstrou que os enfermeiros (participantes da pesquisa) não se sentiam preparados para trabalhar na atenção primária após concluírem o curso, especialmente os egressos de estabelecimentos privados de ensino superior. Embora os enfermeiros não tenham citado concretamente as dificuldades encontradas durante o

desenvolvimento do exercício profissional afirmaram que não tiveram durante a formação inicial atividades práticas e/ou estágios suficientes nos espaços da atenção primária.

Esses dados não corroboram com os resultados desta pesquisa de doutorado. Constatamos que os estudantes desenvolvem atividades práticas e estágios na rede de atenção primária em vários momentos de sua formação. Embora alguns professores tenham questionado a qualidade dessas práticas tendo em vista a falta de integração entre as disciplinas e a hegemonia do modelo curativo no ensino e no serviço.

Montenegro e Menezes Brito (2011) também evidenciaram na pesquisa (a partir das falas dos enfermeiros) algumas possibilidades na formação inicial: a) o Internato Rural⁶⁵ (oferecido pelo estabelecimento público de ensino superior) foi avaliado como uma estratégia importante para provocar mudanças na organização dos serviços, assim como nas práticas de ensino e de saúde; b) o papel do professor foi considerado um elemento essencial para o aprendizado das questões relativas à atenção primária (preparo técnico do professor na área de saúde pública; o preparo pedagógico para o acompanhamento dos processos formativos e no relacionamento com os estudantes); c) a experiência dos estudantes que já eram trabalhadores da saúde (como técnicos de enfermagem), inclusive nos serviços de atenção primária.

Apenas um desses elementos foi identificado como possibilidade pelos professores participantes desta pesquisa de doutorado. Alguns professores ressaltaram a importância da formação do professor (em saúde pública e saúde coletiva) para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Apresentaremos a seguir as iniciativas (possibilidades) desenvolvidas pelos professores do Brasil das áreas de saúde coletiva, administração em enfermagem, educação, saúde do adulto, saúde mental, saúde da criança e do adolescente e, por fim, saúde da mulher.

As professoras da área da saúde coletiva (BRP2, BRP7, BRP 23 e BRP24) têm buscado romper com o instituído na formação do enfermeiro propondo práticas mais

⁶⁵ Considera-se internato rural a modalidade de estágio que se caracteriza pela transferência do estudante do *campus* universitário para uma comunidade rural, onde permanecerá por tempo determinado (RUIZ et al., 1985). Os estudantes são inseridos nos serviços de saúde da atenção primária e desenvolvem ações de saúde (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) sob a tutoria de profissionais de saúde e a supervisão de professores.

integradas, interprofissionais e/ou interdisciplinares⁶⁶, especialmente no âmbito da pesquisa e da extensão.

BRP2 desenvolve um projeto de extensão⁶⁷ nas unidades de saúde da família onde foram realizados os inquéritos de saúde da comunidade adscrita durante a disciplina de Saúde Coletiva. O objetivo de tal projeto é de dar continuidade as atividades e manter o vínculo com as equipes. A professora e os estudantes (extensionistas) analisam com a equipes de saúde os indicadores levantados pela disciplina de saúde coletiva e elaboram coletivamente um plano de ação, inclusive no que refere as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

[...] esse projeto de extensão ele vai trabalhar também com uma coisa que eu tinha, que era uma frustração de fazer um papel na graduação e essa coisa não ter continuidade, não ter repercussão nenhuma. Olha, lá vem esse povo de novo levantar coisas, levanta, levanta e vai embora. É uma crítica que se faz as pesquisas que a gente faz e não dá feedback para as pessoas. Então, assim, a proposta é avançar muito mais, *a proposta do projeto de extensão é avançar muito mais, é transformar em ação as necessidades de saúde, discutir as soluções*, as possíveis soluções, elencar, fazer um planejamento de como essas ações, essas práticas vão sendo desenvolvidas, por quem e tentar ter uma ação mais coletiva dentro da atenção primária [...] (BRP2, entrevista sessão 1, 01 de setembro de 2014, grifo nosso).

BRP7 está construindo um projeto de extensão com uma abordagem interprofissional para que os estudantes dos cursos da área de saúde (enfermagem, medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, gerontologia, entre outros) desenvolvam ações conjuntas com as equipes de saúde da família.

[...] *a gente está tentando por meio de um projeto de extensão trabalhar um pouco a interdisciplinaridade*, para os alunos nos diferentes cursos de formação experimentarem o que que é, como que a gente faz cuidado compartilhado com aquele que não é do mesmo grupo que o meu e para gente ofertar também para as equipes (da saúde da família) que estão permeáveis a esta proposta outras possibilidades de pensar o cuidado, de estar junto, de ofertar ações junto com eles [...] *esse é o jeito que a gente está encontrando para se manter vinculado à rede (de atenção primária à saúde)*, porque a gente entende que isso é fundamental que

⁶⁶ “Destaca-se a distinção entre interprofissionalidade e interdisciplinaridade, referidas, respectivamente, como a integração das práticas profissionais e das disciplinas ou áreas de conhecimento” (PEDUZZI et al., 2013, p. 977).

⁶⁷ Os projetos de extensão são cadastrados na Universidade e se constituem por ações (de saúde, de educação, entre outras) desenvolvidas pelos professores e estudantes em comunidades e serviços (de saúde, de educação, entre outros).

é isso que alimenta nossa vida na formação [...] (BRP7, entrevista sessão 2, 10 de setembro de 2014, grifo nosso).

Consideramos como inovadora essa proposta para a formação do enfermeiro, na medida em que se observa um predomínio da educação uniprofissional e uma escassez de iniciativas voltadas à educação interprofissional (PEDUZZI et al., 2013).

Se, por um lado, essa proposta tem como intenção diminuir o abismo entre a Universidade e os serviços de saúde, por outro lado, também deseja diminuir o fosso entre os cursos da área da saúde dentro da própria Universidade. A possibilidade de planejar, implementar e avaliar coletivamente implica em conhecer a realidade dos serviços de saúde e da comunidade, assim como os conhecimentos e habilidades específicas de cada profissional na atenção primária à saúde e as fronteiras sobrepostas (conhecimentos interdisciplinares), em particular as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

A educação interprofissional fortalece o ideário do SUS e fornece subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada de saúde (COSTA, 2016). O dispositivo (inter)ministerial também tem potência para colaborar com a educação profissional.

Durante o trabalho de campo da pesquisa também identificamos outras propostas de educação interprofissional (PET e o Núcleo Multidisciplinar em Economia Solidária) que carregam a possibilidade de fortalecer o ideário do SUS (serão abordados a seguir).

BRP23 e BRP24 desenvolvem ações educativas em cooperativas por meio do Núcleo Multidisciplinar em Economia Solidária. Essas atividades partem da realidade social e do conhecimento das pessoas sobre a saúde, a doença, o cuidado, o direito à saúde, entre outros. Possibilita ao estudante a construção de várias ferramentas importantes para a promoção da saúde como a autogestão (conceito também utilizado na análise institucional), a autonomia e o empoderamento⁶⁸. Apoiam-se nos referenciais da saúde coletiva e da economia solidária.

*[...] a gente trabalha muito nessa perspectiva de partir do que as pessoas vivenciam, suas questões de saúde e de doenças do trabalho, do cuidado à saúde. *Trabalhar a perspectiva do que é qualidade de vida*, que aspectos são importantes para a vida das pessoas e como a gente pode*

⁶⁸ O empoderamento pode ser entendido como um processo de ação em indivíduos e grupos nas comunidades para melhorar a qualidade de vida, constituindo-se em uma estratégia de redução das iniquidades em saúde (WESTPHAL; WALLERSTEIN, 2007).

estimular [...], melhorar a qualidade de vida das pessoas, *a partir do que elas têm enquanto recurso, enquanto potência, enquanto direito [...]. Esse projeto está sempre vinculado com o nosso grupo de pesquisa e extensão [...].* Então a gente trabalhou durante muito tempo com as cooperativas de catadores de lixo e depois fomos para cooperativa de alimentação [...]. Então é assim, tem todo um trabalho com os alunos que estão vinculados a esse projeto, desse vincular e também as ações de desenvolvimento territorial. Então, eles fazem toda uma formação em economia solidária, são alunos que já trabalharam conosco na disciplina de Saúde Coletiva, então vem com um certo acúmulo [...] por outro lado, também tem alunos que nunca passaram por isso que são os alunos de outros cursos (BRP23, entrevista sessão 1, 22 de outubro de 2014, grifo nosso).

Na área da Administração em Enfermagem, as professoras (BRP5, BRP11 e BRP12) trabalham no ensino, na pesquisa e na extensão com a noção da prevenção de risco relacionada a segurança do paciente e a segurança do profissional no ambiente hospitalar.

[...] no gerenciamento eu atuo mais na área hospitalar mesmo, mas a gente discute muita coisa de *gerenciamento de risco [...]* na ideia de *segurança do paciente [...]* (BRP5, entrevista sessão única, 24 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] hoje eu venho seguindo, trabalhando com *segurança do paciente* e informática em enfermagem [...] eu tenho aluna desenvolvendo *jogo educativo sobre obesidade infantil* para trabalhar com crianças, uma outra aluna vai desenvolver *um jogo relacionada a esse, mas com uma parte mais fisiológica* para trabalhar com técnicos de enfermagem [...] tem uma aluna que está desenvolvendo um *jogo sobre a segurança do paciente para formação* também de técnicos de enfermagem [...] tem uma aluna que está desenvolvendo um *aplicativo para prevenção e tratamento de úlcera por pressão [...]* (BRP11, entrevista sessão única, 16 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] a interface que eu faço é no sentido de trabalhar com a *promoção da saúde do trabalhador e com a prevenção de doenças relacionados ao trabalho deste trabalhador de enfermagem* que é o objeto do meu estudo. Quando a gente desenvolve pesquisas ou projetos de extensão eu desenvolvo a luz de *promover um ambiente saudável para um profissional*. Então se eu estou discutindo o processo de trabalho, organização de processo de trabalho e cultura organizacional é porque isso impacta o adoecimento do trabalhador, seja físico ou mental. Então essa é a interface com a minha pesquisa e com a minha extensão e nas disciplinas que eu ministro. Além dessa interface, tem a interface de falar da promoção da saúde da população que é atendida, no sentido de enquanto enfermeiro eu tenho que analisar o objeto do meu trabalho e o cuidado de enfermagem [...]. Então, *uma das funções do enfermeiro é assegurar que o cuidado seja prestado [...]* com o mínimo de riscos possíveis para o usuário do serviço e para o usuário interno, que é o meu colaborador. Então hoje, um dos temas que a gente discute é

avaliação do serviço de saúde, qualidade de saúde, segurança do paciente, que são temas que estão muito associados a prevenção de doenças, talvez não em um referencial da atenção básica [...] (BRP12, entrevista sessão única, 15 de dezembro de 2014, grifo nosso).

As falas das professoras corroboram com os documentos oficiais (como por exemplo, o Programa Nacional de Segurança do Paciente instituída da Portaria 529/2013) na perspectiva de “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde” (BRASIL, 2014, p. 7). Consideramos que esse significado se ancora no referencial da prevenção de doenças.

Nas disciplinas “Trabalho e Educação” (5º semestre) e “Educação e Sociedade” (10º semestre) do Programa Especial de Formação Pedagógica em Enfermagem busca-se problematizar aspectos relativos ao campo da Saúde e da Enfermagem a partir de referenciais críticos da educação, da sociologia e da psicologia social.

[...] eu como professor [...] gosto de quebrar com a ideologia dos alunos, desnaturalizar o que está muito naturalizado na cabeça deles, fazer com que eles pensem melhor na papagaiada que às vezes eles ficam reproduzindo. O que é uma questão humanizante do ponto de vista do marxismo é desalienante. O que que é uma visão humanizante do ponto de vista da psicanálise é você se desfazer dos mecanismos neuróticos [...] (BRP14, entrevista sessão única, 25 de setembro de 2014, grifo nosso).

Compreender as relações entre sociedade capitalista, reprodução social e Educação. Analisar as contradições presentes no processo de reprodução das relações sociais na sociedade e nas instituições educacionais. Analisar as relações entre a realidade macro-social e institucional e as características e especificidades do campo científico (plano de ensino de educação e sociedade, Brasil, análise documental, grifo nosso).

Compreender as relações entre trabalho, sociedade e formação humana. Abordar a dimensão ontológica e histórica do trabalho. Analisar as relações entre trabalho, educação e saúde. Abordar a formação e atuação profissional na área de Enfermagem (plano de ensino de trabalho e educação, Brasil, análise documental, grifo nosso).

Na área de saúde do adulto tem sido desenvolvida atividades de pesquisa de qualidade de vida e de educação em saúde no ambiente hospitalar. Essa proposta tem certa proximidade com a metodologia da educação terapêutica do paciente (da França), apesar de não utilizar precisamente as mesmas bases teórico-metodológicas.

[...] *trabalho (na pesquisa) com qualidade de vida relacionada a saúde, ansiedade, depressão e autoestima de pacientes prostatectomizados, qualidade de vida relacionada a saúde* [...] tem uma *outra vertente também que é a vertente da educação em saúde*. Então nessa vertente eu trabalhei com um *material educativo* para cuidados com a sonda vesical em casa, eu fiz para homens mais especificamente [...] a gente confeccionou e validou um material [...] sobre os cuidados com a sonda e, assim, a gente trabalhou enfocando a *importância da orientação falada junto com a orientação escrita* [...]. Hoje eu tenho uma aluna trabalhando com material educativo, mas é para o cateterismo intermitente para pacientes que fazem uso do cateterismo em domicílio. A gente tentou rastrear nas UBS (Unidades Básicas de Saúde) do município e na ESF (Estratégia Saúde da Família) os usuários [...] que faziam o uso do cateterismo intermitente e aí a minha aluna ia tentar rastrear com os urologistas do município [...] (BRP17, entrevista sessão única, 09 de dezembro de 2014, grifo nosso).

BRP1 e BRP10 desenvolvem atividades de ensino, de pesquisa e de extensão na área de saúde mental. BRP1 desenvolve oficinas terapêuticas socioculturais no CAPS - AD⁶⁹ no âmbito no ensino e da extensão.

Os objetivos (anunciados no plano de ensino da disciplina de Atenção à Saúde Mental) são: desenvolver *relações terapêuticas com o usuário de saúde mental e que faz uso problemático de substâncias psicoativas*; cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, em uso problemático de álcool e outras drogas e da família [...]. As estratégias de abordagem para as *atividades socioculturais* consistem de dinâmicas, atividades de lazer, jogos terapêuticos, discussão de temas específicos, por exemplo: fatores de proteção e de risco ao uso de substâncias psicoativas; estratégias de enfrentamento e habilidade pessoais; prevenção de recaída; relacionamentos interpessoais; estratégias de enfrentamento e habilidades pessoais [...]; relacionamentos interpessoais/familiares; motivação interna e externa, entre outros) e filmes para discussão de temas [...]. *No projeto de extensão as oficinas terapêuticas constituem-se em espaços de intervenção terapêutica* que promovem aos usuários de álcool e outras drogas a socialização e reabilitação psicossocial, através de *atividades que ajudam apreender o sujeito em sua subjetividade e singularidade* (Diário de campo, Brasil, 16 de outubro de 2014, grifo nosso).

BRP1 também desenvolve atividades de educação continuada voltadas aos trabalhadores da rede de atenção psicossocial. Os trabalhadores da rede participam de um treinamento a partir das diretrizes internacionais para treinamento de pessoal de saúde em assuntos relacionados à prevenção e à assistência do usuário de substâncias psicoativas.

⁶⁹ CAPS - AD é um serviço de saúde especializada para atender pessoas dependentes de álcool e drogas seguindo as diretrizes do MS, que tem por base a liberdade e a inserção social.

[...] o projeto de extensão, tem um que eu faço *capacitação na rede que são de promoção à saúde mental*, principalmente em relação à álcool e drogas, que é a capacitação, a educação em saúde, que é a capacitação dos instrumentos de rastreamento que eles (trabalhadores de saúde mental) utilizam na rede [...]. Faço junto com um terapeuta ocupacional do CAPS - AD desde 2009... (BRP1, entrevista sessão 1, 28 de agosto de 2014, grifo nosso).

[...] *a gente está investindo na rede* (de saúde mental), porque a gente acha que na rede, podendo capacitar a rede, conseguimos fazer com que só vá para o CAPS - AD, os casos de CAPS - AD [...] (BRP1, entrevista sessão 2, 14 de setembro de 2014, grifo nosso).

Na disciplina de “Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente” observamos uma intencionalidade de se promover a saúde a partir do encontro singular e do diálogo entre o professor e o estudante em todos os espaços de ensino aprendizagem.

[...] essa coisa da subjetividade, é isso que eu acredito e é assim que eu me lanço para vida, enquanto pessoa, enquanto professora, enquanto cuidadora, enquanto chefe, nos diversos papéis que eu tenho. Ela passou a ser um guia, o rumo da minha vida. Às vezes eu erro, às vezes eu acerto, mas *a intencionalidade de promover diálogo, de promover possibilidade de estranhamento, de transformações*, elas estão sempre presentes e cada vez mais entendendo que [...] cada um vem com o que tem e que cada encontro provoca algo [...] que não necessariamente é o que você planejou [...]. Acredito que quando você senta com compromisso para conversar, você está transformando e é isso que eu tento provocar no meu dia-a-dia. Então, para mim *promover saúde é essa possibilidade de estar com, aberto e com intencionalidade* [...]. *Eu acho que essa abertura também é promotora de saúde* e é difícil ser aberto, porque muitas vezes você quer mais é se fechar, que é mais fácil [...] (BRP21, entrevista sessão única, 09 de dezembro de 2014, grifo nosso).

BRP21 expressa que promover saúde é um encontro de subjetividades que se dá de modo singular. Essa fala nos aproxima de Cecílio (2001) quando aborda o analisador necessidades de saúde a partir da criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e equipe e/ou profissional de saúde. Para Cecílio o vínculo é entendido como referência e relação de confiança, mas do que simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa (como no programa de hipertensos e diabéticos, por exemplo), significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades.

Na área de saúde da mulher, as professoras (BRP3 e BRP4) promoveram mudanças nas atividades de ensino a partir dos pressupostos da atenção primária à saúde e das políticas nacionais de saúde da mulher do país. O espaço da unidade de saúde da família

é considerado um espaço privilegiado onde o enfermeiro desenvolve com autonomia as suas ações, inclusive no que se refere a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Desse modo questionamos se o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças pode ser considerado como potente para o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro. É como se a partir do espaço da saúde da família, os enfermeiros atualizassem a instituição enfermagem, agora sem a tutela médica.

[...] na atenção primária ele (enfermeiro) assumiu tudo, ele assumiu pré-natal, ele assumiu toda estrutura de planejamento familiar, ele assumiu toda estrutura de câncer de mama e câncer de colo, ele assumiu o atendimento no climatério [...]. Então, *a gente foi percebendo que o espaço, a atuação do enfermeiro na atenção primária era muito grande [...]. Então, ficou muito claro para mim que a gente tinha que buscar um espaço na área de aprendizagem que permitisse isto, que permitisse que o enfermeiro em formação acompanhasse todo este processo [...]. É nesta formação de promoção e prevenção da saúde, no caso específico da saúde da mulher, está o grande lance de um enfermeiro que saia do seu contexto técnico.* E eu acho que tem uma outra coisa na área de saúde da família que para mim me encanta que é a autonomia, *eu acho que o enfermeiro tem uma autonomia que ele não tem em nenhum outro espaço [...]* (BRP3, entrevista sessão 2, 02 de outubro de 2014, grifo nosso).

As professoras também se apoiaram em novas referências metodológicas como a problematização⁷⁰ e a medicina baseada em evidências⁷¹ para a produção dos saberes e das práticas, inclusive no que se refere a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

BRP3 considera que as ferramentas da promoção da saúde e da prevenção de doenças são construídas no processo relacional, da escuta atenciosa e livre de discriminação e da reflexão coletiva que se dá na roda de conversa.

Eu acho que num pequeno grupo o aluno exercita uma série de elementos que são importantes para ele aprender as ferramentas da promoção e da prevenção. Em uma estrutura de pequeno grupo ele tem que ouvir, ele tem que esperar o colega falar [...] ele tem a oportunidade de ver que o colega dele trouxe um material diferente do dele e que nem

⁷⁰ “A Pedagogia da Problematização parte da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos e ideias e nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. Por esta razão, a capacidade que se deseja desenvolver é a de FAZER PERGUNTAS RELEVANTES em qualquer situação para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente” (BORDENAVE, 1983, p. 32).

⁷¹ Medicina baseada em evidências é “definida como o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência para tomar decisão sobre o cuidado individual do paciente” (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p. 692).

por isto é menos importante [...]. *Este olhar de aceitação do diferente, de escuta, de respeito, a horizontalidade* que se forma numa roda, num pequeno grupo. *O docente passa da posição de eu sou o dono do saber para uma situação de facilitação* [...]. Eu volto a insistir, eu acho que para você fazer promoção e prevenção você precisa de outras ferramentas, que não as ferramentas com referência no paradigma biomédico, não as ferramentas no paradigma técnico, não as ferramentas do endeusamento da prática [...] (BRP3, entrevista sessão 1, 09 de setembro de 2014, grifo nosso).

Eu acho que o fato de trabalhar com metodologias ativas e a gente está tendo essa experiência hoje com a disciplina, o aluno faz uma articulação super importante de conhecimentos. E ele busca sozinho sabe, ele vai lá e ele tem que dar um jeito de chegar nesse conhecimento e ele tem que ter uma série de ferramentas para ele chegar nesse conhecimento. Não é colocar no google. Então até isso a gente tem que recuperar e foi isso que a gente fez. Aprender a fazer busca em base de dados. *Então eu acho que o currículo de metodologias ativas possibilita ao aluno se aproximar da evidência científica e não do livro*. Ele sabe que ele pode ter o livro, o livro é importante, mas como ele tem que estar o tempo todo buscando conhecimento, ele vai aprendendo que o conhecimento está lá, está lá publicado nos artigos, está lá nas bases de dados de revisões. Então ele ultrapassa a ideia de hoje de um currículo disciplinar (BRP3, entrevista sessão 1, 09 de setembro de 2014, grifo nosso).

As professoras (BRP3 e BRP4) também desenvolvem diversas atividades de extensão e de pesquisa como dispositivos de transformação da formação do enfermeiro e da prática profissional na área de saúde da mulher.

A metodologia utilizada nas atividades de extensão é da roda, rompendo com as hierarquias na produção do conhecimento, ou seja, o professor está ao lado (e no mesmo nível) da mulher gestante ou do profissional da saúde.

[...] na extensão a gente trabalha em parceria, eu e professora (BRP3), na USE (Unidade de Saúde Escola) que é um *grupo de apoio à maternagem saudável*, em que a gente discute a questão do parto e do nascimento, mas com uma proposta mais ampla do que é maternar e do que é paternar [...]. *Então acho que é uma ideia de promoção da qualidade delas* [...]. Um outro é a *atividade de integração* entre o ensino, a pesquisa e a extensão [...] a gente tem trabalhado com essa ideia de *educação em saúde para questão do ciclo gravídico-puerperal*. Ele é meio misturado com outro *projeto de extensão* que é essa roda de conversa com [...] uma equipe [...] *criar o protocolo do município de pré-natal* [...] criar um protocolo que ajude as pessoas a direcionar o pré-natal de uma forma mais holística, olhando para essa família, para esse bebê, depois, no sentido de apoiar a rede cegonha. Então, é meio estruturado pelo que a rede cegonha traz, mas um pouco também do que a gente acredita que é uma atenção humanizada [...] (BRP4, entrevista sessão 1, 03 de setembro de 2014, grifo nosso).

[...] no ensino se eu não construir uma relação de vínculo, se eu não cuidar do espaço que é o meu cenário para a aprendizagem, ela morre na praia [...] e na extensão se eu não articular a extensão com as necessidades do município ou pelo menos minimamente com as necessidades daquele serviço [...] e a pesquisa eu acho que a pesquisa é muito recente para mim ainda [...]. Então, eu comecei com temas relacionados a aleitamento materno, mas pouco articulados, isolados, sem um impacto para a vida das pessoas, eu acho que faz muito sentido para mim hoje pensar em pesquisa com algo mínimo de transformação das pessoas, da vida das pessoas [...]. *Então, é um compromisso que eu tenho hoje, eu não tolero mais orientar um trabalho que vai engavetar.* Eu preciso de alguma forma arrumar um espaço de articulação [...]. Então, a gente tem buscado se articular e quando a gente articula, a gente articula as três áreas (ensino, pesquisa e extensão) (BRP3, entrevista sessão 1, 09 de setembro de 2014, grifo nosso).

Embora tenhamos constatado movimentos instituintes de promoção da saúde e de prevenção de doenças evidenciamos que esses saberes e práticas são desenvolvidas majoritariamente de forma isolada (nas disciplinas e de forma uniprofissional) e a partir da iniciativa de algumas professoras (ou pequenos grupos de professores). Vários professores desconheciam as iniciativas de seus colegas no que tange a promoção da saúde e a prevenção de doenças, tendo em vista que os planos de ensino, projetos de pesquisa e de extensão não são apresentados e discutidos com os pares nos espaços coletivos (como por exemplo no Colegiado de Curso). Isso demonstra certa fragilidade institucional na construção de ações mais transversais e que dialoguem durante todo o processo de formação do enfermeiro. É como se a soma dessas experiências produzisse um enfermeiro mais crítico, reflexivo e comprometido com o SUS.

Em que pese as dificuldades observamos movimentos instituintes de educação e de promoção da saúde com uma abordagem transdisciplinar e/ou interprofissional no âmbito da pesquisa e, sobretudo, na extensão. Embora o curso preveja as atividades de extensão ela é optativa, ou seja, não são todos os estudantes que participam e constroem essas ferramentas.

A partir da extensão são estabelecidas novas relações com o serviço e com a comunidade, criando-se assim novas abordagens e dispositivos para a transformação. Também promovem uma inserção social nas comunidades e no mundo do trabalho, fazendo com que os estudantes ampliem sentidos e significados daquilo que estejam estudando.

Nessa perspectiva, os dispositivos extensionistas provocam movimentos de desterritorialização e desestratificação, criam linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI,

1995) na rígida estrutura curricular. Ou seja, tiram os agentes sociais dos seus lugares estabelecidos e possibilitam a construção de novas redes, inclusive com outros saberes científicos e/ou populares. Nesse contexto, os professores, os estudantes, os profissionais e os usuários não são detentores do saber, todo o saber e o fazer é construído em processo e de forma provisória a partir do encontro singular e da experimentação.

A inserção da extensão como função acadêmica acena com uma nova epistemologia que valoriza os contextos das práticas como ponto de partida do conhecimento científico. Também derruba a tese da neutralidade da ciência e reconhece a relação entre os saberes de origens diversas como legítimos e necessários. Considera a dimensão política e cultural do conhecimento e de suas formas de produção (CUNHA, 2012).

Para Boaventura de Souza Santos (2004) a extensão vai ter em futuro próximo um significado muito especial. A reforma da Universidade deve conferir uma nova centralidade às atividades de extensão com implicações (nos currículos e nas carreiras dos professores) e concebê-las de modo alternativo ao capitalismo global, atribuindo às Universidades uma participação ativa na construção da coesão social, no aprofundamento da democracia, na luta pela justiça social e a degradação ambiental, na defesa da diversidade cultural.

Alguns professores também analisaram a potência da extensão na formação inicial do enfermeiro. Apresentamos a seguir algumas dessas falas:

Eu acho que a extensão é uma possibilidade dele (estudante) quebrar barreiras, porque eu acho que ele tem a oportunidade de vivenciar algo diferente do que que é uma prática clínica. Ele está muito preso ainda em aprender aquela técnica, aquele manejo [...]. Então acho que é uma possibilidade rica de olhar para a comunidade e de começar a ter contato com esse ir e vir e com as dificuldades, com as facilidades [...]. Então acho que é um ampliar da visão. O currículo é tão puxado, é tão a toque de caixa que eu acho que é uma hora que elas conseguem olhar de um outro patamar. A extensão permite que você olhe num outro cenário (BRP4, entrevista sessão 1, 03 de setembro de 2014, grifo nosso).

Então, nós estamos trabalhando com um grupo de estudantes, nas equipes de saúde da família, numa tentativa de explorar um pouco mais a questão da descentralização do tratamento da tuberculose [...] a intenção desses PET (Programa de Educação pelo Trabalho) e fazer mudanças, tanto mudanças na Universidade quanto nos serviços [...] e toda a mudança é complicada, ela não é uma coisa rápida, mas está caminhando [...] (BRP6, entrevista sessão única, 17 de setembro de 2014, grifo nosso).

Desse modo vemos que provocar abalos e rupturas nas lógicas instituídas é algo complexo, pois o instituído tende a ser estático e a conservar suas estruturas e seus modos de operar. Colocar em análise esses embates a partir desse trabalho socioclínico nos permite ver as contradições e as dicotomias do campo da formação do enfermeiro. E como defende Romagnoli (2014) o desafio da análise institucional se concentra em desconstruir essas dicotomias.

Em suma podemos dizer que o trabalho socioclínico desenvolvido nesta pesquisa possibilitou efetivamente a criação de espaços de pensamento. Nesses espaços que criamos (pesquisadores e professores) pudemos colocar em análise as nossas implicações e sobreimplicação da formação do enfermeiro a partir do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Esse analisador “fez falar” as instituições enfermagem e formação em enfermagem, assim como as suas contradições e dicotomias.

Constatamos que embora haja uma distância entre a formação ideal e a formação real há também um espaço de criação por parte dos professores, que tende a ser potente quanto mais se raspa as superfícies ou se rompe com as lógicas instituídas (do hospitalocentrismo, da medicalização, da biologicização).

Apresentaremos a seguir o mapa conceitual da França (figura 4) no qual estão expressos os lugares onde são realizadas as atividades teórico-práticas na formação do enfermeiro. Os dados foram extraídos de documentos oficiais do IFSI 1 (grade de referências de estágio, referencial de formação e projeto pedagógico).

Figura 4 - Mapa conceitual acerca dos espaços e tempos de ensino da formação inicial do enfermeiro na França

Com a universitarização a formação do enfermeiro na França passou a acontecer em três espaços: no IFSI, na Universidade (em particular nas Faculdades de Medicina) e nos campos de estágio. Na figura vemos que existe uma integração mais intensa (historicamente estabelecida) entre o IFSI e os campos de estágio, já que a Universidade foi introduzida no processo de formação a partir de 2009.

Os campos de estágios do IFSI 1 incluem serviços hospitalares, Instituições de Longa Permanência para Idosos, serviços de saúde mental, serviços de enfermagem à domicílio, entre outros. Notem que há nesses estabelecimentos a presença de possível dependência ou agravo à saúde já instalado, o que não impediria a realização de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

No IFSI 1 não existem laboratórios ou grupos de pesquisa e existe um número bastante reduzido de formadores com mestrado acadêmico (master 2). Esse dado corrobora com pesquisa desenvolvida na França por Tanda-Soyer, Eymard e Alderson (2014). Essa pesquisa demonstrou que a iniciação científica na formação do enfermeiro é algo incipiente na França, bem como a utilização de artigos científicos durante o processo de formação.

A extensão não faz parte das atividades desenvolvidas pelos formadores nos Institutos de Formação ou dos professores nas Universidades francesas. Para Cunha (2012) a extensão é uma característica das universidades latino-americanas⁷² e, certamente, responde aos anseios de uma sociedade marcada por fortes iniquidades sociais. Ela exige que a Universidade, em particular a pública, tenha responsabilidade com o desenvolvimento social, produzindo saberes e fazeres voltados a melhoria da qualidade de vida da população.

O percurso de profissionalização (inicial) dos estudantes de enfermagem tem uma duração total de 3 anos e é acompanhado de forma colaborativa pelos formadores dos IFSI e pelos enfermeiros dos campos de estágio a partir do princípio pedagógico de alternância disposto no novo referencial de formação. Ou seja, a formação é construída em tempos de formação teórica desenvolvida pelos formadores nos IFSI com 2.100 horas (distribuídas em 35 horas por semana) e em tempos de formação clínica realizada pelos enfermeiros nos campos de estágio com 2.100 horas (distribuídas em 35 horas por semana) (FRANCE, 2009).

Para Jajkiewicz (2003) a formação por alternância se constitui como uma modalidade de formação que permite a construção de competências. Isso requer que a alternância não seja tão somente uma simples sucessão de momentos teóricos e momentos práticos, mas que esses dois momentos interajam entre si e se alimentem mutualmente. Desse modo, a construção de saberes integrados supõe uma variedade de estratégias. Essas devem ser combinadas e mobilizadas em ato em situações profissionais. Assim, um dos princípios fundamentais da alternância é de permitir a ação em condições reais para que o sujeito construa suas próprias experiências.

A partir da análise documental do projeto pedagógico identificamos que o IFSI 1 situa a pedagogia por competências a partir de aproximações ao paradigma

⁷² Na América Latina temos um importante movimento produzido na Universidade de Córdoba, na Argentina, em 1919, que lutou pela democratização das estruturas acadêmicas e por uma aproximação da Instituição com as demandas da sociedade (CUNHA, 2012).

epistemológico do socioconstrutivismo. Consideram que é o aprendiz que constrói seus próprios conhecimentos por meio de saberes codificados a partir do referencial e de experiências vivenciadas em seu ambiente a partir de uma prática reflexiva (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da França, análise documental).

Embora anunciem no projeto pedagógico esse referencial epistemológico constatamos durante o trabalho de campo da pesquisa que nem todas as modalidades pedagógicas⁷³ utilizadas pelos formadores (e já previstas no referencial de formação) estavam sustentadas nessa abordagem. Consideramos que os cursos magistrais (*cours magistraux*), por exemplo, se ancoram em uma educação “bancária” na qual o formador transmite aos estudantes os saberes teóricos. Porém, vimos durante as observações certa resistência por parte dos estudantes a esse tipo de abordagem da transmissão, não necessariamente por uma crítica ao método. Podemos exemplificar concretamente aquilo que estamos chamando de resistência a seguir: os estudantes frequentemente conversavam durante as exposições dos formadores, não demonstrando interesse aos conteúdos apresentados. Os formadores aparentavam incômodo com o comportamento indisciplinado dos estudantes, mas seguiam sua aula.

O referencial de formação está articulado em torno da aquisição de competências necessárias para o exercício das atividades do enfermeiro, sendo: (1) Avaliar uma situação clínica e estabelecer um diagnóstico no domínio da enfermagem (*Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier*); (2) Conceber e conduzir um projeto de cuidados em enfermagem (*Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers*); (3) Acompanhar uma pessoa na realização de seus cuidados cotidianos (*Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens*); (4) Implementar ações visando o diagnóstico e a terapêutica (*Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique*); (5) Iniciar e implementar cuidados educativos e preventivos (*Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs*); (6) Comunicar e conduzir uma relação em um contexto de cuidados (*Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins*); (7) Analisar a qualidade de cuidados e melhorar sua prática profissional (*Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle*); (8) Pesquisar e tratar os dados profissionais e científicos (*Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques*); (9) Organizar e coordenar as

⁷³ As modalidades utilizadas na formação do enfermeiro na França são os cursos magistrais (*cours magistraux*), os trabalhos dirigidos (*travaux dirigés*), os trabalhos pessoais guiados (*travaux personnels guidés*) e os estágios (FRANCE, 2009).

intervenções dos auxiliares (*Organiser et coordonner des interventions soignantes*); (10) Informar e formar os profissionais e as pessoas em formação (*Informer et former des professionnels et des personnes en formation*) (FRANCE, 2009) (ANEXO D). Essas competências orientam as decisões pedagógicas tanto para a formação teórica como na clínica (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da França, análise documental).

Aqui cabe um paralelo com a situação do Brasil em relação às DCN/ENF. Não temos nas diretrizes brasileiras o detalhamento do referencial francês (que define precisamente as competências, as modalidades pedagógicas, os critérios de avaliação e até a carga horária de cada atividade teórico-prática). No Brasil, as Universidades gozam legalmente de autonomia acadêmica, pedagógica, administrativa e de gestão, podendo construir os projetos pedagógicos dos cursos (inclusive de Enfermagem) a partir das necessidades de saúde da população e características locoregionais.

Há uma preocupação do Ministério da Saúde para que a formação em saúde atenda as necessidades do SUS (BATISTA; GONÇALVES, 2011), no entanto, as diretrizes da educação são de competência do Ministério da Educação e muitos desafios tem se colocado para que ocorra um diálogo entre essas duas instâncias.

A partir do trabalho de campo da pesquisa podemos dizer que os formadores dos IFSI seguem o referencial de formação rigorosamente durante o planejamento, implementação e avaliação das atividades de ensino. Em alguns momentos pudemos nos deparar com a expressão: bíblia azul ou bíblia da enfermagem quando se referem aos documentos de base e orientações para a formação que estão contidos num livro de capa azul. Essas expressões colocam em evidência o “aqui e agora” institucional, mas também a gênese histórica da enfermagem e a sua forte implicação com a Instituição religião.

A formação teórica é desenvolvida a partir de unidades de ensino que abrangem seis campos: (1) Ciências humanas, sociais e direito (*Sciences humaines, sociales et droit*); (2) Ciências biológicas e médicas (*Sciences biologiques et médicales*); (3) Ciências e técnicas de enfermagem, fundamentos e métodos (*Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes*); (4) Ciências e técnicas de enfermagem, intervenções (*Sciences et techniques infirmières, interventions*); (5) Integração dos saberes e postura profissional do enfermeiro (*Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière*); (6) Métodos de trabalho (*Méthodes de travail*) (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da França, análise documental). Também são previstas as modalidades pedagógicas que devem ser utilizadas nas atividades de ensino, sendo: os cursos magistrais (*cours magistraux* - CM), os trabalhos dirigidos (*travaux*

dirigés - TD), os trabalhos pessoais guiados (*travaux personnels guidés* - TPG), os estágios (*stages*), entre outros (FRANCE, 2009).

A formação clínica é desenvolvida a partir de quatro tipos de estágios: (1) Cuidados de curta duração (*Soins de courte durée*): onde os estudantes desenvolvem práticas voltadas a pessoas acometidas de patologias e hospitalizadas nos estabelecimentos públicos e privados; (2) Cuidados em saúde mental e em psiquiatria (*Soins en santé mentale et en psychiatrie*): onde os estudantes desenvolvem práticas voltadas a pessoas com transtornos mentais ou psiquiátricos, hospitalizadas ou não; (3) Cuidados de longa duração e cuidados de seguimento e de readaptação (*Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation*): onde os estudantes desenvolvem práticas voltadas a pessoas que requerem cuidados contínuos ou de vigilância médica, em estabelecimentos que buscam a reinserção ou uma vigilância constante e de cuidados assistidos em instituições especializadas; (4) Cuidados individuais ou coletivos nos ambientes de vida (*Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie*): onde os estudantes desenvolvem práticas voltadas a pessoas ou grupos que encontram-se nos domicílios, no trabalho, na escola, entre outros (FRANCE, 2009).

Sobre a formação clínica exposta acima consideramos que caso houvesse uma forte preocupação com a promoção da saúde e a prevenção de doenças em todos esses estágios poderiam ser desenvolvidas atividades nessa direção.

No novo referencial de formação do enfermeiro, as competências devem ser desenvolvidas em alternância por meio da reflexividade. No projeto pedagógico do IFSI 1 reflexividade é compreendida como um método de aprendizagem para a ação e para a reflexão sobre a ação que permite ao estudante se apropriar dos saberes e fazeres a partir da relação entre a prática e a teoria (Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da França, análise documental). Essencialmente, a modalidade pedagógica utilizada para o desenvolvimento dessa reflexividade, no contexto do IFSI, é a análise de práticas. A partir desse dispositivo os formadores e os estudantes analisam coletivamente situações factuais vivenciadas nos campos de estágio e suas práticas profissionais.

A análise de práticas é uma estratégia baseada em passos estruturados em que um animador coordena a sessão, convidando os participantes a escrita breve de uma situação vivenciada, após uma delas é escolhida, o narrador a conta em detalhes. Segue-se um momento de esclarecimento de dúvidas quanto ao fato apresentado, seguindo-se da observação silente do narrador da situação escolhida, enquanto o grupo de participantes reflete e apresenta outros pontos de vistas ao que está sendo apresentado. Em um outro

momento, a fala retorna e esse participante e os demais escutam sem interferir em seus comentários. Ao final há uma síntese feita pelos participantes. Há diversas correntes de análise de práticas e referenciais teóricos que a orientam. Na França há uma revista sobre essa temática. Mais detalhes podem ser encontrados nos seguintes textos: *Apprendre de l'expérience: l'analyse des pratiques* (PÉAUD, 2013) e *Analyse des pratiques et processus de subjectivation en situation professionnelle* (LECOMTE, 2011).

Donnaint, Marchand e Gagnayre (2015) também apontam outros dispositivos utilizados na formação inicial dos enfermeiros franceses para o desenvolvimento de uma prática reflexiva, como: o registro analítico de situações vivenciadas nos estágios no portfólio; as entrevistas de acompanhamento pedagógico sobre uma experiência de estágio a sua escolha; as reuniões de informação (*débriefing*) na sequência de uma sessão de simulação.

A abordagem por competências busca romper com uma formação fragmentada e mecanicista em que os conteúdos são divididos a partir dos diversos segmentos do corpo humano ou das especialidades médicas (Enfermagem em cardiologia, em ortopedia, em neurologia, entre outros) e com um enfoque ao papel do enfermeiro. No caso do Brasil, aposta-se no currículo integrado para romper com essa lógica (fragmentada, mecanicista, especializada), contudo, ainda são escassas as experiências de currículos integrados na formação em saúde e em enfermagem. Apesar do Curso de Enfermagem do Brasil se estruturar a partir de uma lógica disciplinar também observamos dispositivos que buscam romper com a lógica instituída (como por exemplo, os PET, os projetos de extensão interprofissional e/ou interdisciplinar, entre outros).

No caso da França ainda que vejamos uma mudança no processo de formação do enfermeiro constatamos tensões e estranhamentos durante o trabalho de campo. Observamos que as dificuldades são produzidas no interjogo dos três espaços de formação (Universidade, IFSI e campos de estágio). Podemos demonstrar alguns atravessamentos nas citações abaixo.

Se as formadoras não se universitarizarem perderão o controle da formação. A Universidade não forma enfermeiros. E nossa legitimidade está lá. Nós sabemos formar os enfermeiros. Nós precisamos criar a unidade de ensino de ciências da Enfermagem, que está embrionária na França. Estamos na pré-história das ciências da Enfermagem na França. Os professores universitários continuam a dar cursos adaptado a médicos para os estudantes de enfermagem. Eles não reconhecem nossa competência, mas isso é histórico [...]. Para formar enfermeiros precisamos de uma competência de Enfermagem com uma

compreensão identitária e profissional [...]. Há enfermeiros e diretores que sofrem de complexo de inferioridade e os médicos (professores universitários) sofrem de complexo de superioridade [...]. As raras pessoas (formadores) que conheço que são doutores em saúde pública ou ciências da Enfermagem não deveriam deixar de ensinar (nos IFSI). Tudo está por construir. Não sei como fazer. A universitarização se fará, mas sem o formador (cadre formateur) é ruim. A Universidade formará os enfermeiros sem nós. O médico (professor universitário) jamais formará um enfermeiro. O médico formará um auxiliar de cuidados e o auxiliar de cuidados não é um enfermeiro [...]. Existe um complexo de superioridade dos professores universitários em relação a nós (formadores). Não existem movimentos de resistência. Nós somos uma profissão com 10% de sindicalizados. Nós temos um discurso junto aos estudantes, que os médicos não são superiores e que devem trabalhar em colaboração, mas não fazemos isso no cotidiano e na sociedade. *Quando os enfermeiros (campos de prática) reclamam que os estudantes são mal formados, digo para pararem de reclamar e para participarem da formação, porque eles (estudantes) são formados nos estágios.* Quando me perguntam no hospital o que penso da reforma, digo que não penso nada e que estou aplicando-a e aplicá-la nos obriga a fazer uma boa formação. Criticar por criticar não faz avançar nada. Não tenho uma ambição para mim, mas para minha ocupação (FRP2, entrevista sessão única, 17 de abril de 2015, grifo nosso).

Você disse: quem faz a ligação hoje entre os três parceiros de formação (IFSI, Universidade e campos de estágio)? É o estudante que faz a ligação. Ele é obrigado a fazer a ligação. E isso não é necessariamente evidente. *Eu não faço a ligação com a Universidade, a Universidade não faz a ligação comigo, por outro lado, faço a ligação com os parceiros do estágio [...].* Criar uma colaboração com um parceiro universitário dispensa muita energia, nessa criação de ligação [...]. Não temos a mesma filosofia de abordagem [...] (FRP24, entrevista sessão única, 08 de junho de 2015, grifo nosso).

FRP2 e FRP24 revelam as tensões e contradições que nascem nos (des)encontros entre os três espaços de formação. As falas das formadoras são reveladoras da instituição divisão social e técnica do trabalho. Para Matumoto et al. (2005) a divisão social do trabalho é inerente aos diversos modos de produção da sociedade e reflete a divisão de classes sociais, tendo em vista as diferenças que as constituem. A divisão decorrente do trabalho parcelado é própria do modo de produção capitalista, que também não deixa de ser uma divisão social.

O nosso trabalho aumentou consideravelmente a tal ponto de se tornar impossível ir ao campo de estágio encontrar os estudantes, exceto em situações de dificuldade [...] (FRP11, entrevista sessão única, 29 de maio de 2015, grifo nosso).

No antigo programa era feito um corte do ser humano. Hoje existe um raciocínio global. Isso é muito próximo do modo de trabalhar quando

estou próxima do paciente. Compreender como o humano funciona. É muito próximo do processo e do raciocínio. Mas é muito difícil para os estudantes, porque as relações são feitas pouco a pouco. É mais fácil para os estudantes aprenderem sistema por sistema, mas isso não é a realidade do amanhã [...]. Há coisas fortes no projeto pedagógico, há certa noção de alternância entre o campo e a clínica, a prática. Penso que é essencial. Mas o campo nos considera como extraterrestres. É necessário fazer um trabalho conjunto, a reflexão com as pessoas do campo, porque a verdadeira necessidade da população é o campo que conhece. É a nossa missão desenvolver a formação em torno dessa necessidade lá [...]. A parceria (com o campo de estágio) existe, mas é limitada. Não é falta de vontade, mas sim a questão do tempo [...] (FRP5, entrevista sessão única, 19 de maio de 2015, grifo nosso).

[...] os estudantes têm uma sensação que teorizam enormemente, que intelectualizam enormemente, mas que não corresponde a realidade do campo, mesmo que tenhamos a experiência do campo [...]. Existe muito antagonismo entre o campo e o IFSI. Do tipo: no IFSI não se faz nada e no campo se trabalha (FRP12, entrevista sessão única, 12 de maio de 2015, grifo nosso).

FRP5 fala das dificuldades dos estudantes de se adaptarem ao novo referencial pedagógico, já que nas escolas de nível fundamental (*école*) e médio (*lycée*) se reproduz a lógica disciplinar. Evidenciamos um discurso diferente no caso do Brasil. No Curso de Enfermagem, o modelo vigente predominante é o disciplinar e alguns professores expressam que os estudantes teriam menos dificuldades se o currículo tivesse uma proposta menos segmentada. FRP5 e FRP12 também revelam certa dicotomia entre teoria e prática. É como se houvesse um endeusamento da prática por parte dos agentes do processo de formação do enfermeiro na França.

Eu sou um pouco pessimista em relação a evolução da enfermagem francesa, mesmo com essa ideia de universitarização [...]. Não sei se mudaremos com essa chance. Me dá a impressão que não tenho mais força, coragem [...]. Não dá para fazer mudanças sozinho. Eu tenho consciência das coisas, mas é difícil fazer transformações a minha volta. Sou muito pessimista em relação a autonomia, mas essa autonomia está no desenvolvimento das ações de promoção da saúde (FRP3, entrevista sessão única, 19 de maio de 2015, grifo nosso).

Embora FRP3 tenha expressado dificuldade em enxergar as possibilidades de evolução da enfermagem a partir da universitarização ela sinalizou a promoção da saúde como um caminho para o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro. Aqui cabe fazermos um parêntese com os dados produzidos no trabalho de campo do Brasil. Professores brasileiros também relacionam a autonomia do enfermeiro com o

desenvolvimento de ações de saúde na atenção primária, especialmente no que tange a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A partir da universitarização da formação do enfermeiro na França várias mudanças foram desencadeadas e os saberes dos enfermeiros dos campos de estágios e, sobretudo, dos formadores foram radicalmente tensionados. Agora o mundo profissional onde os saberes técnicos são desenvolvidos deveria dialogar com o mundo acadêmico onde os saberes científicos são produzidos. Esse diálogo provoca atrito e mal-estares nos três espaços onde são formados os enfermeiros (IFSI, Universidade e campos de estágio), colocando em evidência uma divisão social e técnica do trabalho.

A universitarização da formação implica em uma profissionalização do formador, ou seja, ele deveria se instrumentalizar com novos saberes e fazeres mais conectados com o mundo acadêmico, contudo, não existe qualquer investimento por parte das organizações para os formadores se “universitarizem”. É como se a universitarização francesa tivesse que acontecer indefinidamente nesse modelo híbrido de formação em que os saberes científicos são desenvolvidos pelos professores universitários no espaço da Universidade e os saberes profissionais são desenvolvidos nos IFSI pelos formadores e nos campos de estágio pelos profissionais dos serviços (enfermeiros, tutores, cadre de santé, entre outros). Isso ressalta os antagonismos e as contradições comprometendo assim a qualidade da formação do enfermeiro.

Durante o trabalho de campo observamos que a profissionalização por meio da pós-graduação *stricto sensu* faz parte, na maioria dos casos, de um investimento e de uma ambição pessoal do formador, não havendo contrapartida por parte das organizações e dos estabelecimentos com uma política de qualificação e/ou de plano de cargos e salários. Ou seja, os formadores com mestrado não recebem qualquer gratificação por essa formação e não tem progressão na carreira.

Essa questão é similar ao que acontece com os enfermeiros que trabalham em alguns serviços de saúde no Brasil. A pesquisadora vivenciou tal situação durante o mestrado em enfermagem. Na ocasião era servidora pública estadual lotada em um grande hospital e não teve qualquer contrapartida por parte do Estado ou da direção do hospital (como, por exemplo, a flexibilização de horários durante a pesquisa). Após a conclusão do mestrado também não teve ascensão na carreira no Estado, sendo mantido o mesmo cargo e salário.

Na França, não existem programas de mestrados ou de doutorados na área da Enfermagem, fazendo com que os formadores busquem pós-graduações *stricto sensu* em

outras áreas do conhecimento, como por exemplo, nas ciências da educação, nas ciências médicas, na saúde pública, entre outras. Na França, os saberes e os fazeres da área da Enfermagem não são universitários, ficando estritos ao espaço dos IFSI e dos campos de estágio.

Há referências às dificuldades e desafios que a universitarização da formação dos enfermeiros na França vem vivenciando. Por exemplo: em 2008, antes da reforma, Schweyer apresenta as seguintes indagações e inquietações frente a universitarização da formação em enfermagem:

De outro modo dito: a universitarização que falamos tem duas faces: uma de abertura mas também de transformação do sistema universitário atual. Porque a ligação universitária poderá ter uma face escondida e tornar-se uma máquina de frustrações. Como evitar a armadilha das classificações e das desclassificações? A experiência das redes de saúde mostra, por exemplo, que os enfermeiros têm um papel importante e que suas capacidades de trabalhar em equipe, de ter uma abordagem global do paciente no seu meio de vida, são preciosas. Mas fazemos frequentemente a constatação de que as enfermeiras não se autorizam, senão raramente, a fazer valer seus pontos de vista. As elites profissionais podem até ser ativas e mesmo sonoras a esse respeito. Isso não impede que a interiorização de uma dominação nas relações de trabalho seja um “lote” de uma maioria de profissionais. Os títulos universitários permitirão aos profissionais de serem mais respeitados? De serem considerados como parceiros em pé de igualdade? Lhe darão a segurança necessária para fazer valer seu ponto de vista original e complementar? Permitir-se-ão de acessar a novos trabalhos na saúde pública? Se a universitarização ajuda a promover algumas mudanças culturais? A universitarização é uma oportunidade, mas ela não poderá executar sozinha todas as mudanças. Ela é então, uma ambição e um meio, mas não é um fim (SCHWEYER, 2008, p. 121).

É importante remarcar que essas indagações quanto ao reconhecimento profissional, autonomia e segurança para arcar com um ponto de vista, são também pontos sobre os quais se debruça a enfermagem brasileira. O último Congresso Brasileiro de Enfermagem que ocorreu em São Paulo (67^a Congresso) teve por tema: ***Para onde Caminha a Enfermagem Brasileira?*** Com discussões a respeito da autonomia nas práticas, pesquisa e ensino.

Certamente, em intensidades diferentes, pode-se dizer que a luta entre as categorias médica e enfermagem ainda estão presentes no Brasil, mesmo após tanto tempo de universitarização ou de produção científica, o que se configura uma atualização das suas marcas de fundação enquanto instituição.

Masseli (2004) conta em uma publicação em francês na Revista Saúde Pública (*Revue Santé Publique*) seu percurso como enfermeira no Brasil, desde a graduação até o doutorado e ainda fala sobre sua preocupação com a educação popular e as práticas de educação realizadas nos serviços de saúde. Conta de sua formação onde teve aspectos relacionados a prevenção de doenças e a promoção da saúde, comenta a experiência de trabalho na Amazonas, a realização do mestrado e doutorado, assim como sua aproximação aos referenciais de Habermas e da etnografia. Escreve também sobre sua participação como professora de médicos e enfermeiros numa universidade. Em que pese as características singulares de uma história, a mesma é possível e é emergência de um contexto sócio histórico, político e econômico. Assim, dificilmente essa poderia ser a trajetória de uma enfermeira francesa nos dias atuais.

A realidade me provocou um enorme estranhamento, considerando que sou uma professora do Curso de Enfermagem de um estabelecimento federal de ensino superior do interior do Brasil que teve direito de se afastar integralmente do trabalho por três anos durante o processo de doutoramento em ciências da Enfermagem e em ciências da educação (doutorado em cotutela), com garantia integral do salário em todo o período e garantia de progressão na carreira e no salário após a defesa do doutorado. Também tive bolsa da CAPES por sete meses durante o estágio sanduíche na França. Isso demonstra a distância entre as profissões de professor universitário e de formador nos Institutos, assim como a distância entre a Enfermagem no Brasil e na França.

Assim nos interrogamos como é possível fazer a universitarização da formação do enfermeiro na França sem a universitarização dos formadores. Isso aumenta a dicotomia entre os saberes acadêmicos e profissionais, dificuldade demasiadamente o diálogo entre os professores universitários e os formadores.

Outro aspecto importante identificado nas reflexões dos formadores e que atravessa esse processo de profissionalização da formação do enfermeiro tem relação com a implementação do referencial de formação. Observamos em muitos momentos durante as atividades de ensino no IFSI 1 que esse processo de transmissão de competências se dava de forma prescritiva e apolítica, sem que fossem considerados o contexto sócio histórico, as contradições, os conflitos, as relações de poder e de subordinação que se estabelecem no campo profissional na saúde e na enfermagem. É como se não houvesse lugar para a política, como se a tomada de decisões no campo da saúde fosse um ato estritamente técnico.

Desse modo, questionamos se os aspectos preventivos e de promoção da saúde fortalecem a posição mais política para a formação, nesse sentido, ainda que se pesem todas as dificuldades e despolitização de enfermeiros brasileiros, aparentemente temos uma maior análise crítica dos problemas sociais e de seus reflexos na saúde.

Acreditamos que uma formação que esvazia a política e a crítica torna-se uma ferramenta de massificação e alienação dos seus agentes na medida em que oculta as tensões e as lutas permanentes produzidas nos territórios das práticas sociais. Essa lógica instituída na formação dos enfermeiros reforça uma visão reducionista e tecnicista da profissão e, por vezes, confere aos seus agentes uma demasiada responsabilidade que os impedem de ver os contextos e as contradições institucionais (enfermeiro sobreimplicado).

Em relação à promoção da saúde e à prevenção de doenças constatamos nos documentos analisados na França (referencial de formação e projeto pedagógico do IFSI 1) que existe uma competência específica para o desenvolvimento de cuidados educativos e preventivos. Essa competência (Compência 5 - Iniciar e implementar cuidados educativos e preventivos) é trabalhada em duas unidades de ensino, sendo: Saúde pública e economia da saúde (*Santé publique et économie de la santé*) no 2º e 3º semestre e Cuidados educativos e preventivos (*Soins éducatifs et préventifs*) no 3º e 4º semestre.

Na unidade de ensino de Saúde pública e economia da saúde os conteúdos são distribuídos no 2º semestre nos cursos magistrais (20 horas), nos trabalhos dirigidos (15 horas) e nos trabalhos pessoais guiados (15 horas) e no 3º semestre nos cursos magistrais (20 horas), nos trabalhos dirigidos (20 horas) e nos trabalhos pessoais guiados (35 horas) (FRANCE, 2009) (ANEXO E). Nessa unidade, os cursos magistrais são trabalhados em colaboração com a Universidade. Essa colaboração se deu, por exemplo, a partir do desenvolvimento de um seminário (sob a coordenação dos professores e formadores) em que os estudantes apresentaram os trabalhos desenvolvidos na área de saúde pública a partir de um grupo específico da população.

Na unidade de ensino de Cuidados educativos e preventivos os conteúdos são distribuídos no 3º semestre nos cursos magistrais (4 horas), nos trabalhos dirigidos (21 horas) e nos trabalhos pessoais guiados (25 horas) e no 4º semestre nos trabalhos dirigidos (15 horas) e nos trabalhos pessoais guiados (35 horas) (ANEXO F) (FRANCE, 2009). Nessa unidade, os conteúdos são trabalhados exclusivamente nos IFSI. No caso do IFSI 1 se prioriza a abordagem de educação terapêutica do paciente nessa unidade de ensino.

Durante o trabalho de campo da pesquisa, os formadores enfatizaram que a promoção da saúde e a prevenção de doenças são domínios da Enfermagem em saúde pública.

Há várias atividades de ensino que exploram isso. No semestre 2 a unidade de ensino de Saúde Pública e no semestre 3. E tudo que é educação terapêutica do paciente que é explorada ao longo do semestre 3 e 4 [...]. A unidade de ensino Saúde Pública é um conteúdo da Universidade, há muitas noções essenciais. A partir do semestre 3 eles (professores universitários e formadores) demandam aos estudantes uma ação sobre o campo [...] (FRP4, entrevista sessão única, 08 de abril de 2015, grifo nosso).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças faz parte da competência 5. No referencial de formação começa a aparecer na unidade de ensino de saúde pública no semestre 2 e 3. Ela aparece igualmente na unidade integrativa (educação terapêutica) e após ela pode aparecer, mas não necessariamente. Essencialmente ela aparece nos semestres 2, 3 e 4 (FRP6, entrevista sessão única, 10 de março de 2015, grifo nosso).

Alguns formadores também consideraram que a unidade de ensino de Cuidados Relacionais (*Soins Relationnels*) (ANEXO G) também aborda alguns aspectos teóricos que possibilitam a produção de saberes e práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças a partir dos referenciais da psicologia, da sociologia e da antropologia. Essa unidade de ensino faz parte da Competência 6 (Comunicar e conduzir uma relação em um contexto de cuidados) e é desenvolvida no 2º, 3º e 5º semestres.

Incluo a promoção da saúde no cuidado relacional [...] para saber escutar o outro e de saber identificar quem é o outro para identificar quais são as suas necessidades. Para mim a educação em saúde não pode ser feita a partir do totalitarismo. Essa é uma coisa que sou muito sensível, regularmente no TD ou em momentos como esse quando estou com os estudantes digo que devem ter atenção com os conselhos, porque dão ao enfermeiro certo poder no campo do conhecimento que pode trazer um discurso totalitário [...]. A primeira competência da enfermagem educadora em saúde é a escuta do outro e que parta da necessidade do outro e a partir da realidade do outro [...] (FRP3, entrevista sessão única, 19 de maio de 2015, grifo nosso).

Historicamente vemos que a abordagem educativa foi instituída no programa de formação de 1979 com o ensino de saúde pública, sendo mantida no programa de 1992 e 2009. A abordagem educativa tem a mesma característica da abordagem de resolução de problemas e parte das necessidades da pessoa inserida em seu ambiente. As duas

abordagens constituem-se das seguintes etapas: coletar dados da situação de saúde, análise diagnóstica com a priorização de necessidades, elaboração de estratégias de resolução do problema de saúde, implementação de ações e avaliação dos resultados obtidos em termos de aquisição de saberes. Em 1972, a formação continua sendo organizada e segue o mesmo movimento para formar os profissionais nos serviços. Os enfermeiros, então, seriam capazes de problematizar uma situação de cuidado ou educativa. Em 1978, a função do enfermeiro foi definida legalmente por dois papéis complementares: o papel próprio (*rôle propre*) que possibilita ao enfermeiro a iniciativa de implementar uma abordagem de cuidados ou uma abordagem educativa voltada aos pacientes e o papel prescrito (*rôle prescrit*) que corresponde a implementação da prescrita médica. No campo da abordagem educativa esses dois papéis muitas vezes se reduzem a prescrição e implementação do tratamento terapêutico, na aprendizagem de técnicas para o autocuidado (administração de insulina, auto-sondagem, entre outros) ou sobre a doenças (VIGIL-RIPOCHE, 2006).

A partir do trabalho de campo da pesquisa podemos dizer que existe um lugar anunciado para a promoção da saúde e a prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro. Partindo desse dado analisamos com formadores de seis IFSI da região parisiense como, porque e para que esses saberes e práticas são desenvolvidos na formação do enfermeiro. Constatamos que existe uma distância entre a formação prescrita e a formação realizada. Ou seja, apesar de estar previsto nos documentos oficiais não está tão evidente na prática concreta. É como se houvesse uma priorização dos cuidados curativos desenvolvidos no espaço hospitalar.

Na prática, a formação profissional em saúde aborda muito pouco o planejamento e a implementação de abordagens educativas junto aos usuários dos serviços (MORISSET et al., 2009), o que pode ser notado inclusive em relação à escassa carga horária da unidade de ensino de saúde pública. Mesmo que a abordagem da promoção da saúde esteja evidente nas políticas de saúde e no referencial de formação do enfermeiro na Europa ainda permanece obscura nos currículos de formação em enfermagem (MESSMER-AL, 2011).

Algumas reflexões foram realizadas pelos formadores durante as entrevistas e sessões de restituição que nos aproximam das situações concretas e do contexto institucional.

Uma primeira explicação coloca em evidência o lugar e o papel do enfermeiro no campo da saúde. Existe uma imagem sócio historicamente construída de que o enfermeiro

se ocupa exclusivamente de atividades técnicas e curativas prescritas pelo médico, tendo em vista que a maioria dos enfermeiros na França trabalham no espaço do hospital.

De fato, o hospital como um instrumento de intervenção sobre a doença e o doente (FOUCAULT, 1979) prioriza as ações curativas em detrimento das ações educativas e preventivas em uma perspectiva mais ampliada de saúde, ou seja, que considera o ser histórico além do seu contexto social. Mas, mesmo no espaço do hospital, o enfermeiro também tem um papel voltado ao cuidado relacional e educativo. No entanto, essas competências e habilidades não são reconhecidas e tão pouco valorizadas pelos profissionais, pelos usuários e pelos estudantes.

Assim, existe uma tendência na formação em se investir e valorizar mais as competências técnicas e clínicas desenvolvidas no hospital ou no domicílio no caso das enfermeiras liberais. Inclusive as enfermeiras liberais são pagas por procedimento e não pelo cuidado relacional, educativo e preventivo. Nos hospitais também está presente essa codificação e quantificação dos atos técnicos, mas não das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Segundo Morisset et al. (2009) a remuneração por atos não está adaptada ao desenvolvimento da prevenção de doenças, nem ao suporte voltado aos portadores de problemas crônicos.

Podemos verificar nas citações dos formadores como essa lógica biomédica e hospitalocêntrica está instituída nos espaços de formação profissional do enfermeiro.

Florence Nightingale que teve a iniciativa da criação dessa formação em enfermagem [...]. O discurso da Nightingale teve eco nos Estados Unidos com as enfermeiras hospitalares e extra hospitalares. *Na França isso se fez em um pequeno momento uma dupla formação: da enfermeira assistente social e liberal; e as enfermeiras hospitalares.* Mas isso durou muito pouco tempo essa formação e muito rapidamente retornou-se a uma formação generalista. *E assim, pouco a pouco essa enfermeira de saúde pública se perdeu na França [...]. A escolha foi pelas enfermeiras hospitalares sob a tutela médica [...].* Ciente disse penso que é difícil na França de enfocar no campo da Enfermagem a saúde pública; de ter um verdadeiro lugar. Em geral, a formação vai mal nisso [...]. *Penso que na realidade a Enfermagem permanece auxiliar do médico e que a verdadeira autonomia está em se apropriar do domínio da promoção da saúde [...]* (FRP3, entrevista sessão única, 19 de maio de 2015, grifo nosso).

FRP3 revela algo importante para a compreensão do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças no “aqui e agora”. A enfermagem foi se constituindo sócio historicamente a partir do modelo nightingaleano (centrado no hospital e sob a tutela

médica), apesar de ter havido certa resistência desse modelo como já citado anteriormente.

Podemos verificar a hegemonia do modelo hospitalocêntrico e seus efeitos na formação do enfermeiro nas falas de FRP4, FRP 5 e FRP12, especialmente no que se diz respeito a autonomia do enfermeiro e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Há um lugar para as enfermeiras do serviço de prevenção em relação aos conselhos dados aos pacientes hospitalizados. É um papel que as enfermeiras praticam pouco. Elas são completamente voltadas ao ato prescrito pelo médico [...]. Faz parte do papel do enfermeiro, mas não é o papel que os estudantes se apropriam mais. Para eles o papel do enfermeiro é de implementar a prescrição médica [...]. A competência 5 é muito difícil de trabalhar, porque os estudantes não são suficientemente confrontados por situações [...]. Os profissionais do campo não veem como uma situação [...]. No ano anterior essa competência foi uma das competências com maior dificuldade de trabalhar, porque os estudantes não vivenciaram situações que poderiam determinar como cuidado educativo e preventivo [...]. Se o estudante não validar o terceiro indicador da competência 5 (pertinência da metodologia da promoção da saúde) não é grave. Isso já demonstra a posição em relação ao estudante na França [...]. Isso é uma coisa muito abstrata para a população e profissionais franceses [...]. A promoção da saúde e a prevenção de doenças permanecem marginais em relação aos outros estágios [...]. O que se passa na promoção da saúde é que esse cuidado não tem a mesma importância que o cuidado técnico do hospital [...] (FRP4, entrevista sessão única, 8 de abril de 2015, grifo nosso).

A competência 5 é interessante [...] desenvolver o preventivo, o educativo; desenvolver a pesquisa clínica. Mas como isso não é feito as enfermeiras do campo (tutoras de estágio) avaliam mal. Para se desenvolver essa competência deve encaminhar os estudantes aos estabelecimentos de saúde pública, partir para o exterior (outras Escolas de Enfermagem da Europa) [...]. Antes eu trabalhei em uma cidade que todos os anos se fazia a semana da saúde. Me dizem que tem necessidade dos estudantes para trabalhar com eles [...]. Eles (estudantes) aprendem a trabalhar em equipe com diferentes pessoas em torno de um projeto [...] e em situação com a população. Lá a competência 5 poderá se desenvolver [...]. Isso parou. Isso é ruim [...]. Esse novo referencial nos fez abandonar certas coisas que fazíamos. Isso é ruim, porque é lá que se aprende a essência; no seu meio de vida é possível dar suporte em sua globalidade. Não é no hospital [...]. Tive o prazer de encontrar nossos estudantes nesse campo. Nossa ocupação não é a técnica. Nossa ocupação é ao redor do humano [...], no cotidiano da vida todo dia e não da doença [...] (FRP5, entrevista sessão única, 19 de maio de 2015, grifo nosso).

Pesquisadora: Quais são as representações dos estudantes sobre a profissão de enfermagem e a formação?

FRP12: São executantes. *É a enfermeira executante do médico que vai fazer a punção, o curativo e a infusão.* Mas tudo que é cuidado educacional, educação terapêutica, tudo que é relacional, ética, legislação, psicologia, sociologia, antropologia não provoca o mesmo interesse [...]. Mas quando dizemos que tem um raciocínio até mesmo para um ato técnico como injeção eles não compreendem [...]. *A representação social da enfermagem é a vocação, a boa irmã.* E isso é difícil de mudar. Isso começa a mudar. Tenho mais de 36 anos de profissão e vejo modificações e evoluções [...] (FRP12, entrevista sessão única, 12 de maio de 2015, grifo nosso).

As formadoras avaliam que a promoção da saúde e a prevenção de doenças permanecem ausentes na prática concreta dos serviços de saúde, particularmente nos hospitais. Essa realidade produz efeitos importantes na formação do enfermeiro, dificultando o desenvolvimento das competências relacionadas ao cuidado educativo e preventivo.

Estudo (MESSMER-AL, 2011) também demonstrou esse hiato entre o discurso e a realidade na formação do enfermeiro na Suíça. O referido autor considerou que a profissionalização dos futuros enfermeiros em relação à promoção da saúde ainda está hesitante e frágil.

Outro estudo (DOLLET, 2014) realizado em Auvergne (França) demonstrou que os estudantes e os enfermeiros dos serviços de saúde têm pouco conhecimento sobre a promoção da saúde e que estão pouco implicados com essas ações. Também possuem uma visão reducionista da profissão e dos usuários, priorizando os aspectos técnicos. Por outro lado, demonstrou que os assistentes sociais (*assistants de service social*) são os profissionais mais envolvidos com as ações de promoção da saúde. Esses profissionais relataram múltiplas e variadas parcerias com os administradores, as associações e poucas parcerias com os enfermeiros dos serviços. Também investem mais no conhecimento das necessidades dos usuários relacionadas ao contexto de vida e de trabalho, como por exemplo: a condição financeira, a rede de apoio e as estruturas locais, entre outras.

Para alguns formadores, as práticas de promoção da saúde e/ou de prevenção de doenças são desenvolvidas prioritariamente no espaço extra hospitalar, como por exemplo, nas creches, nas escolas de nível fundamental e médio, no programa de proteção materno-infantil (*protection maternelle et infantile* - PMI), na rede cidade-hospital (*réseau ville-hôpital*), nos dispensários, nos centros de detecção, nas prefeituras (*mairies*), em empresas, entre outros.

Podemos demonstrar precisamente nas citações (falas) dos formadores esses espaços e os significados de promoção da saúde e de prevenção de doenças a partir de exemplos concretos.

[...] promoção da saúde [...] *sensibilizar os indivíduos sobre o que devem fazer para se manter em boa saúde*. Por exemplo: *na escola* [...] com os pais em relação a alimentação das crianças, higiene de vida (FRP4, entrevista sessão única, 08 de abril de 2015).

A promoção da saúde também é educar as pessoas sobre sua doença. Quando está doente conhece sua doença, compreende se há descompensação, por compreender como o funciona o tratamento. É mais educação [...]. Nós não fazemos muito. *Existem associações médicas que trabalham com a doença* [...]. Quando a doença retrocede o que se passa [...] estabelecem consensos/diretrizes. *No nível da enfermagem na França isso não existe*. Não conheço associação de enfermagem que vai refletir sobre os efeitos da ação educativa [...]. Não é feito. *Penso que a Universidade pode nos ajudar nisso, a refletir em conjunto sobre a pesquisa, mas a pesquisa clínica, não a pesquisa teórica* (FRP5, entrevista sessão única, 19 de maio de 2015, grifo nosso).

[...] *promoção da saúde* [...] *o que posso fazer para manter uma boa saúde*. Como manter uma boa saúde. Saúde não compreendida como ausência de doença, mas o estado de completo bem-estar biopsicossocial. É promover esse estado de completo bem-estar. *Na cidade existem oficinas promovidas pela prefeitura que são propostas a partir da população-alvo*, pode ser sobre o diabetes, a obesidade, etc., a partir do que é identificado na cidade. Isso permite ilustrar aos estudantes que a promoção da saúde é feita por todos e enquanto enfermeiro posso ser ator de promoção da saúde (FRP6, entrevista sessão única, 10 de março de 2015, grifo nosso).

PFR7: A imagem que tenho é que a promoção é muito ligada ao risco [...]. *A promoção é mais para mim o que é possível fazer para que a população tenha uma boa saúde*. Não se fala de doença na promoção. É mais global [...]. Essa é a minha representação. Por exemplo: higiene de vida, alimentação, higiene em geral, etc.

Pesquisadora: Quais profissionais se ocupam dessas ações de promoção da saúde na França?

PFR7: Muitas *enfermeiras escolares* [...] *no PMI* [...] em serviços de saúde escolar, não são numerosos e tem muitas escolas em um grande espaço geográfico [...]; em grandes campanhas de promoção da saúde são feitas em algumas escolas [...]. A prevenção de doenças um pouquinho no nível escolar e em alguns *dispensários*. Não conheço muitos. Há *centros de detecção*, por exemplo de tuberculose [...] (FRP7, entrevista sessão única, 04 de março de 2015, grifo nosso).

A prevenção de doenças são as campanhas vacinais, etc. (FRP2, entrevista sessão única, 17 de abril de 2015, grifo nosso).

A prevenção é tudo que é enfermagem escolar; que vai intervir perto dos estudantes sobre os efeitos do alcoolismo, sobre os efeitos do celular, etc. A enfermeira da empresa que vai trabalhar sobre o perigo da empresa e que vai implementar medidas preventivas. É a enfermeira do hospital que vai respeitar as regras de higiene para evitar que a doença se propague de um serviço a outro. A promoção da saúde também (FRP5, entrevista sessão única, 19 de maio de 2015, grifo nosso).

É justamente evitar que a doença apareça ou evitar em nível de prevenção os efeitos da vida cotidiana. É mais ligada à educação terapêutica do paciente. Prevenir doenças por meio da vacinação. Se o paciente está doente como evitar a repercussão de sua doença sobre a sua vida cotidiana. É o papel da educação terapêutica do paciente na doença crônica (FRP6, entrevista sessão única, 10 de março de 2015, grifo nosso).

Apesar de considerarem que as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças são desenvolvidas especialmente no ambiente extra-hospitalar observamos durante o trabalho de campo da pesquisa uma priorização dos estágios no meio hospitalar. Desse modo, podemos dizer que a enfermagem francesa é uma profissão de base hospitalar. O hospital é o lugar das práticas profissionais e de formação. Nele a doença já se instalou, a prevenção ainda é um pouco mais fácil de ser enxergada, mas a promoção da saúde fica muito distante pois os modos de vida, o contexto, os valores culturais, pouco são considerados e pouco estão incorporados nas práticas de cuidado hospitalar.

Pesquisa desenvolvida por Hardy, Eneau e Nagels (2014) demonstra que existe certa tensão identitária por parte dos enfermeiros educadores em saúde no meio escolar, em particular no que tange o desenvolvimento de um *rôle propre* (papel próprio) voltado à promoção da saúde e à prevenção de doenças. É como se tivessem que aprender uma nova profissão. Também reconhecem que esse novo fazer é muito pouco valorizado, especialmente o cuidado relacional.

Também notamos certa imprecisão sobre os conceitos de promoção da saúde e de prevenção de doenças, não sendo citadas as bases conceituais e teóricas desses dois referenciais. Existem poucos formadores nos IFSI *expertises* em saúde pública, isto é, com formação específica em saúde pública e comunitária.

Algumas formadoras consideraram que as ações de prevenção de doenças também são desenvolvidas no ambiente hospitalar, notadamente nas escolas de asma, de diabetes, do coração, entre outras, a partir da abordagem da educação terapêutica do paciente. Ainda relatam outros modos de se promover as ações educativas e preventivas no meio hospital, como por exemplo, nos aconselhamentos dirigidos aos pacientes sobre a doença,

o tratamento e as mudanças de hábitos, no controle de infecções hospitalares e nas ações voltadas à segurança do paciente e dos profissionais de saúde, entre outras, mas, consideram que na maior parte das vezes essas ações não são sistematizadas e nem registradas como atos pelos enfermeiros ou pelos estudantes de enfermagem.

No caso específico da abordagem da educação terapêutica do paciente exige-se obrigatoriamente uma formação específica de curta duração (mínimo de 40 horas) que é oferecida em associações, como por exemplo, a Associação francesa para o desenvolvimento da educação terapêutica (*Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique* - Afdet). Também existem mestrados específicos em educação terapêutica, como por exemplo, a Educação Terapêutica e Educações em Saúde (*Education thérapeutique et Educations en santé*) do Laboratório Educações e práticas de saúde (*Laboratoire Educations et pratiques de santé*) da *Université Paris 13*.

Apesar dos investimentos para o desenvolvimento da educação terapêutica a partir da lei nº 2011-940 de 10/8/2011 (*loi hôpital patients santé et territoires*) ainda se constata uma distância entre o discurso oficial e a realidade dos serviços. Estudos colocam em evidência essa contradição (MARIN-MARTINOD, 2002; LE RHUN et al., 2013). A partir do trabalho de campo da pesquisa alguns formadores também referiram que existe certo controle das atividades de educação terapêutica do paciente por parte dos médicos, que geralmente são os coordenadores das equipes nos hospitais. É como se o poder médico restringisse de certo modo a atuação do enfermeiro e o mantivesse sob a sua tutela. Também citaram que em várias equipes de educação terapêutica da região não se encontram enfermeiros, estando mais presentes os médicos, os farmacêuticos, os fisioterapeutas e os nutricionistas.

No âmbito da formação inicial do enfermeiro identificados estudos (JUSTUMUS; GAGNAYRE; D'IVERNOIS, 2000; VAN ROOIJ et al., 2012) também demonstram várias dificuldades das equipes pedagógicas de IFSI franceses para o desenvolvimento da educação terapêutica do paciente. A constatação é que existe uma contradição aparente entre as intenções pedagógicas e a insuficiência do referencial da educação terapêutica nas atividades teóricas e práticas.

Na formação inicial do enfermeiro essa abordagem é desenvolvida na unidade de ensino de Cuidados educativos e preventivos a partir de casos clínicos desenvolvidos nos trabalhos dirigidos. Busca-se avaliar as diferentes dimensões do ser humano, elaborar um diagnóstico educativo e um plano de educação terapêutica. No entanto, não são

desenvolvidas atividades práticas nos serviços de saúde, salvo situações em que alguns estudantes desenvolvem estágios nas escolas de diabetes, de asma, entre outros.

Buscando contrapor essa centralidade nas ações curativas e hospitalocêntricas, os IFSI desenvolvem ações no campo da Saúde pública (geralmente vinculadas a carga horária dos trabalhos dirigidos ou dos trabalhos pessoais guiados). Apresentamos abaixo algumas dessas iniciativas por parte dos IFSI.

O IFSI 1 promoveu uma atividade no 2º semestre na qual enfermeiros que trabalham em outros espaços (PMI, Rede cidade-hospital, entre outros) relatam aos estudantes suas experiências no campo da saúde pública, especialmente sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Essa atividade busca problematizar as representações dos estudantes de que o papel do enfermeiro está restrito ao hospital. No 3º semestre o IFSI 1 desenvolveu uma atividade prática no espaço do hospital com a colaboração do médico de saúde do trabalho (*médecin de santé au travail*), com o objetivo de sensibilizar os estudantes que ações preventivas também podem ser desenvolvidas no hospital. Os formadores avaliaram o estado vacinal dos cuidados (*soignantes*) em 2014; os acidentes de exposição e o uso das precauções padrão em 2013 e a vacinação antigripal junto aos cuidadores em 2012. Durante o trabalho de campo da pesquisa verificamos que cerca de 5 estudantes (de 18 estudantes) do 4º semestre estavam desenvolvendo estágios de 5 semanas no campo da saúde pública (empresas e escolas de nível médio).

O IFSI 2 trabalhou no 3º semestre do curso temas específicos como tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis, doenças cardiovasculares, alimentação, osteoporose, entre outros. Os formadores e os estudantes fizeram parceria com algumas associações e organismos de saúde pública do município para partirem de uma problemática concreta e compreenderem as representações de doença e de prevenção dos participantes dessas organizações. Os estudantes produzem um documento escrito e, em seguida, colocam em prática o seu plano de cuidados, em parceria com as associações, por meio de atividades de educação em saúde desenvolvidas na entrada do Centro Hospitalar (vinculado ao IFSI).

O IFSI 4 solicita que os estudantes realizem no campo de estágio do 4º semestre (10 semanas) uma abordagem educativa. Esse trabalho deve ser apresentado sob a forma de um trabalho escrito. No que concerne a educação terapêutica do paciente desenvolve oficinas educativas no IFSI com temas relacionados às doenças crônicas. FRP24 desenvolveu um projeto de educação em saúde (extracurricular) em uma escola com estudantes de enfermagem e pais voluntários a partir das necessidades das crianças.

O IFSI 5 fomenta a participação dos estudantes do 2º ano no Fórum da Saúde promovido pelo Instituto de Promoção da Saúde (*Institut de promotion de la Santé* - IPS). Os estudantes de enfermagem desenvolvem algumas atividades na comunidade durante o Fórum, como por exemplo, avaliação da glicemia capilar, mensuração de sinais vitais, entre outros. A participação nessa atividade até o momento foi facultativa para os estudantes, mas a formadora (FRP27) que se ocupa das unidades de ensino de Saúde Pública refere que pretende torná-la obrigatória para que todos vivenciem essa experiência. O IFSI também demanda que os estudantes desenvolvem no 4º semestre uma abordagem de educação em saúde em escolas com temas específicos como por exemplo: sexualidade, alimentação, uso de álcool, entre outros. Os estudantes do 3º ano desenvolvem ações educativas em empresas, como por exemplo, o atendimento pré-hospitalar. Esse tema foi uma demanda da própria empresa. FRP27 relata que tem feito recentemente o movimento de sair do hospital, desenvolvendo ações em outros espaços.

O IFSI 6 desenvolve jornadas no IFSI de educação em saúde sobre o tabaco e outros temas específicos e fomenta a participação dos estudantes em congressos científicos na área da saúde pública. Em relação aos estágios estimula que os estudantes os façam em escolas e em empresas. Também privilegia estágios no domicílio com o acompanhamento de enfermeiras liberais (da região) para a execução de cuidados específicos e orientações relacionadas a atividades de vida de diária. As formadoras (FRP28 e FRP29) consideram que cada vez mais o IFSI 6 se afasta do hospital e investe em ações em outros espaços.

Ainda identificamos na literatura científica francesa outros dispositivos instituintes desenvolvidos na formação inicial do enfermeiro que buscam construir outros saberes e fazeres no campo da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

Dollet (2014) apresenta no artigo “Aprender a cooperar para promover a saúde” (*Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé*) um dispositivo de formação implementado no Instituto Regional de Formação Sanitária e Social de Auvergne (*Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale d’Auvergne* - IRFSS Auvergne). Esse dispositivo origina-se do projeto “Saber cooperar” (*Savoir coopérer*) desenvolvido pela Cruz Vermelha nacional francesa (*Croix Rouge*) a partir de setembro de 2012 e tem como objetivo a melhoria da capacidade de cooperação dos futuros profissionais enfermeiros e assistentes sociais. A implementação do projeto “Saber cooperar” baseia-se no pressuposto de que os profissionais do campo sanitário e social cooperam entre si, o que permite promover a saúde. No entanto, a eficiência dessa cooperação pode ser melhorada pela implementação do projeto na formação inicial.

Para a implementação do referido projeto foi constituído uma comissão composta por dois formadores do IRFSS Auvergne: um enfermeiro diplomado (*infirmier diplômé d'État*) e um assistente social (*assistant de service social*). Esse trabalho também se constituiu como objeto de pesquisa de um dos formadores (campo sanitário) no desenvolvimento do mestrado em Saúde Pública e Ambiente (*Master 2 Santé publique et environnement*) na *Université de Nancy*. A comissão elaborou várias sequências pedagógicas que foram implementadas junto aos estudantes de enfermagem e de serviço social durante o primeiro ano de experimentação (2012-2013) como por exemplo: uma sessão de introdução ao “saber cooperar” em pequenos grupos mistos; duas conferências sobre a noção de cooperação e suas limitações; o desenvolvimento de estágio com pequenos grupos mistos com o objetivo de identificar as redes de cooperação e os fatores facilitadores e dificultadores; cursos magistrais comuns referentes a promoção da saúde, o estado de saúde da população francesa, as redes de saúde e o projeto regional de saúde, entre outras. Foi realizada uma avaliação desse primeiro ano de experimentação em maio de 2013 por meio de um questionário aplicado junto aos estudantes. Essa avaliação permitiu a adequação do dispositivo pedagógico e a elaboração de uma caixa de ferramentas para aprender a cooperar (*boîte à outils pour apprendre à coopérer*) que foi colocada à disposição do conjunto de formadores do IRFSS Auvergne (DOLLET, 2014).

Uma segunda explicação dada pelos formadores dos IFSI franceses tem relação com o nível macropolítico. No que tange a política de saúde pública francesa ainda se observa um maior enfoque no cuidado hospitalar e curativo em detrimento dos cuidados voltados a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Inúmeros autores (CHAMBAUD, 2008; EVIN, 2011; HAMEL; POMMIER, 2011) corroboram que o sistema de saúde da França é essencialmente voltado para o cuidado curativo, com uma forte preponderância de cuidados hospitalares. Essa lógica de operar o sistema de saúde que vem sendo construída historicamente no país tem importantes desdobramentos na formação em saúde e em enfermagem.

Nas reflexões promovidas nas sessões de restituição pudemos colocar em análise esses aspectos.

Faz parte da construção identitária do enfermeiro, mas é uma área pouco desenvolvida na França. Felizmente, existem setores no hospital que fazem prevenção, mas muito pouco (doenças infecciosas, vacinação, prevenção de HIV). É pouco desenvolvida a promoção na França. Preferem gastar milhões tratando pessoas do que gastar milhões

para que não adoeçam. Essa é uma realidade na França [...] (FRP2, entrevista sessão única, 17 de abril de 2015, grifo nosso).

Já faz 30 anos que eu sou enfermeira. Tenho a sensação que quando comecei os meus estudos já tinha muita essa ideia do curativo e já estava centrado no hospital. *Eu imagino que essa estrutura se iniciou nos anos de 1970*, porque quando eu era pequena havia efetivamente o dispensário. O PMI existe hoje em dia, mas não é utilizado da mesma maneira. E é verdade que as pessoas hoje, não vão no PMI vão no pediatra. As pessoas que vão no PMI tem certa conotação que são pessoas em necessidade, de modo um pouco pejorativo [...] (FRP8, restituição sessão 1, França, 08 de julho de 2015, grifo nosso).

[...] *a política de saúde jamais foi uma política que interveio na prevenção e na promoção da saúde*. O orçamento da prevenção é um orçamento mínimo [...]. Existem poucas estruturas que abrem para a prevenção e para promoção da saúde. Então, existem poucas pessoas [...]. *No início existia uma formação em enfermagem para o curativo, mas também para o preventivo [...]. Não sei se pelo poder médico, mas uma secção foi feita e na verdade a formação se transformou em cuidado na assistência social e enfermeira curativa [...]* (FRP11, restituição sessão 1, França, 08 de julho de 2015, grifo nosso).

[...] fiz uma pesquisa a três anos sobre o *orçamento voltado ao preventivo e em termos de porcentagem do orçamento global da saúde na França é cerca de 4%* [...]. Existem pouquíssimas coisas no quadro do domínio sanitário em torno da promoção da saúde. *A promoção da saúde está ligada aos atores da educação nacional, professores das escolas ou médico-social*. E é claro que inclui o médico escolar, enquanto que não existe lugar para o enfermeiro (FRP24, entrevista sessão única, 08 de junho de 2015, grifo nosso).

Historicamente, a enfermagem francesa foi construindo os seus saberes e fazeres entorno do hospital. Também se observa nas políticas de saúde e da formação do enfermeiro a institucionalização dessa lógica de operar.

Antes da década de 1930, a Enfermagem e o Serviço Social confundiam-se. O decreto de 18/2/1938 (décret du 18/2/1938) sanciona a criação de dois diplomas: o diploma de enfermeiro hospitalar (*diplôme d'infirmière hospitalière*) e o diploma de assistente social (*diplôme d'assistante de service sociale*) que substitui a enfermeira visitadora de higiene social (*infirmière visiteuse d'hygiène sociale*). A partir desse decreto a duração da formação era desenvolvida em dois anos, com um primeiro ano em comum. Depois que as profissões se especializaram, as enfermeiras delegam os cuidados gerais aos auxiliares de enfermagem (*aides-soignants*) e começaram a dar suporte aos cuidados técnicos necessários ao progresso médico e a crescente tecnologização do cuidado. Nesse processo, as enfermeiras vão se tornando auxiliares médicos. Essa formação que vinculava o enfermeiro hospitalar e o enfermeiro de assistência social foi suprimida a

partir da lei de 5/3/1960. A partir desse momento histórico, as duas profissões tornam-se complementemente independentes uma da outra (DOLLET, 2014).

As políticas de saúde também promoveram essas divisões entre as organizações sanitárias e médico-sociais. Em 1975, a lei de coordenação das instituições sociais e médico-sociais (*loi de coordination des institutions sociales et médico-sociales*) instauram uma separação entre as instituições sanitárias e os estabelecimentos médico-sociais. Em 1983, as leis de descentralização (*lois de décentralisation*) conferem aos departamentos a responsabilidade de gerir as competências sociais enquanto que o estado continua a gerir as competências sanitárias. Nesse contexto histórico, os hospitais evoluem mais e mais tecnicamente, dificultando o suporte global das pessoas (DOLLET, 2014).

A partir da década de 2000, vários referenciais jurídico-legais no campo da saúde foram instituídos para relativizar essas divisões e compartimentalizações. Dollet (2014) cita os seguintes movimentos macropolíticos: a lei de 2/1/2002 (*loi du 2/1/2002*) que prevê a possibilidade de cooperação entre os organismos sanitários e os organismos sociais; a lei de 4/3/2002 que define as redes de saúde e incentiva a sua criação; o decreto administrativo nº 2005-406 de 2/5/2005 (*ordonnance n° 2005-406 du 2/5/2005*) que instaura a reorganização do hospital por pólo na perspectiva de favorecer a interdisciplinaridade; e a lei nº 2011-940 de 10/8/2011 Hospital Pacientes Saúde e Territórios (*loi hôpital patients santé et territoires*) organizou a saúde em um nível territorial a partir do plano regional estratégico de saúde (*plan régional stratégique de santé*) e dos contratos locais de saúde (*contrats locaux de santé*).

Esses movimentos de mudança na política de saúde foram colocados em evidência por alguns formadores.

[...] agora nesse novo referencial (do enfermeiro) vejo que a promoção da saúde foi considerada. A política de saúde começa a mudar na França. Na França a política de saúde foi bastante curativa. Agora isso começa a mudar, porque custa muito dinheiro e tem aumentado o número de doenças crônicas e de pessoas idosas. Então, cada vez mais temos uma orientação para a promoção da saúde, saúde pública, saúde comunitária [...]. É uma política da ARS de se desenvolver a promoção da saúde. Isso evita que as pessoas se hospitalizem [...]. Aqui na formação temos (na competência 5) cursos muito importantes. No campo eu não sei, porque temos cada vez menos médicos do trabalho, enfermeiros na escola. E é lá que se faz a promoção da saúde. É no setor extra-hospitalar [...]. No texto falam muito, mas na realidade temos a impressão que estão fazendo economia, porque estão suprimindo postos

de trabalho [...] (FRP12, entrevista sessão única, 12 de maio de 2015, grifo nosso).

[...] é enorme o número de coisas que acontecem no nível da política de saúde na França. Eu vi toda a evolução em 15 anos e é impressionante a ramificação que partem efetivamente do poder político. A descentralização do município, da região, etc. É enorme tudo o que se coloca em prática [...]. E na formação está em curso [...]. Penso que em algum dia será um saber reconhecido [...]. Mas, concretamente, a consulta de enfermagem para a educação, na saúde pública, não existe ainda [...]. A ação de prevenção é gratuita [...]. Efetivamente, não é feito investimento nessa missão de saúde pública. E isso é uma coisa que me frustra na minha formação em enfermagem. Não poder ir mais longe nessas ações de saúde pública [...] (FRP23, entrevista sessão única, 15 de junho de 2015, grifo nosso).

FRP12 faz uma crítica a operacionalização das políticas voltadas a promoção da saúde e a crescente redução de custos no setor da saúde, que reduz vagas de trabalho de médicos e enfermeiros. FRP23 também coloca em evidência as contradições que são produzidas no interior das políticas: ao mesmo tempo que elas evoluem ainda permanece invisível o papel do enfermeiro de saúde pública. Essas citações revelam o lugar do enfermeiro no contexto da saúde pública a partir do analisador dinheiro.

Em muitos momentos a análise dos formadores coloca em evidência as relações entre as instituições (saúde, política, hospital, enfermagem e formação em enfermagem) de modo estático, como se os agentes sociais do processo de formação do enfermeiro estivessem completamente passivos e impotentes. As lógicas instituídas pelas instituições são produtoras de mistificação, de alienação e de imobilismo, pois reprimem e ocultam os movimentos instituintes, de resistência e de inventividade presentes nos processos de institucionalização. Consideramos que o contexto sócio histórico define as práticas profissionais em enfermagem e a formação ao mesmo tempo que é definido por elas.

Colocar em análise o contexto institucional e suas contradições nos permite rever nosso papel enquanto agentes de transformação dos saberes e das práticas da educação e do cuidado a partir de uma compreensão mais ampliada em que considera o poder e o protagonismo das pessoas, dos grupos e das comunidades.

5.2 Bases materiais e institucionais da formação do enfermeiro no Brasil e na França

Os recursos humanos e físicos dos estabelecimentos de ensino no Brasil e na França colocam em evidência as diferenças e similaridades entre as duas formações. Essas diferenças também estiveram presentes nas discussões com os professores do Brasil e os formadores da França durante o trabalho de campo da pesquisa. Conhecer essas diferenças pode nos ajudar a compreender que enfermagens são essas e como elas são produzidas no “aqui e agora” institucional.

5.2.1 Profissionalização dos professores do Brasil e dos formadores da França

No Brasil, o exercício do magistério superior é regulamentado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº 9.394 de 1996. A referida lei dispõe que “a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado” e que a Universidade deve ter “um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado” (BRASIL, 1996).

Desse modo, demarca-se o lugar onde deve ser feita a profissionalização do professor universitário: no campo da pós-graduação *stricto sensu*. Também se estabeleceu certo padrão de qualidade dos estabelecimentos de ensino superior pautado na pesquisa. Ou seja, um professor universitário também deve ser um pesquisador e como tal deve conduzir os processos de formação e de produção do conhecimento de modo indissociável⁷⁴. Também foi institucionalizada as atividades de extensão universitária, constituindo-se, assim, a tríade ensino-pesquisa-extensão. Porém ainda se verifica pouca articulação dessas atividades na formação universitária no Brasil. Para Cunha (2012) o cumprimento da definição constitucional da indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão (nas Universidades⁷⁵) não foi acompanhado por um amplo processo de discussão. Isso provocou certa naturalização conceitual que dispensa empenhos reflexivos que explicitem esse fenômeno com mais evidência. Ainda segundo a autora, na maioria das vezes, essas atividades acontecem em paralelo sem uma ligação mais

⁷⁴ O conceito de indissociabilidade do ensino e da pesquisa se origina da Universidade humboldtiana (Alemanha). Esse modelo considera que o conhecimento é instituído pela experimentação e está vinculado ao desenvolvimento social e econômico da sociedade (CUNHA, 2012).

⁷⁵ Segundo Cunha (2012) os interesses do sistema privado de ensino superior no Brasil impactaram a Lei de Diretrizes e Bases promulgada em 1996, que admitiu a existência de ensino superior independente da pesquisa, que seria obrigatória apenas para as Universidades. A Lei criou, também, a figura dos Centros Universitários, que assumiam uma condição híbrida, com mais obrigações do que as Faculdades Isoladas. Para a autora, a LDB regrediu na concepção da natureza da educação superior, mesmo que a Constituição não tenha sido alterada.

intrínseca entre elas. Estudo realizado pela autora demonstrou que a origem do conceito (indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão) é pouco clara na comunidade acadêmica.

O Curso de Enfermagem do Brasil, como um estabelecimento público de ensino superior, compõe-se de 22 professores efetivos com o título de doutor e alguns de pós-doutor que se ocupam de atividades de ensino, pesquisa, extensão voltadas a um grupo de aproximadamente 30 estudantes por ano. Alguns professores também se ocupam de atividades de gestão acadêmica (como, por exemplo, a coordenação do curso). Parte do corpo docente também está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (nível mestrado e doutorado), participando assim da formação continuada de enfermeiros e na produção e divulgação de pesquisas científicas no campo da Enfermagem.

A entrada dos professores brasileiros na Universidade acontece por meio de concurso público mediante a liberação de vagas pelo Ministério da Educação (MEC). Encontramos professores efetivos com o vínculo de dedicação exclusiva (40 horas semanais) e parcial (20 horas por semana). Os professores com vínculo temporário são contratados mediante concurso, podendo ocupar o cargo por até 2 anos. No Curso de Enfermagem investigado observamos a exigência do título de doutor como requisito mínimo para a participação no concurso. Em algumas áreas, como por exemplo, a saúde da mulher, também se exige a especialização específica na área. No entanto, não se observa a exigência obrigatória de experiência na assistência de enfermagem.

Esses parâmetros dão pistas sobre a preponderância da pesquisa na formação profissional do enfermeiro e na profissionalização dos professores no Brasil. Assim podemos dizer que existe um grande tensionamento entre o ensino (formação profissional) e a pesquisa e a pós-graduação. Em suma, evidenciamos nesse estudo que sem a pesquisa o professor não adentra na Universidade, considerando que o doutorado é o requisito mínimo para a participação no concurso público e não tem progressão na carreira, considerando que é a titulação que lhe permite passar de um nível a outro (de professor adjunto a professor titular) e de ascensão salarial. Um aspecto mais subjetivo diz respeito ao reconhecimento e *status* perante à comunidade científica.

No caso da França, o processo de universitarização iniciado em 2009 tem tensionado a enfermagem e a formação. No entanto, como já vimos, o modelo utilizado não criou dispositivos para a profissionalização dos formadores por meio da pesquisa e da pós-graduação, possibilitando aos formadores ascensão na carreira. O modelo que

consideramos híbrido vincula os IFSI às Universidade, reforçando uma verdadeira dicotomia entre os saberes científicos e os saberes profissionais.

Apesar dos entraves vemos algumas iniciativas de aproximação com o mundo da pesquisa e da pós-graduação por parte de alguns formadores. Assim, encontramos formadores que concluíram o mestrado acadêmico na área das ciências da educação.

A entrada nos institutos acontece mediante concurso e se exige obrigatoriamente uma experiência profissional de quatro anos no campo da Enfermagem. Esse critério também está presente quando o formador postula uma vaga junto ao gestor de um IFSI. Os formadores da França também possuem uma formação pedagógica específica para o ensino, que é desenvolvida nos Institutos de formação de quadros da saúde (*Instituts de formation des cadres de santé* - IFCS). Os formadores participantes desse estudo possuem uma vasta experiência no campo da Enfermagem e o título de *Cadre de santé formateur* (competência pedagógica).

Esse aspecto é pouco verificado na formação dos professores universitários no Brasil, tendo em vista que nem todo mestrado e doutorado subsidia a formação pedagógica específica para o exercício do magistério superior.

Lazzari, Martini e Busana (2015) demonstraram a partir de revisão integrativa de literatura que a construção dos saberes e fazeres no campo da docência no ensino superior em enfermagem está frequentemente ancorada na especialidade, na produção científica e em outras atividades produtoras de mérito acadêmico, não havendo exigências formais sobre as competências pedagógicas dos professores.

Esses dados expressam a realidade da docência no ensino superior em enfermagem no Brasil, mas não guardam qualquer relação com a realidade francesa. Ou seja, exige-se do professor do Brasil um grande investimento no campo da pesquisa em sua especialidade (saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, saúde coletiva, entre outras) e do formador na França um preparo pedagógico específico (*Cadre de santé formateur*⁷⁶) e uma experiência de enfermagem (de no mínimo 4 anos).

O IFSI 1 conta com 18 formadores que se dividem nas atividades de ensino, orientação e acompanhamento individual de cerca de 80 estudantes por ano. Alguns formadores do IFSI também participam de cursos voltados à formação continuada de enfermeiros (como, por exemplo, a formação em tutoria para enfermeiros dos serviços de

⁷⁶ Os formadores em cuidados de enfermagem são hoje (em princípio) os *cadres de santé*. Um só e mesmo diploma prepara para o exercício de *cadre de santé* para serviços de saúde e *cadre de santé* para os Institutos de Formação (HOMERIN, 2012).

saúde) ou na preparação de estudantes (*élève*) para o concurso de entrada no IFSI. Os formadores não se ocupam da gestão do IFSI, sendo um cargo que exige uma formação específica na área de gestão.

Apresentamos a seguir um quadro demonstrando a titulação dos professores do Brasil e dos formadores dos IFSI 1 ao IFSI 6 da França.

Quadro 1 - Titulação dos professores do Brasil e dos formadores da França

BRP	Titulação dos professores	FRP	Titulação dos formadores
1	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1980 - 1983) - Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica (1993 - 1997) - Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica (2002 - 2005) - Pós-doutoramento em Enfermagem em andamento (2015 - atual) 	1	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1977-1979) - <i>Master 1 en Sciences de l'Éducation</i> (2010-2013).
2	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1982 - 1985) - Mestrado em Enfermagem Fundamental (1988 - 1991) - Doutorado em Enfermagem (1995 - 1999) - Pós-doutorado em Saúde Pública (2014 - 2015) 	2	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1988-1991) - <i>Cadre de santé</i> (2006-2007) - <i>Master 1 en ingénierie de la santé</i> (2006-2007)
3	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em enfermagem (1982 - 1985) - Mestrado em Educação (1993 - 1996) - Doutorado em Educação (2001 - 2006) - Pós-doutorado no exterior (2011 - 2012) 	3	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1989-1991) - <i>Cadre de santé</i> (2008-2009) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation</i> (2010-2013)
4	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1995 - 1998) - Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública (2001 - 2003) - Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública (2006 - 2009) 	4	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1978-1982) - <i>Cadre de santé</i> (1988-1989)
5	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1983 - 1986) - Mestrado em Educação (1991 - 1995) - Doutorado em Enfermagem (1996 - 2000) - Pós-doutorado em Enfermagem (2014 - 2015) 	5	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1983-1986) - <i>Cadre de santé</i> (1998-1999) - <i>Master 2 Fonction formation-développement des compétences dans l'espace européen</i> (2013-2014)
6	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1985 - 1989) 	6	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1994-1997) - <i>Cadre de santé</i> (2007-2008)

	<ul style="list-style-type: none"> - Mestrado em Saúde Mental (1993 - 1994) - Doutorado em Saúde Mental (1995 - 1997) - Pós-doutorado no exterior (2014) 		
7	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1987 - 1990) - Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública (1993 - 1997) - Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública (2001 - 2004) 	7	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1984-1986) - <i>Cadre de santé</i> (2012-2014) - <i>Master 1 en sciences de l'éducation</i> (2012-2014)
8	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (2005 - 2008) - Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública (2009 - 2010) - Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública (2011 - 2014) 	8	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1983-1986) - <i>DEUG (ancien diplôme universitaire qui correspond à Licence 2 en psychologie)</i> (1991-1993) - <i>Cadre de santé</i> (2002-2004) - <i>Licence en Sciences de l'Éducation</i> (2002-2004) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation</i> (2013-2015)
9	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Ciências Biológicas (1994 - 1997) - Mestrado em Imunologia Básica e Aplicada (1999 - 2001) - Doutorado em Imunologia Básica e Aplicada (2002 - 2005) 	9	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1998-2001) - <i>Cadre de santé</i> (2011-2013) - <i>Master 1 en Droit, économie et gestion</i> (2011-2013)
10	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (2002 - 2005) - Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica (2006 - 2008) - Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica (2010 - 2013) 	10	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1977-1980) - <i>Cadre de santé</i> (2000-2001)
11	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1982 - 1987) - Mestrado em Educação Especial (1989 - 1992) - Doutorado em Enfermagem Fundamental (1996 - 2000) 	11	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Baccalauréat en philosophie A 4 série philosophie lettres, option mathématique</i> (1978-1980) - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1981-1983) - <i>Cadre de santé</i> (2008-2009) - <i>Master 1 domaine Sciences, Technologie, Santé, Mention Biologie Santé, Spécialité Management Gestion Santé</i> (2008-2009)
12	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1999 - 2002) - Mestrado em Enfermagem (2005 - 2006) - Doutorado em Enfermagem (2007 - 2010) 	12	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1974-1976) - <i>Cadre de santé</i> (1994-1995)
13	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1992 - 1995) - Mestrado em Ciências da Saúde (2004 - 2006) 	13	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1992-1995) - <i>Cadre de santé</i> (2004-2005)

	<ul style="list-style-type: none"> - Doutorado em Ciências da Saúde (2008 - 2010) - Pós-doutorado em Ciências da Saúde (2011 - 2014) - Pós-doutorado em Ciências da Saúde (2015) 		
14	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Psicologia (1985 - 1990) - Mestrado em Educação (1997 - 2000) - Doutorado em Educação (2001 - 2005) - Pós-doutorado em Psicologia (2012 - 2013) 	14	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1983-1985) - <i>Cadre de santé</i> (2004-2005)
15	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (2001 - 2004) - Mestrado em Enfermagem (2006 - 2008) - Doutorado em Enfermagem com período sanduíche no exterior (2008 - 2012) - Pós-doutorado em Enfermagem (2012 - 2013) 	15	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1985-1988) - <i>Cadre de santé</i> (2001-2002)
16	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1996 - 1999) - Mestrado em Enfermagem (2003 - 2005) - Doutorado em Enfermagem com período sanduíche no exterior (2008 - 2012) - Pós-doutorado em Enfermagem (2013) - Pós-doutorado em Enfermagem (2014) 	16	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1994-1996) - <i>Cadre de santé</i> (2007-2008)
17	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1991 - 1994) - Mestrado em Enfermagem (1996 - 1999) - Doutorado em Enfermagem (2001 - 2005) 	17	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1979-1982) - <i>Cadre de santé</i> (1995-1996)
18	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1978 - 1982) - Mestrado em Educação Especial (1993 - 1995) - Doutorado em Educação Escolar (1997 - 2000) 	18	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (não identificado o período) - <i>Cadre de santé</i> (não identificado o período)
19	<ul style="list-style-type: none"> - Graduação em Enfermagem (1981 - 1985) - Mestrado em Enfermagem Fundamental (1988 - 1991) - Doutorado em Enfermagem (1993 - 1997) - Pós-doutorado em Enfermagem (2015) 	19	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Licence d'allemand</i> (1989-1991) - <i>Formation documentaliste</i> (1997 - 1998)

20	- Graduação em Enfermagem (1982 - 1984) - Mestrado em Enfermagem (2000 - 2002) - Doutorado em Enfermagem (2005 - 2009)	20	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (não identificado o período) - <i>Formation en directeur des soins</i> (não identificado o período)
21	- Graduação em Enfermagem (1992 - 1995) - Mestrado em Enfermagem Pediátrica (1998 - 2001) - Doutorado em Enfermagem (2003 - 2007) - Pós-doutorado em Enfermagem (2012 - 2013)	21	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1984 - 1987) - <i>Master ingenierie de formation en santé</i> (2004 - 2005) - <i>Formation en directeur des soins</i> (2010-2010)
22	- Graduação em Enfermagem (1997 - 2000) - Mestrado em Enfermagem (2001 - 2003) - Doutorado em Enfermagem (2004 - 2007)	22	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1992-1995) - <i>Cadre de santé</i> (2007-2007) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation</i> (2012-2014)
23	- Graduação em Enfermagem (1982 - 1985) - Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica (1988 - 1992) - Doutorado em Enfermagem Fundamental (1996 - 2000) - Pós-doutorado em Enfermagem (2013)	23	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1986-1989) - <i>Cadre de santé</i> (2006-2007)
24	- Graduação em Nutrição (1982 - 1985) - Mestrado em Educação (1994 - 1997) - Doutorado em Saúde Coletiva (1999 - 2004)	24	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (não identificado o período) - <i>Cadre de santé</i> (não identificado o período) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation</i> (não identificado o período)
25	- Graduação em Enfermagem (1977 - 1980) - Mestrado em Educação Especial (1982 - 1987) - Doutorado em Educação (1991 - 1996)	25	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (não identificado o período) - <i>Cadre de santé</i> (não identificado o período) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation</i> (não identificado o período)
26	- Graduação em Enfermagem (2003 - 2006) - Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública (2009 - 2011) - Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública com período sanduíche no exterior (2011 - 2014)	26	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1999-2001) - <i>Cadre de santé</i> (2007-2008) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation</i> (2013-2015)
		27	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1980-1982) - <i>Cadre de santé</i> (2002-2003) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation</i> (2008-2010)
		28	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1979-1982)

			- <i>Cadre de santé</i> (1993-1994) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation</i> (2013-2014)
		29	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1981-1984) - <i>Cadre de santé</i> (2003-2004)
		30	- <i>Diplôme d'État Infirmier</i> (1984-1987) - <i>Cadre de santé</i> (2001-2002) - <i>Master 2 en Sciences de l'Éducation Humaines et Sociales, mention Éducation et Formation</i> (2013-2014)

Esses dados nos dão subsídios para compreender o que vem a ser um professor e um formador.

Vemos que todos os professores do Brasil possuem o título de doutor e alguns de pós-doutor o que implica necessariamente em uma maior proximidade com a pesquisa e a pós-graduação. Os professores do Curso de Enfermagem no Brasil são pesquisadores além de ensinantes. Existe no Brasil um grande número de revistas científicas e de publicações no campo da enfermagem.

Scochi et al. (2014) apresentam em um editorial o cenário da pós-graduação em enfermagem e a produção científica em periódicos. Demonstram que nos últimos anos houve um crescimento significativo do sistema de pós-graduação brasileiro, que se materializa tanto no aumento do número de cursos e programas, como no número de recursos humanos capacitados, gerando novos conhecimentos que são difundidos por meio da publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais.

Scochi, Munari e Gelbcke (2013) demonstram em documento de área (Enfermagem) e Comissão da Trienal da CAPES que a expansão da pós-graduação provocou efetivamente o aumento da produção científica da Enfermagem que quase dobrou no triênio 2010-2012, perfazendo respectivamente 9.206 artigos, quando comparado ao triênio 2007-2009, em que foram publicados 5.194 artigos. Também houve ampliação do número de revistas indexadas nas principais bases nacionais e internacionais e de referência para as áreas de Enfermagem e da Saúde, assim como o aumento dos índices censiométricos. Os autores ressaltam que, atualmente, quatro periódicos de Enfermagem, editados no Brasil, estão indexados na *Web of Science* (WoS), os quais obtiveram WoS/ JCR (*Journal Citation Reports*) com fatores de impacto equivalentes ao de outras revistas editadas nos Estados Unidos da América. Além desses, mais quatro periódicos brasileiros de Enfermagem estão indexados na base

Scopus/SCImago com SJR e índice H. Isso implica em dizer as revistas brasileiras de Enfermagem possuem um reconhecimento internacional por sua qualidade.

Vemos que os formadores dos IFSI 1 a 6 possuem uma formação de *cadre de santé* e alguns o mestrado na área de educação, tendo em vista que não existe até o presente momento mestrado em ciências da enfermagem na França. Não temos dados que demonstrem seguramente o número de publicações científicas da enfermagem francesa em âmbito nacional e internacional. Embora não tenhamos tais parâmetros podemos dizer baseados em pesquisa realizada por Tanda-Soyer, Eymard e Alderson (2014) que a pesquisa em ciências da enfermagem é algo incipiente na França, o que implica necessariamente no número de publicações. Outro dado importante é que existe apenas uma revista científica na área de enfermagem na França, denominada “Pesquisa em cuidados de enfermagem” (*Recherche en soins infirmiers*) editada pela Associação de pesquisa em cuidados de enfermagem (*Association de recherche en soins infirmiers - ARSI*) e com uma periodicidade de quatro (04) números por ano. Esses elementos nos dão pistas para entender o papel dos formadores e sua centralidade nos aspectos ditos do coração da ocupação (*cœur de métier*), ou seja, nos saberes e fazeres inseridos no campo profissional, notadamente nos aspectos técnicos e/ou clínicos do exercício profissional do enfermeiro.

Homerin (2012) relaciona a incipiente inserção do enfermeiro no campo da pesquisa com elementos institucionais. Segundo a autora francesa os recursos humanos necessários para sustentar a pesquisa em ciências da enfermagem estão presentes, mais as estruturas insuficientes. Faltam faculdades de ciências da enfermagem, laboratórios de pesquisa em enfermagem e agrupamentos de pesquisadores (com exceção a Associação de Pesquisa em Cuidados de Enfermagem). Para a autora, a ausência da academização da área de Enfermagem foi um obstáculo para o desenvolvimento da pesquisa.

Outro elemento que ilustra essa realidade pôde ser vivenciado durante o trabalho de campo da pesquisa. Após a segunda sessão de restituição desenvolvida com os formadores na Universidade de Cergy-Pontoise (*Campus* de Gennevilliers) uma das formadoras (FRP28) convidou a pesquisadora para apresentar uma conferência (por videoconferência) sobre as ciências da enfermagem no Brasil durante um evento do IFSI 6. Contudo, não pudemos fazê-lo em razão da baixa qualidade da internet no IFSI. Ainda estamos aguardando a resolução do problema para a conclusão da tarefa. No momento, o IFSI 6 e o Centro Hospitalar no qual está vinculado estão fazendo investimentos para a melhoria da infraestrutura de telecomunicação com a instalação de cabos de fibras ótica.

Esses dados também dão sustentação ao nosso pressuposto de que a Enfermagem no Brasil e na França não se configura como a mesma profissão e que os processos de profissionalização se encontram em estágios diferentes nos dois países.

5.2.2 Recursos financeiros dos estabelecimentos de ensino do Brasil e da França

O Curso de Enfermagem do Brasil é mantido com recursos financeiros públicos advindos do MEC, inclusive no que se refere os vencimentos dos professores (vencimento básico, auxílio alimentação, retribuição por titulação, saúde suplementar, entre outros).

Outros recursos também são captados pelos professores por meio de editais de pesquisa de agências de fomento como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), a CAPES e CNPq; editais do MEC como o Programa de Extensão Universitária (ProExt); e editais de programas interministeriais como o Programa de Educação pelo Trabalho (PET), entre outros.

Os recursos financeiros dos IFSI provêm dos Centros Hospitalares em que estão vinculados, inclusive os salários dos formadores. Entretanto, os formadores não participam dos processos decisórios para a distribuição desses recursos, ficando restrito ao gestor (diretora) do IFSI.

Deparamo-nos com essa realidade durante a observação de uma reunião administrativa e pedagógica no IFSI 1. A diretora informou ao grupo de formadores que o Centro Hospitalar havia reduzido o orçamento do Instituto e que essa medida comprometeria as obras de construção da nova sede. Também informou que seria reduzido o número de quartos para a moradia de estudantes, aumentando-se assim a rigidez do processo de seleção. Após esses informes houve contestação por parte de alguns formadores, no sentido de reverter essas medidas. Nesse momento, a diretora expos ao grupo que as medidas são incontestáveis e, portanto, nada poderia ser feito a esse respeito. A reação do grupo foi o silêncio que para a pesquisadora estava carregado de significados e demarcado por mecanismos de poder e subordinação. Para Bessaoud-Alonso (2012) o silêncio também pode significar turbulência.

Cet objet silence est en réflexion, en mouvement pris en compte dans la recherche, il meut mon regard sur l'autre. Ce n'est pas exclusivement la parole qui peut être entendue. Ce qui la retient, la précède ou la succède doit être pris en compte comme participant du dispositif. Le silence en est un élément constitutif parce qu'il donne à entendre un autre langage que celui des mots (BESSAOU-ALONSO, 2012, p. 66).

Ainda que vejamos uma lógica racionalizadora nos estabelecimentos de ensino superior da enfermagem no Brasil observamos uma maior infra-estrutura (estrutura física, recursos e equipamentos), inclusive com políticas públicas de acesso e permanência no ensino superior. No Curso de Enfermagem investigado, por exemplo, observamos a existência de bolsas alimentação, moradia, iniciação científica, extensão, entre outras destinadas aos estudantes para que possam permanecer e concluir o curso universitário, auxiliando na superação de dificuldades econômicas familiares, quando é o caso.

FRP28 expõe durante a entrevista como essa tutela dos IFSI ao hospital e aos outros níveis do setor saúde e da educação restringe as práticas dos formadores e os enquadram em um determinado modelo.

A dificuldade é que mais e mais temos estratos administrativos. Em 2009 a região apareceu (convênio com a região é obrigatório com a universitarização), antes não estávamos ligados a região; o Estado com o Ministério que elabora o programa, depois a ARS que aplica isso em ligação com a região; a Universidade; a nossa estrutura local do hospital que dependemos, porque somos assalariadas do hospital. Então, existe um estrato de pessoas que se ocupam de nós, que não são enfermeiros e que dizem finalmente o que é bom para nós. Existe todo um estrato administrativo que não sabe nada da nossa profissão (FRP28, entrevista sessão única, 17 de junho de 2015, grifo nosso).

Essas questões colocam em evidência o lugar que ocupa o formador dos IFSI no cenário nacional. É como se o formador não tivesse poder nos processos decisórios e lhe fosse imputado um mero papel de executor na implementação do referencial de formação.

5.2.3 Estrutura física dos estabelecimentos de ensino do Brasil e da França

A estrutura física do Curso de Enfermagem engloba gabinetes individuais para os professores, recursos de apoio às atividades de ensino, pesquisa e extensão, laboratório de procedimentos de enfermagem e laboratórios de pesquisa. Outros espaços da Universidade também são utilizados no processo de ensino-aprendizagem como por exemplo: laboratórios de ciências biológicas e da saúde, Unidade Saúde Escola, Unidade de Simulação, Hospital escola, entre outros. A Universidade possui uma área e uma estrutura não comparáveis aos IFSI franceses. Geralmente os Institutos de formação possuem uma estrutura restrita, marcada pela racionalização de custos.

A estrutura física dos IFSI se consistiu basicamente de gabinetes individuais para os formadores, salas de reunião e salas de aulas, centro de documentação, entre outros. O IFSI 1 também oferece 18 quartos para moradia estudantil que está condicionada a

critérios definidos pelo estabelecimento de ensino e pelo Centro Hospitalar. Observamos certa lógica de racionalização da estrutura e recursos nos IFSI franceses.

Essa lógica racionalizadora para a formação do enfermeiro também se aplica às estruturas e recursos colocados à disposição pela Universidade durante os cursos magistrais nas unidades de ensino universitárias (como por exemplo, na área de ciências humanas, sociais e direito e na área de ciências biológicas e médicas).

Os formadores relatam que na maior parte das unidades de ensino da área de ciências biológicas e médicas os cursos magistrais são desenvolvidos exclusivamente pela via da plataforma virtual com o uso de *podcast* (arquivos de áudio digitais). Os formadores sinalizam que essas ferramentas são em grande medida obstáculos no processo de ensino aprendizagem, considerando que os estudantes não interagem com os professores (para esclarecer dúvidas e lacunas do conhecimento, por exemplo). Os formadores também afirmam que os conteúdos transmitidos nos cursos (em *podcast*) não estão adaptadas ao público da Enfermagem, tendo o mesmo conteúdo ministrado para os estudantes de medicina. Os formadores, então, trabalham novamente os mesmos conteúdos nos trabalhos dirigidos, gerando uma acentuada sobrecarregada nos IFSI.

Nos cursos magistrais presenciais também se observa uma lógica racionalizadora de recursos (humanos e materiais), já que as Universidades tendem a reunir um maior número possível de estudantes de enfermagem em seus anfiteatros, isto é, os professores universitários ministram aulas para os estudantes dos IFSI (que estão vinculados) no mesmo tempo e espaço.

Esses dados nos aproximam novamente do analisador dinheiro quando constatamos que as bases materiais e institucionais, em grande parte, condicionam as práticas profissionais e a materialização das instituições.

Nesse ponto da escrita, desejamos resgatar a seguinte questão da investigação: como análise da situação brasileira interroga a situação francesa e inversamente?

Nas observações das atividades, na análise dos documentos, nas entrevistas, nas análises de implicação registradas no jornal de pesquisa e nas sessões de restituição foi possível desencadear debates e análises favorecidas pelo dispositivo de pesquisa em que a situação francesa “esclareceu”, iluminou ou tornou ainda mais embaçada a situação da formação e da enfermagem no Brasil e na França.

Destacamos como um desses aspectos a cisão estabelecida entre o cuidado clínico individual e o cuidado social presente nas duas realidades e nas práticas dos enfermeiros do Brasil e da França.

Nas entrevistas de FRP3 e FRP11 e na primeira sessão de restituição na França houve o seguinte depoimento:

Se hoje na formação e prática dos enfermeiros o lugar da prevenção, promoção perdeu espaço, é porque houve a separação entre o trabalho social com assistentes sociais, e a saúde clínica com enfermeiras. O trabalho social continuou assegurado pelo assistente social e na saúde, esse trabalho perdeu essa dimensão social (Síntese da primeira sessão de restituição na França).

Então, as formadoras dos IFSI, situam como marco do afastamento das enfermeiras das ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a separação na formação do enfermeiro e do assistente social: *“Elas eram por vezes assistentes sociais e enfermeiras ao mesmo tempo”*.

No Brasil, por sua vez, essa cisão é representada pelos pesquisadores como estando ligada à história das políticas de saúde, que adotou práticas curativas e individuais, mais fortemente a partir do processo de industrialização, já tardio em relação aos países da Europa, na perspectiva de recuperar mão de obra. O Sistema de Saúde brasileiro foi se dirigindo a classe trabalhadora de um lado com serviços de assistência fornecidos inicialmente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, mais tarde nas Caixas de Aposentadoria e Pensões e nos anos de 1960 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social. Para a classe abastada estavam postos os serviços de médicos liberais. Com relação às ações de saúde pública como vacinação, puericultura, pré-natal, haviam os centros de saúde, ligados ao Ministério da Saúde enquanto a assistência individual estava vinculada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (GEOVANINI, et al., 1995).

Tanto em uma realidade como na outra, a divisão entre o espaço do cuidado individual com ações destinadas às pessoas com agravos à saúde e o espaço da prevenção de doenças e promoção da saúde se fazem presentes. Elas conformam as práticas de enfermagem e a formação dos enfermeiros, ao mesmo tempo que são por essas mesmas práticas conformadas.

O lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças funcionou como um analisador das instituições enfermagem e formação em enfermagem pois faz ver e falar por exemplo, a busca de autonomia dos enfermeiros no Brasil e na França, buscando alternativas à subordinação ao modelo médico centrado e dependente.

Na terceira restituição no Brasil, houve uma certa admiração quanto a existência das *sages femmes*, na França, profissão que se encarrega do seguimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal e que assim, faz com que a assistência ao parto e puerpério não seja de domínio médico, como no Brasil, mas também não é de domínio das enfermeiras, como é reivindicado historicamente pela categoria.

Outro aspecto que o analisador “lugar da prevenção de doenças e promoção da saúde na formação “fez ver e falar”, é o de que com a universitarização da formação dos enfermeiros no Brasil, houve ganho de poder e reconhecimento de saber frente a sociedade como um todo. Com essa perspectiva vieram também características de competitividade e conflito para os ambientes formativos no Brasil.

Na segunda restituição na França, houve o seguinte comentário do orientador do estudo:

Uma das questões que espantou a Fabiana no convívio com a IFSI foi a ausência de conflitos entre as formadoras. As formadoras rebateram essa questão dizendo que haviam conflitos, especialmente quando se tratava de investimentos em formação do tipo mestrado (Síntese da segunda sessão de restituição na França).

Nas observações no Brasil e na vivência enquanto docente, os conflitos muitas vezes tidos como de ordem pessoal, em geral, estão relacionados a uma acentuada competição entre professores. Assim, a experiência na França, “faz ver e falar”, efeitos da instituição Universidade nas práticas de formação de enfermeiros e que já estão em processo de naturalização.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese de doutorado em cotutela entre o Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Escola Doutoral Direito e Ciências Humanas da Universidade de Cergy-Pontoise buscamos analisar a instituição formação em enfermagem a partir do lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças em um Curso de Enfermagem no Brasil e em Institutos de Formação de Cuidados de Enfermagem na França.

Não tivemos como intenção comparar as duas realidades, mas de “fazer dialogar” as suas similaridades e diferenças no “aqui e agora” institucional, situando-as em um contexto sócio histórico que define as práticas profissionais em enfermagem e a formação ao mesmo tempo que é definido por elas.

A imersão nessas realidades foi sustentada pela abordagem socioclínica do referencial da análise institucional na perspectiva de transformar a realidade ao mesmo tempo que a conhece. Isso implica necessariamente uma reversão epistemológica da pesquisa, na medida em que colocamos em análise coletiva as nossas implicações para compreender as relações que estabelecemos com as instituições Enfermagem, Saúde, Educação, religião, hospital, divisão social e técnica do trabalho, entre outras.

A partir desse exercício analítico também colocamos em evidência as contradições e os não-ditos que foram ocultados no processo de institucionalização da enfermagem e da formação em enfermagem.

Nesse trabalho socioclínico fomos confirmando o pressuposto de que a Enfermagem no Brasil e na França não são a mesma profissão e que os processos de institucionalização da formação do enfermeiro se comportam em lógicas diferentes nos dois países. Consideramos que foi o analisador “lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação do enfermeiro” que deu passagem a esses aprofundamentos e entendimentos por parte dos pesquisadores e coletivos de professores e formadores.

À guisa de conclusão podemos dizer que existe um lugar determinado na formação do enfermeiro para a promoção da saúde e prevenção de doenças no Brasil e na França. Porém, constatamos uma distância entre a formação prescrita e a formação realizada, que é distinta nas duas realidades.

Em suma constatamos na dimensão técnica, que os espaços onde são desenvolvidas as práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças no Curso de Enfermagem

no Brasil são diversificados, incluindo a rede de atenção primária à saúde. Nesses espaços são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e extensão pelos professores-pesquisadores (doutores e pós-doutores) e os estudantes de enfermagem. Nos IFSI da França evidenciamos que as práticas educativas e preventivas são desenvolvidas majoritariamente no espaço hospitalar, mas se inicia um processo de mudança em alguns Institutos. É como se agora os formadores começassem a se permitir a sair do espaço do hospital.

Na dimensão estética constatamos que as atividades desenvolvidas pelos professores no Brasil seguem uma lógica disciplinar e sem dispositivos de integração, produzindo certa invisibilidade das práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Já na França, a proposta curricular se sustenta em uma lógica de competências e no princípio pedagógico de alternância, estando mais integradas ao longo do processo de formação. Por outro lado, as ações educativas e preventivas ainda estão submetidas ao poder da Instituição hospital e do médico.

Nas dimensões política e ética constatamos que existem movimentos instituintes se contrapondo as lógicas instituídas na formação do enfermeiro no Brasil e de forma mais discreta e incipiente na França. No Brasil evidenciamos iniciativas importantes por parte de alguns professores. Algumas delas tem rompido com a lógica biologicista e hospitalocêntrica e tem criado dispositivos de transformação pautados nas necessidades das comunidades e nos princípios do SUS. Contudo, observamos certa fragilidade no que se refere a integração das práticas dos professores durante o processo de formação. Na França evidenciamos algumas iniciativas para a ampliação do olhar dos estudantes a partir das necessidades de grupos específicos, mas muitas delas ainda se ancoram em referenciais preventivistas.

Colocar em análise essas contradições nos permite concluir que embora sejam chamadas com o mesmo nome: enfermagem e enfermeiros, há práticas profissionais e formações diferentes, conformadas no devir histórico e social dos dois países.

O lugar dado à promoção da saúde e à prevenção de doenças na formação dos enfermeiros no Brasil e na França é, então, analisador das diferenças entre a profissão de enfermeiro no Brasil e na França. Interrogar o lugar desses conteúdos em cada um dos contextos nacionais permite também colocar à luz as relações de poder entre os tipos de saber mobilizados na formação dos enfermeiros de uma parte e as representações que constituem a identidade profissional dos enfermeiros de outra parte.

REFERÊNCIAS⁷⁷

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva** - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1991. 297 f. Tese (Livre-docência)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BAPTISTA, Suely de Souza; BARREIRA, Ieda de Alencar. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Rev. bras. enferm., Brasília** , v. 59, n. spe, p. 411-416, 2006.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otilia Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora FGB/IFG, 2012.

BAUDIER, François; DESTAING, Lara; MICHAUD, Claude. L'éducation pour la santé dans les Agences régionales de santé en 2012: constats et analyses. **Santé Publique**. p. 101-109, 2013.

BELLATO, Roseney; PEREIRA, Wilza Rocha. Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 17-25, mar. 2006.

BESSAOUD-ALONSO, Patricia. Dans l'après-coup d'un dispositif au long cours: une parole adolescente impliquée et en mouvement. In: MONCEAU, Gilles (Org.) **L'analyse institutionnelle des pratiques**: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France. Paris: L'Harmattan, 2012, p. 57-67.

⁷⁷ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BESSAOUD-ALONSO, Patricia. Parents et professionnels de l'éducation L'exemple d'une recherche action. **DIRE**, n. 4, p. 42-48, 2013.

BORDENAVE, Juan Enrique Dias. La Tranferencia de Tecnologia Apropriada ao Pequeno Agricultor. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, v. 3, n. 1-2, 1983.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9.273-9.275.

BRASIL. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 1993.

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

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. **Net**, 2014b. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a política nacional de promoção da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2014a. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006. Aprova a política de promoção da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Seção 1, p. 138.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, Francisco Eduardo de et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, mai./ago. 2001.

CEA, Georgia Sobreira dos Santos; REIS, Luiz Fernando; CONTERNO, Solange. Profae e lógica neoliberal: estreitas relações. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 139-160, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006, v. 1, p. 149-182.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CHAMBAUD, Laurent. La santé publique face aux nouveaux défis em France. **Santé, Société et Solidarité**. v. 7, n. 2, p. 91-96, 2008.

CLAPIS, Maria José 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). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n.1, p. 7-13, 2004.

COLIN, Marie-Pierre; ACKER, Dominique. Les centres de santé: une histoire, un avenir. **Santé Publique**, v. 21, p. 57-65, 2009.

CORREA, Adriana Katia. Metodologia problematizadora e suas implicações para a atuação docente: relato de experiência. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 61-78, dez. 2011.

COSTA, Marcelo Viana da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

CUNHA, Maria Isabel da. A indissociabilidade do ensino com a pesquisa e a extensão como referente da qualidade na universidade brasileira: um discurso em tensão. In: _____ (Org.). **Qualidade da graduação: a relação entre ensino, pesquisa e extensão e o desenvolvimento profissional docente**. Araraquara: Junqueira&Marin, 2012, p. 17-38.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, cap. 2, p. 43-57.

DE SAINT MARTIN, Claire. **Que disent les élèves de CLIS 1 de leur(s) place(s) dans l'école? Un empan liminal**. 2014. 92 f. Tese (Doutorado)-Ecole Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. v.1. Rio de Janeiro: Ed. 34 Letras, 1995.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

DOLLET, Agnès. Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. **Recherche en soins infirmiers**, n. 118, p. 62-74, 2014.

DONNAINT, Élisabeth; MARCHAND, Claire; GAGNAYRE Rémi. Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez des étudiants en soins infirmiers. **Recherche en soins infirmiers**, n. 123, p. 66-76, dec. 2015.

DRAGANOV, Patricia Bover; SANNA, Maria Cristina. Competências andragógicas dos docentes enfermeiros que atuam na graduação em enfermagem paulistana. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14, n. 1, p.155-182, jan./abr. 2016.

EVIN, Cecil. L'Ile-de-France: ses caractéristiques et la mise en place de l'ARS. **Actualité et dossier en santé publique**, n. 74, mars. 2011, p. 40-43.

FORTUNA, Cinira Magali et al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 581-588, jun. 2011.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 26, n. 2, p. 255-266, mai./ago., 2014.

FORTUNA, Cinira; SANTANA, Fabiana Ribeiro; SPAGNOL, Carla Aparecida. La formation universitaire des infirmières au Brésil: trois expériences. **Recherche en soins infirmiers**, n. 119, p. 85-98, déc. 2014.

FÓRUM DOS PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR PÚBLICAS BRASILEIRAS. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Manaus, 2012. Disponível em: <http://www.renex.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=20>. Acesso em: 19 fev. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCE. **Arrête du 31 Juillet 2009** relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponibles dans <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>>. Consulté le: 20 jan. 2015.

FRANCE. **Decret n° 2004-802 du 29 Juillet 2004** relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. Disponibles dans <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264>>. Consulté le: 16 fév. 2016.

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

GAGNAYRE, Rémi; D'IVERNOS, Jean-François. L'éducation thérapeutique: passerelle vers la promotion de la santé. **Adsp**, n. 43, juin. 2003.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lídia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 690-695, set./out. 2002.

GEOVANINI, Telma et al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1995.

GERMANO, Raimundo Medeiros. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 4, p. 365-368, jul./ago. 2003.

GUATTARI, Félix; ROLNIX, Suely. **Micropolítica, cartografias do desejo**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

HAMEL, Emmanuelle; POMMIER, Jeanine. Se former à la promotion de la santé: des clés pour comprendre. **La santé de l'homme**, n. 416, nov./déc. 2011.

HARDY, Anne-France; ENEAU, Jérôme; NAGELS, Marc. Développement professionnel infirmier en promotion de la santé. **Recherche en soins infirmiers**, n. 118, p. 75-84, 2014.

HARLOE, Michael; PERRY, Beth. Repenser l'université sans la vider de son sens: engagements externes et transformations internes de l'université dans l'économie du savoir. **Politiques et gestion de l'enseignement supérieur**, n. 17, p. 31-45, 2005.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.

HEIDMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006.

HENRY, Stéphane. Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938). **Recherche en soins infirmiers**, n. 109, p. 37-49, juin. 2012.

HESS, Rémi; SAVOYE, Antoine. **L'analyse institutionnelle**, Que sais-je? Paris: PUF, 1993.

HOMERIN, Marie-Pierre. L'articulation entre savoirs académiques et savoirs d'action. In: _____. **La discipline infirmière dans le champ scientifique**: visibilité et lisibilité d'un savoir professionnel. Paris: Éditions De Boeck-Estem, 2012, p. 37-65.

JAKIEWICZ, Nathalie. Approche praxistique de l'intervention éducative en institut de formation en soins infirmiers. **Recherche en soins infirmiers**, n. 74, sept. 2003.

JUSTUMUS, Maryse; GAGNAYRE, Rémi; D'IVERNOS, Jean-François. L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers français. **Bulletin d'Education du Patient**, v. 19, n. 3, p. 153-162, 2000.

KELEHER, Helen; PARKER, Rhian; FRANCIS, Karen. Preparing nurses for primary health care futures: how well do Australian nursing courses perform? **Aust J Prim Health**, v. 16, n. 3, p. 211-216, 2010.

L'ABBATE, Solange. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

L'ABBATE, Solange. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 31-88.

L'ABBATE, Solange. Intervenção e pesquisa qualitativa em Análise Institucional. In: BARROS, Nelson Filice; CECATTI, José Guilherme; TURATO, Egberto Ribeiro. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde - múltiplos olhares**. São Paulo: Ed. Unicamp, 2005, p. 235-246.

L'ABBATE, Solange. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sonia (Org.). **SaúdeLoucura análise institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 79-99.

L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

LAZZARIA, Daniele Delacanal; MARTINI, Jussara Gue; BUSANAC, Juliano de Amorim. Docência no ensino superior em enfermagem: revisão integrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 3, p. 93-101, set. 2015.

LECOMTE, Clarisse. Analyse des pratiques et processus de subjectivation en situation professionnelle. **Nouvelle revue de psychosociologie**, n. 11, p. 53-66, 2011.

LE RHUN, Anne et al. Analysis of perceived stress by hospital caregivers in the practice of therapeutic education: implications for supervision. **Glob Health Promot.**, v. 20, 2 Suppl. 2, p. 43-47, jun. 2013.

LEBLANC, Celine. **Accompagner les tuteurs de stage dans le partage des gestes techniques en formation initiale des infirmières**. 2014. 68 f. Memoire (Master Mention Education et Formation)-Institut d'Education, Université de Cergy-Pontoise, 2014.

LIMA, Gercina Ângela Borém. Mapa Conceitual como ferramenta para organização do conhecimento em sistema de hipertextos e seus aspectos cognitivos. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v.9, n.2, p. 134-145, jul./dez. 2004.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**, n. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005.

LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

LOURAU, René. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOURAU, René. **La clé des champs**. Paris: Anthropos, 1977.

LOURAU, René. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, Sônia (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARIN-MARTINOD, Christine. **L'éducation du patient**: une qualité de soins pour une qualité de vie. 2002. 62 f. Memoire (Diplôme de Cadre de Santé)-Institut de Formation des Cadres de Santé Croix-Rouge, Paris, 2002.

MASSELLI, Cecília. L'important, c'est le chemin..., trajectoire d'une infirmière brésilienne. **Santé Publique**, v. 16, p. 357-362, 2004.

MATUMOTO, Silvia et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, fev. 2011b.

MATUMOTO, Silvia et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 603-610, jun. 2011a.

MATUMOTO, Silvia et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 9-24, fev. 2005.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

MESSMER-AL, Abed Naamat. Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis? Cas de l'infirmière dans une haute école de sante (HES). Suisse. **Recherche en soins Infirmiers**, n. 106, p. 120-129, sept. 2011.

MIRANDA, Cristina Loyola. **O Parentesco Imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1994.

MONCEAU, Gilles (Org.) **L'analyse institutionnelle des pratiques**: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France. Paris: L'Harmattan, 2012.

MONCEAU, Gilles. Analyser la pratique (des autres) pour produire des connaissances: quels enjeux, quels effets? In: Colloque international Chercheurs et praticiens dans la

recherche, 2004, Lyon. **Annales...** Lyon: Université Lumière Lyon 2, IUFM de l'académie de Lyon, Université Catholique de l'Ouest, 2004, p. 1-8.

MONCEAU, Gilles. Como as instituições permeiam as práticas profissionais: socioclínica institucional e formação de professores. In: PIMENTA, Selma Garrido; FRANCO, Maria Amélia do Rosário Santoro (Org.). **Pesquisa em Educação**: possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação. São Paulo: Edições Loyola, v. 1, p. 27-73, 2008b.

MONCEAU, Gilles. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008a.

MONCEAU, Gilles. L'intervention socianalytique. **Pratiques de Formation-analyses**, n. 32, p. 25-38, 1996.

MONCEAU, Gilles. Práticas Socioanalíticas e Socioclínicas na Análise Institucional. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 91-113.

MONCEAU, Gilles. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez. 2005.

MONTENEGRO, Livia Cozer; MENEZES BRITO, Maria José. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Invest Educ Enferm.**, v. 29, n. 2, p. 238-247, 2011.

MORISSET, Josée et al. La prévention dans les systèmes de soins: défis communs pour la France et le Québec. **Pratiques et Organisation des Soins**, v. 40, n. 4, oct./déc. 2009, p. 275-282.

NASCIMENTO, Maria-Lívia do; SCHEINVAR, Estela. Formation professionnelle et outils de l'analyse institutionnelle en formation de psychologues. In: MONCEAU, Gilles. (Org.). **L'analyse institutionnelle des pratiques**: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France. Paris: L'Harmattan, 2012, p. 71-81.

OLLIVIER, Gérard; BICHIER, Édouard; FONTAINE, Martine. Réforme de la formation initiale paramédicale. Principes et contexte. **La Revue Hospitaliere de France**, n. 545, mars/avr. 2012.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 17-31.

PÉAUD, Philippe. Apprendre de l'expérience: l'analyse des pratiques. **Revue de l'analyse de pratiques professionnelles**, n. 1, p. 34-38, 2013.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, set. 2004.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Aug. 2013.

PEÑA, Yolanda Flores; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; DURANZA, Rafael Luis Castillo. O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da seguridade social do México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, sep./oct. 2006.

PEREIRA, Wilza Rocha; TAVARES, Cláudia Mara Melo. Práticas pedagógicas no ensino de enfermagem: um estudo na perspectiva da análise institucional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1077-1084, dec. 2010.

PERRAUT-SOLIVERES, Anne. L'émergence du mouvement infirmier. **Les Tribunes de la santé**, n. 26, p. 81-94, 2010.

PILOTTI, Anne. L'écriture électronique du masseur-kinésithérapeute: des corps aux claviers. In: MONCEAU, Gilles (Org.). **Le courrier électronique dans les pratiques professionnelles en éducation, santé et action sociale: usages et effets**. Paris: Champ Social Éditions, 2013, p. 134-154.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

POISSON, M. **Histoire de la profession infirmière en France: origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)**. Paris: Editions Hospitalières, 1998.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil - uma pequena revisão**. 2003. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-politicas/ARQUIVOS%20PDF/Hist%C3%B3ria%20das%20pol%C3%ADticas.pdf>>.
Acesso em: 16 fev. 2016.

REIS, Dener Carlos dos. Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, Maria Flávia; REIS, Dener Carlos dos; MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p. 19-33.

REY, Alain (Org.). **Dictionnaire historique de langue française**. Paris: Le Robert, 1993.

RIOS, Terezinha Azerêdo. A dimensão ética da aula ou o que nós fazemos com eles. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro (Org.). **Aula: gênese, dimensões, princípios e práticas**. Campinas: Papirus Editora, 2008, v. 1, p. 73-93.

RIOS, Terezinha Azerêdo. **Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Análise Institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. **Revista de Psicoanálisis y Cultura**, n. 18, 2003.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **No rastro dos cavalos do diabo: memória e história para uma reinvenção de percursos do paradigma do grupalismo-institucionalismo no Brasil**. 2002. 520 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROTHIER-BAUTZER, Éliane. Formation des soignants en France: la difficile émergence de nouveaux modèles. **Les Tribunes de la santé**, n. 36, p. 83-88, 2012.

RUIZ, Tânia et al. O internato rural do curso de graduação em nutrição da Universidade Federal de Viçosa (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 6, p. 566-569, dez. 1985.

SAMSON, Dominique. **Enseignement superieur et formations des secteurs de la sante, du social et de l'animation**: rapprochements et tensions en Île de France. Rapport pour le laboratoire EMA, Université de Cergy-Pontoise. França, 2012.

SAMSON, Dominique. Escrita e trabalho de institucionalização: o efeito Goody. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, cap. 3, p. 131-146.

SANCHES, Ieda Cristina Pereira et al. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-76, jan. 2013.

SANTANA, Fabiana Ribeiro et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1653-1664, 2010.

SANTANA, Fabiana Ribeiro. **Integralidade do Cuidado**: concepções e práticas de docentes de Graduação em Enfermagem. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Universidade no século XXI**: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SAVOYE, Antoine. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. **Mnemosine**, v. 3, n. 2, p. 181-193, 2007.

SAVOYE, Antoine. Analyse institutionnelle et recherches socio-historiques: quelle compatibilité? **L'Homme et la Société**, n. 147, p. 133-150, 2003.

SCHWEYER, François-Xavier. L'universitarisation de la formation en soins infirmiers: les promesses et leurs ombres. **Recherche en soins infirmiers**, n. 93, p. 120-121, 2008.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan et al. Desafios e estratégias dos programas de pós-graduação em enfermagem para a difusão da produção científica em periódicos internacionais. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 5-10, 2014.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; MUNARI, Denize Bouttelet; GELBCKE, Francine Lima et al. **Documento de área e Comissão da Trienal 2013: Enfermagem**. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, 2013. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/component/content/article/44-avaliacao/4667-enfermagem>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

SILVA, Kênia Lara et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 368-376, abr./jun. 2010.

SILVEIRA, Zuleide Simas da; BIANCHETTI, Lucídio. Universidade moderna: dos interesses do Estado-nação às conveniências do mercado. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21, n. 64, jan./mar. 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, v. 1, p. 1-16.

TANDA SOYER, Nicole; EYMARD, Chantal; ALDERSON, Marie. Etat des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers: recherche et professionnalisation. **Recherche en soins infirmiers**, n. 116, p. 70-80, 2014.

TRAYNARD, Pierre-Yves; GAGNAYRE, Rémi. L'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique. In: SIMON, Dominique et al. **Éducation thérapeutique: prévention et maladies chroniques**. 3 ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013, p. 3-8.

VAN ROOIJ, Geneviève et al. Enquête sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique auprès de 30 instituts de formation en soins infirmiers de la région Île-de-France. **Educ Ther Patient/Ther Patient Educ**, v. 4, n. 2, p. 111-121. Déc. 2012.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular na Universidade. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (Org.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: HUCITEC; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013, p. 15-24.

VIGIL-RIOCHE, Marie Andrée. D'exécuter un soin à penser le soin » ou de la difficulté à « mettre en mots » la pratique infirmière. **Recherche en soins infirmiers**, n. 85, juin. 2006.

VIGOTSKI, Liev Semionovitch. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

WESTPHAL, Márcia Faria; WALLERSTEIN, Nina. Saúde, desenvolvimento e equidade. **Global Health Promotion**, v. 14, n. 1, p. 31-31, Mar. 2007.

ANEXO A - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar a resolução que dispõe sobre as diretrizes dos Cursos de Graduação em Enfermagem do Brasil para colocar em evidência as diferenças da formação do enfermeiro no Brasil e da França. Uma questão chave que demarca a diferença entre as duas realidades é o caráter prescritivo e normativo do referencial de formação do enfermeiro francês. As diretrizes brasileiras, por outro lado, sinalizam os princípios, fundamentos, condições e procedimentos essenciais para a formação, mas deixa espaço para a criação e autonomia acadêmica.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO*

CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

* CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

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

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II - incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III - estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV - desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V - compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII - atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII - ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX - reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X - atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

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

XII - reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

XIII - assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

XIV - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

XV - usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;

XVI - atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

XVII - identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

XVIII - intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

XIX - coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;

XX - prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

XXI - compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;

XXII - integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

XXIII - gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

XXIV - planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

XXV - planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

XXVI - desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XXVII - respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

XXIII - interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

XXIX - utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

XXX - participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

XXXI - assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único. 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.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

- a) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;
- b) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
- c) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e
- d) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar

mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10 As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11 A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12 Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13 A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14 A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

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

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Art. 15 A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO B - Ofício autorização do comitê de ética em pesquisa

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

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 111/2014

Ribeirão Preto, 4 de Junho de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 182ª Reunião Ordinária, realizada em 4 de junho de 2014.

Protocolo CAAE: 31343814.8.0000.5393

Projeto: Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro.

Pesquisadores: Cinira Magali Fortuna
Fabiana Ribeiro Santana

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C - Ementas e objetivos das disciplinas do curso de enfermagem do Brasil que anunciam atividades de promoção da saúde e/ou de prevenção de doenças

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar as ementas e os objetivos das disciplinas do Brasil que anunciam a promoção da saúde e/ou a prevenção de doenças buscando colocar em evidência os sentidos e significados que dão sustentação para a prática dos professores do Brasil. Podemos verificar que existem elementos muito particulares do Brasil, como por exemplo, educação popular em saúde e saúde coletiva e outros elementos que também são encontrados no cenário internacional como a noção de risco à saúde.

Educação e Saúde (3º semestre)

Carga Horária Total: 60

Carga Horária Teórica: 30

Carga Horária Prática: 30

Requisitos: Não há requisito para essa disciplina.

Ementa:

1. Construção de saberes e práticas em saúde; 2. Educação popular e saúde; 3. Serviços de saúde e comunidades como espaços educativos; 4. Participação e humanização na educação em saúde; 5. Planejamento, implementação e avaliação de ações educativas participativas em comunidades.

Objetivos gerais:

Analisar os processos educativos que permeiam as práticas sociais em saúde; desenvolver e aplicar metodologias participativas de educação em saúde na interação com comunidades.

Nutrição e Saúde (4º semestre)

Carga Horária Total: 60

Carga Horária Teórica: 60

Carga Horária Prática: 0

Requisitos: 260010 - Bioquímica e Biofísica

Ementa:

1. Nutrição na atuação profissional em saúde. 2. Conceitos, princípios e estratégias para a alimentação saudável. 3. Práticas alimentares e transição nutricional. 4. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 5. Problemas alimentares e nutricionais prevalentes

na população brasileira. 6. Segurança Alimentar e Nutricional. 7. Noções de técnicas dietéticas. 8. Nutrientes: funções, necessidades, recomendações, fontes e biodisponibilidade. 9. Bases do processo de cuidado nutricional para diferentes situações fisiológicas e patológicas. 10. Características da alimentação, recomendações nutricionais e cuidados alimentares e nutricionais aplicados à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde de crianças, adolescentes, gestantes, lactantes, adultos e idosos.

Objetivos gerais: Conhecer os princípios e as ações de nutrição voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

Atenção à Saúde do Adulto (5º semestre)

Carga Horária Total: 270

Carga Horária Teórica: 120

Carga Horária Prática: 150

Requisitos: Saúde Coletiva; Processo de Cuidar em Enfermagem; Patologia Geral para Enfermagem

Ementa:

1. Tecnologias para o cuidado do adulto. 2. Sistematização do cuidado de enfermagem ao adulto nas situações de alterações clínicas e cirúrgicas, no contexto da atenção básica e hospitalar. 3. Elementos essenciais da organização e da dinâmica de unidades de internação clínica, cirúrgica e centro cirúrgico.

Objetivos gerais:

Auxiliar o estudante a desenvolver as atividades de planejamento, desenvolvimento e avaliação de caráter individual e coletivo voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos e reabilitação do adulto, inserido no seu contexto social e familiar, compreendendo a enfermagem como parte do trabalho em saúde e pautando-se em princípios éticos, legais, científicos e de humanização.

Atenção à Saúde do Idoso (6º semestre)

Carga Horária Total: 75

Carga Horária Teórica: 30

Carga Horária Prática: 45

Requisitos: Atenção à Saúde da Família; Atenção à Saúde do Adulto; Relação Enfermeiro-Paciente

Ementa:

1. Saúde e envelhecimento: conceitos, políticas e legislação. 2. Epidemiologia do envelhecimento. 3. Organizações, serviços e modelos de atenção ao idoso. Rede de suporte familiar e institucional ao idoso. 4. Envelhecimento e ambiente. Tecnologias assistivas. 5. Patologias prevalentes em gerontologia e cuidado ao idoso e família. 6. Processo de cuidar do idoso. Tecnologias do cuidado ao idoso. Aspectos éticos do cuidado ao idoso. Fundamentos teóricos e metodológicos da gerontologia.

Objetivos gerais:

Planejar, desenvolver e avaliar ações de enfermagem de caráter individual e coletivo na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da pessoa idosa no seu contexto de vida, pautando-se nos princípios éticos, legais, científicos e da humanização.

Atenção à Saúde Mental (6º semestre)

Carga Horária Total: 60

Carga Horária Teórica: 30

Carga Horária Prática: 30

Requisitos: Atenção à Saúde do Adulto; Atenção à Saúde da Família; Psicologia do Desenvolvimento; Relação Enfermeiro-Paciente

Ementa:

Conceituando saúde/doença mental. Epidemiologia do sofrimento psíquico. Política de saúde mental. Cidadania e transtorno mental: legislação e direitos da pessoa em sofrimento psíquico. Introdução à saúde clínica. Terapêutica em saúde mental. Instrumentalizando para o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico e à família. Cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Objetivos gerais:

Planejar, desenvolver e avaliar ações de enfermagem de caráter individual e coletivo na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da pessoa idosa no seu contexto de vida, pautando-se nos princípios éticos, legais, científicos e da humanização.

Atenção à Saúde do Trabalhador (6º semestre)

Carga Horária Total: 90

Carga Horária Teórica: 60

Carga Horária Prática: 30

Requisitos: Introdução à Sociologia Geral; Trabalho em Enfermagem 1; Saúde Coletiva

Ementa:

Analisar o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, os riscos à saúde existentes no trabalho e as formas de prevenção nos diferentes setores de economia. Descrever as etapas a serem seguidas na utilização do método epidemiológico na investigação de agravos à saúde decorrentes do trabalho e na avaliação da exposição aos riscos à saúde nos ambientes de trabalho. Analisar a atuação de enfermeiro nos diferentes campos de atuação em saúde do trabalhador tomando como referência a legislação de enfermagem, de saúde e de saúde do trabalhador.

Objetivos gerais:

Analisar o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, os riscos à saúde existentes no trabalho e as formas de prevenção nos diferentes setores de economia. Descrever as etapas a serem seguidas na utilização do método epidemiológico na investigação de agravos à saúde decorrentes do trabalho e na avaliação da exposição aos riscos à saúde nos ambientes de trabalho. Analisar a atuação de enfermeiro nos diferentes campos de atuação em saúde do trabalhador tomando como referência a legislação de enfermagem, de saúde e de saúde do trabalhador.

Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (7º semestre)

Carga Horária Total: 195

Carga Horária Teórica: 90

Carga Horária Prática: 105

Requisitos: Atenção à Saúde do Adulto; Psicologia do Desenvolvimento; Relação Enfermeiro-Paciente

Co-Requisitos: Atenção à Saúde da Mulher

Ementa:

Infância e adolescência: aspectos históricos, éticos, legais e psicossociais. Vigilância à saúde da criança e do adolescente. Cuidado de Enfermagem ao recém-nascido, criança e adolescente na família e em instituições de ensino e atenção à saúde. Cuidado de Enfermagem ao recém-nascido, criança e adolescente nas situações de agravo a saúde. Aspectos da estrutura, organização e funcionamento das unidades de atendimento a criança.

Objetivos gerais:

Planejar, desenvolver e avaliar ações de enfermagem de caráter individual e coletivo voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos, e reabilitação da criança e do adolescente, inseridos em seu contexto social e familiar, compreendendo a enfermagem como parte do trabalho em saúde e pautando-se em princípios éticos, legais, científicos e de humanização.

Atenção à Saúde da Mulher (7º semestre)

Carga Horária Total: 180

Carga Horária Teórica: 90

Carga Horária Prática: 90

Requisitos: Atenção à Saúde do Adulto; Psicologia do Desenvolvimento; Relação Enfermeiro-Paciente

Co-Requisito: Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Ementa:

1. A mulher e a sociedade: papel social, gênero e trabalho, direitos sexuais, reprodutivos e tecnologias de anticoncepção. 2. Patologias prevalentes na mulher: DST, afecções ginecológicas, câncer ginecológico, patologias da gestação e pós-parto. 3. Processo de cuidar da gestante, parturiente, puérpera, nutriz e recém-nascido e da mulher no climatério, nas unidades básicas de saúde, ambulatorios especializados e alojamento conjunto. 4. Cuidados nutricionais à saúde da gestante e nutriz. Pesquisas na área da saúde da mulher.

Objetivos gerais:

Planejar, desenvolver e avaliar as ações de Enfermagem de caráter individual e coletivo na promoção à saúde, prevenção e tratamento de agravos nas diversas fases da vida da mulher, entendendo-a como pessoa singular e inserida no contexto social e familiar; compreendendo a enfermagem como parte do trabalho em saúde e pautando-se em princípios éticos, legais, científicos e de humanização.

Estágio Curricular Supervisionado: Área Saúde Coletiva 1 (8º período)

Carga Horária Total: 195

Carga Horária Teórica: 0

Carga Horária Prática: 195

Requisitos: Atenção à Saúde do Trabalhador; Atenção à Saúde Mental; Gerenciamento em Enfermagem 2; Trabalho em Enfermagem 2

Co-Requisitos: Estágio Curricular Supervisionado: Área Saúde Hospitalar 1

Ementa:

Estágio curricular supervisionado em serviços que abrangem a área de saúde coletiva, com elaboração de diagnóstico do contexto, desenvolvimento e avaliação do plano de intervenção em unidades de trabalho do Enfermeiro diferentes do estágio curricular supervisionado: área coletiva 2.

Objetivos gerais:

Vivenciar uma experiência acadêmico-profissional, por meio da atuação nos campos de prática do enfermeiro na saúde coletiva estabelecendo relações da aplicabilidade dos conhecimentos teóricos à prática profissional.

Objetivos específicos:

- Promover o desenvolvimento de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras de maneira ética, humanista, crítica e reflexiva nos cenários de prática de interesse;
- Proporcionar aos graduandos a vivência da prática profissional do enfermeiro inserido em USF da Secretaria Municipal de Saúde do município;
- Aprimorar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos nas diferentes disciplinas do curso de graduação para o cuidado e educação em Enfermagem.
- Planejar, implementar e avaliar o processo de cuidar no âmbito individual e coletivo.
- Educar e pesquisar em enfermagem da área de atuação prática.
- Vivenciar a responsabilidade e auto-gestão da própria educação permanente.

Estágio Curricular Supervisionado: Área Hospitalar 1 (8º período)

Carga Horária Total: 195

Carga Horária Teórica: 0

Carga Horária Prática: 195

Requisitos: Atenção à Saúde do Trabalhador; Atenção à Saúde Mental; Gerenciamento em Enfermagem 2; Trabalho em Enfermagem 2

Co-Requisitos: Estágio Curricular Supervisionado: Área Saúde Coletiva 1.

Ementa:

Estágio curricular supervisionado em serviços que abrangem a área de saúde hospitalar, com elaboração de diagnóstico do contexto, desenvolvimento e avaliação do plano de intervenção em unidades de trabalho do Enfermeiro diferentes do estágio curricular supervisionado: área hospitalar 2.

Objetivos:

Vivenciar uma experiência acadêmico-profissional, por meio da atuação nos campos de prática do enfermeiro na atenção hospitalar estabelecendo relações da aplicabilidade dos conhecimentos teóricos à prática profissional.

Objetivos específicos:

- Promover o desenvolvimento de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras de maneira ética, humanista, crítica e reflexiva nos cenários de prática de interesse;
- Proporcionar aos graduandos a vivência da prática profissional do enfermeiro inserido em unidades hospitalares do município;
- Aprimorar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos nas diferentes disciplinas do curso de graduação para o cuidado e educação em Enfermagem.
- Planejar, implementar e avaliar o processo de cuidar no âmbito individual.
- Educar e pesquisar em enfermagem da área de atuação prática.
- Vivenciar a responsabilidade e auto-gestão da própria educação permanente.

Estágio Curricular Supervisionado: Área Saúde Coletiva 2 (9º período)

Carga Horária Total: 210

Carga Horária Teórica: 0

Carga Horária Prática: 210

Requisitos: Estágio Curricular Supervisionado: Área Coletiva 1

Co-Requisitos: Estágio Curricular Supervisionado Área Hospitalar 2

Ementa:

Estágio curricular supervisionado em serviços que abrangem a área de saúde coletiva, com elaboração de diagnóstico do contexto, desenvolvimento e avaliação do plano de intervenção em unidades de trabalho do Enfermeiro diferentes do estágio curricular supervisionado: área coletiva 1

Objetivos:

Vivenciar uma experiência acadêmico-profissional, por meio da atuação nos campos de prática do enfermeiro na saúde coletiva estabelecendo relações da aplicabilidade dos conhecimentos teóricos à prática profissional.

Objetivos específicos:

- Promover o desenvolvimento de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras de maneira ética, humanista, crítica e reflexiva nos cenários de prática de interesse;
- Proporcionar aos graduandos a vivência da prática profissional do enfermeiro inserido em Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município;

- Aprimorar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos nas diferentes disciplinas do curso de graduação para o cuidado e educação em Enfermagem.
- Planejar, executar e avaliar o processo de cuidar no âmbito individual e coletivo.
- Educar e pesquisar em enfermagem da área de atuação prática.
- Vivenciar a responsabilidade e auto-gestão da própria educação permanente.

Estágio Curricular Supervisionado: Área Hospitalar 2 (9º período)

Carga Horária Total: 210

Carga Horária Teórica: 0

Carga Horária Prática: 210

Requisitos: Estágio Curricular Supervisionado: Área Hospitalar 1

Co-Requisitos: Estágio Curricular Supervisionado: Área Saúde Coletiva 2

Ementa:

Estágio curricular supervisionado em serviços que abrangem a área de saúde hospitalar, com elaboração de diagnóstico do contexto, desenvolvimento e avaliação do plano de intervenção em unidades de trabalho do Enfermeiro diferentes do estágio curricular supervisionado: área hospitalar 1.

Objetivos:

Vivenciar uma experiência acadêmico-profissional, por meio da atuação nos campos de prática do enfermeiro na atenção hospitalar estabelecendo relações da aplicabilidade dos conhecimentos teóricos à prática profissional.

Objetivos específicos:

Promover o desenvolvimento de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras de maneira ética, humanista, crítica e reflexiva nos cenários de prática de interesse;

- Proporcionar aos graduandos a vivência da prática profissional do enfermeiro inserido em unidades hospitalares do município;
- Aprimorar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos nas diferentes disciplinas do curso de graduação para o cuidado e educação em Enfermagem.
- Planejar, implementar e avaliar o processo de cuidar no âmbito individual.
- Educar e pesquisar em enfermagem da área de atuação prática.
- Vivenciar a responsabilidade e auto-gestão da própria educação permanente.

Estágio Supervisionado da Docência em Enfermagem 2 (9º período)

Carga Horária Total: 150

Carga Horária Teórica: 0

Carga Horária Prática: 150

Requisitos: Metodologia de Ensino em Enfermagem; Estágio Supervisionado da Docência em Enfermagem 1

Ementa:

Atuação docente do licenciando no ensino profissional em enfermagem. Planejamento, implementação e avaliação de diferentes unidades de ensino em enfermagem. Para tanto, a disciplina contemplará os seguintes tópicos principais: 1. Análise do campo de estágio (com observação e acompanhamento de aula, se necessário); 2. Definição do temário das aulas a serem acompanhadas e ministradas no estágio; 3. Proposição de objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação de ensino para as aulas a serem ministradas; 4. Elaboração detalhada das aulas a serem ministradas e construção dos recursos didáticos; Implementação e avaliação das aulas.

Objetivos:

Praticar a docência na educação profissional em Enfermagem.

Objetivos específicos:

- Definir campo de estágio;
- Definir plano de atividades de estágio;
- Pesquisar sobre o(s) tema(s) de sua(s) aula(s) e mini-cursos;
- Apresentar, por escrito, o planejamento de sua(s) aula(s);
- Apresentar por escrito plano de minicurso e/ou monitoria;
- Realizar estágio, implementando, em campo, a(s) aula(s), minicursos e/ou monitorias planejada(s).

Nota da pesquisadora:

No plano de ensino de Estágio Supervisionado da Docência em Enfermagem 2, a promoção da saúde é anunciada nos procedimentos de avaliação do aprendizado dos alunos. Uma das atividades avaliativas da disciplina consiste de um relatório de estágio. A professora apresenta no plano de ensino os itens que compõe o relatório. No item “conclusões” o aluno deverá elaborar uma “Reflexão sobre o papel do profissional técnico de Enfermagem e do papel e compromisso do/a professor/a de Nível Técnico em Enfermagem com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, bem como com a prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil...” (p. 3-4).

ANEXO D - Referencial de competências da formação do enfermeiro na França (2009)

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar o referencial de competências da formação do enfermeiro na França para demonstrar detalhadamente que competências são essas, como elas são desenvolvidas no processo de formação, ou seja, que elementos as compõem e quais são os critérios de avaliação.

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il d'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

COMPÉTENCES

- 1 - Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
- 2 - Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
- 3 - Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
- 4 - Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
- 5 - Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
- 6 - Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
- 7 - Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
- 8 - Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
- 9 - Organiser et coordonner des interventions soignantes
- 10 - Informer et former des professionnels et des personnes en formation

COMPÉTENCES DÉTAILLÉS

Compétence 1

Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

- 1 - Évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique.
- 2 - Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins,...).

3 - Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution.

4 - Conduire un entretien de recueil de données.

5 - Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé.

6 - Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives.

7 - Élaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires.

8 - Évaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
<p style="text-align: center;">- 1 -</p> <p style="text-align: center;">Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...) - Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe - Les informations utilisées sont mises à jour et fiables - Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente
<p style="text-align: center;">- 2 -</p> <p style="text-align: center;">Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne - Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles - Les informations sélectionnées sont priorisées
<p style="text-align: center;">- 3 -</p> <p style="text-align: center;">Pertinence du diagnostic de situation clinique posé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le diagnostic de situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis - La situation de santé est analysée de manière multidimensionnelle - Les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés

	<ul style="list-style-type: none"> - Le lien entre les éléments recueillis est expliqué - Le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations sont expliqués - Les connaissances utilisées sont précisées
--	---

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers

- 1 - Élaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité.
- 2 - Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations.
- 3 - Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité, de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité.
- 4 - Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées.
- 5 - Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien.
- 6 - Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins.
- 7 - Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées.
- 8 - Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants.
- 9 - Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel...).
- 10 - Évaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
- 1 -	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet prend en compte les informations recueillies sur toutes les dimensions de la situation - Le projet comporte des objectifs, des actions, des modes d'évaluation - Le projet de soins est réalisé (si possible) avec la personne soignée

Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a adéquation entre le projet et l'évaluation de la situation - Les actions prévues sont en adéquation avec le contexte et les ressources - Les étapes du parcours de soins sont identifiées - Les choix et les priorités sont expliqués et justifiés - Les réajustements nécessaires sont argumentés
<p style="text-align: center;">- 2 -</p> <p style="text-align: center;">Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs de soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou sont entourés - Les réactions du patient sont décrites - Le consentement du patient est recherché, et des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte sont données
<p style="text-align: center;">- 3 -</p> <p style="text-align: center;">Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées - Les règles de qualité sont respectées - Les contrôles de conformité (réalisation, identification de la personne,...) sont effectivement mis en œuvre - Toute action est expliquée au patient - Une attention est portée à la personne - Le geste est réalisé avec dextérité - Les réactions du patient au soin sont prises en compte - La qualité et l'efficacité du soin réalisé sont évaluées - La réalisation des soins et l'application des protocoles sont adaptées à la situation et au contexte - Les règles de traçabilité sont respectées
<p style="text-align: center;">- 4 -</p> <p style="text-align: center;">Pertinence des réactions en situation d'urgence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les situations d'urgence et de crise sont repérées - Les mesures d'urgence appropriées sont mises en œuvre - Les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans différentes situations d'urgence sont expliquées
<p style="text-align: center;">- 5 -</p> <p style="text-align: center;">Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La réalisation des soins prescrits et des soins du rôle propre infirmier est assurée - La répartition des tâches est expliquée de manière cohérente - Le contrôle des soins confiés est réalisé - L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée - L'organisation prend en compte le contexte et les aléas - Les choix d'organisation sont expliqués et les priorités argumentées

Compétence 3

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

- 1 - Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage.
- 2 - Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps.
- 3 - Évaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité.
- 4 - Adapter et sécuriser l'environnement de la personne.
- 5 - Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique.
- 6 - Évaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
- 1 - Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Les activités proposées prennent en compte les besoins de la personne - Les ressources de la personne sont mobilisées pour maintenir ou restaurer son autonomie
- 2 - Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - La pudeur et l'intimité de la personne sont respectées - Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées - Les moyens mobilisés sont adaptés à la situation - Les conditions de bien-être, de confort et de qualité de vie de la personne sont vérifiées - Les principes d'ergonomie et de sécurité sont connus et appliqués dans les soins et les différentes activités - Les règles de l'hydratation et de la diététique sont connues et expliquées
- 3 - Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Les risques liés à la situation et la manière de les prévenir sont repérés et expliqués

Compétence 4

Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

- 1 - Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste.
- 2 - Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène et d'asepsie.
- 3 - Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements.
- 4 - Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne.
- 5 - Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux.
- 6 - Conduire une relation d'aide thérapeutique.
- 7 - Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapique.
- 8 - Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne.
- 9 - Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique.
- 10 - Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonnes pratiques.
- 11 - Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées.
- 12 - Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, transmissions...).

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
<p style="text-align: center;">- 1 -</p> <p style="text-align: center;">Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les règles sécurité hygiène et asepsie sont respectées - Les règles de qualité, traçabilité sont respectées - Les contrôles de conformité (prescription, réalisation, identification de la personne,...) sont effectivement mis en œuvre - Toute action est expliquée au patient - Une attention est portée à la personne - La préparation, le déroulement de l'examen et la surveillance après réalisation sont conformes aux protocoles et modes opératoires

	<ul style="list-style-type: none"> - Les gestes sont réalisés avec dextérité - La prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre - La procédure d'hémovigilance est respectée
<p align="center">- 2 -</p> <p align="center">Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifestes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La thérapeutique administrée est conforme à la prescription - Les anomalies sont identifiées et signalées
<p align="center">- 3 -</p> <p align="center">Exactitude du calcul de dose</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune erreur dans différentes situations de calcul de dose
<p align="center">- 4 -</p> <p align="center">Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les effets attendus et/ou secondaires sont repérés - La douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en œuvre - Les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles
<p align="center">- 5 -</p> <p align="center">Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les risques liés à l'administration des thérapeutiques et aux examens sont expliqués - Les différentes étapes de la procédure d'hémovigilance sont expliquées au regard des risques associés - Les risques et les mesures de prévention de accidents d'exposition au sang sont expliqués - Les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité expliquées
<p align="center">- 6 -</p> <p align="center">Justesse d'utilisation des appareillages et DM conforme aux bonnes pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire - Le choix et l'utilisation des appareillages et DM sont adaptés à la situation
<p align="center">- 7 -</p> <p align="center">Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les techniques d'entretien thérapeutique sont utilisées - La dynamique relationnelle est analysée - Les changements de discours et/ou de comportement après entretien sont observés et restitués à l'équipe
<p align="center">- 8 -</p> <p align="center">Fiabilité et pertinence des données de traçabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La synthèse des informations concernant les soins et les activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation - La traçabilité des données est opérée dans les temps, elle est claire, réalisée dans le respect de la confidentialité et conforme aux règles de bonnes pratiques - Une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituée aux professionnels concernés - Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents facteurs sont repérées

Compétence 5

Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

- 1 - Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique.
- 2 - Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement.
- 3 - Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé...
- 4 - Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées.
- 5 - Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogique individuelles et collectives.
- 6 - Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes.
- 7 - Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
- 1 - Pertinence de la séquence éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins et les demandes ont été repérés, analysés et pris en compte - Les ressources de la personne et du groupe sont identifiées et mobilisées - La séquence est adaptée à la situation de la personne ou du groupe
- 2 - Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs	<ul style="list-style-type: none"> - La personne est prise en compte dans la mise en œuvre de l'action - La participation de la personne ou du groupe est recherchée - Les techniques et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés et leur utilisation évaluée - Les actions réalisées sont évaluées
- 3 - Pertinence de démarche de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - La démarche de promotion de la santé est adaptée à la population cible - Les informations sont analysées en tenant compte de l'ensemble des paramètres des situations - Les objectifs et les actions correspondent aux résultats escomptés, aux ressources et aux contextes

Compétence 6

Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

- 1 - Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne.
- 2 - Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte.
- 3 - Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes et tenant compte des altérations de communication.
- 4 - Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique.
- 5 - Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement.
- 6 - Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit e agressivité.
- 7 - Conduire une démarche de communication adaptée auz personne et à leur entourage en fonction des situations identifiées.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
- 1 - Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte - Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées - Les besoins spécifiques des patientes atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées
- 2 - Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre - Une attention est portée à la personne - La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient - Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne - La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant - soigné et vise au respect de la personne
- 3 - Justesse dans la recherche du consentement du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire

Compétence 7

Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle

- 1 - Observer, formaliser et expliquer les éléments de sa pratique professionnelle.
- 2 - Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels.
- 3 - Évaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie et de satisfaction de la personne soignée.
- 4 - Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique et de l'évolution des sciences et des techniques.
- 5 - Évaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité.
- 6 - Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence.
- 7 - Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
- 1 - Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée	- L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée
- 2 - Pertinence de l'analyse dans l'application des règles : - de qualité, sécurité, ergonomie - de traçabilité - liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets	- Les non-conformités sont identifiées - Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations - Les risques de non traçabilité sont explicités - Le circuit de la gestion des déchets est expliqué - Les propositions de réajustement sont pertinentes
- 3 - Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation	- Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée - Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte
- 4 - Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés	- Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence

	- Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages sont contrôlés
- 5 - Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail	<ul style="list-style-type: none"> - La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques - Les difficultés et les erreurs sont identifiées - Les causes sont analysées - Des améliorations sont proposées - Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse - La satisfaction de la personne soignée est prise en compte

Compétence 8

Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

- 1 - Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles.
- 2 - Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement.
- 3 - Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées.
- 4 - Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles.
- 5 - Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre.
- 6 - Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
- 1 - Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée	<ul style="list-style-type: none"> - Les données scientifiques pertinentes sont recherchées - Les éléments d'information pertinents sont recherchés dans les documents professionnels et scientifiques - Les bases documentaires sont utilisées - Des explications sont données sur le choix des données sélectionnées au regard d'une problématique donnée, la sélection est pertinente - Les méthodes et outils d'investigation choisis dans un cadre donné sont adaptés (enquêtes questionnaires...)

<p style="text-align: center;">- 2 -</p> <p style="text-align: center;">Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel</p>	<p>- Des questions pertinentes sont posées en relation avec les problématiques professionnelles</p>
--	---

Compétence 9

Organiser et coordonner des interventions soignantes

- 1 - Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...).
- 2 - Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences.
- 3 - Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité.
- 4 - Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile.
- 5 - Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.
- 6 - Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins.
- 7 - Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes.
- 8 - Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

<p style="text-align: center;">Critères d'évaluation :</p> <p>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</p>	<p style="text-align: center;">Indicateurs :</p> <p>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</p>
<p style="text-align: center;">- 1 -</p> <p style="text-align: center;">Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs</p>	<p>- Les autres professionnels de santé sont sollicités à bon escient</p> <p>- Les ressources externes sont identifiées</p> <p>- La répartition des activités est conforme au champ de compétences des intervenants</p>
<p style="text-align: center;">- 2 -</p> <p style="text-align: center;">Cohérence dans la continuité des soins</p>	<p>- Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités</p> <p>- L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée</p> <p>- Le contrôle des soins confiés est réalisé</p>

	- La continuité et la traçabilité des soins sont assurées
- 3 - Fiabilité et pertinence des informations transmises	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les informations requises sont transmises aux professionnels de santé concernés dans les délais - Les informations transmises sont pertinentes, fiables et sélectionnées avec discernement dans le respect de la réglementation et de la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement...) - Une synthèse claire de la situation de la personne est restituée - Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents facteurs sont repérées

Compétence 10

Informier et former des professionnels et des personnes en formation

- 1 - Organiser l'accueil et l'information d'une stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins.
- 2 - Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants.
- 3 - Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.
- 4 - Superviser et évaluer les actions des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques en tenant compte de leur niveau de compétence et de contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration.
- 5 - Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique.
- 6 - Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
- 1 - Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant	<ul style="list-style-type: none"> - Les soins relevant du rôle propre et qui peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les aides-soignantes sont identifiés et prise en compte dans l'action - La pratique d'un aide-soignant dans le cadre de la collaboration est évaluée et les erreurs signalées

<p style="text-align: center;">- 2 - Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire</p>	<ul style="list-style-type: none">- Une démarche d'accueil est mise en œuvre et les informations nécessaires sont transmises- Les explications nécessaires sont apportées à un stagiaire- La transmission de savoir-faire est assurée avec pédagogie en conformité avec le niveau de formation du stagiaire
--	---

ANEXO E - Unidades de ensino do referencial de formação do enfermeiro na França
 “Santé publique et économie de la santé”

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar a unidade de ensino de Saúde pública e economia da saúde para demonstrar com riqueza de detalhes os elementos que compõe a formação do enfermeiro no campo da saúde pública e em que medida são abordados os saberes e as práticas da promoção da saúde e da prevenção de doenças. A partir do trabalho de campo da pesquisa podemos dizer que os planos de ensino elaborados pelos formadores são cópias desse referencial, ou seja, todos os elementos presentes no referencial são reproduzidos nos planos de ensino. Isso não quer dizer que não existam contradições, por exemplo, apesar de descreverem no referencial e no plano de ensino que abordarão a saúde no mundo, pudemos constatar durante a observação do curso magistral que apresentam a situação de saúde da França, de outros países da Europa e dos Estados Unidos.

Unité d’enseignement 1.2.S2 : Santé publique et économie de la santé		
Semestre : 2		Compétence : 5
CM : 20 heures	TD : 15 heures	TP : 15 heures
ECTS : 2		
Pré-requis		
Aucun.		
Objectifs		
Identifier l’organisation de la politique de santé et l’offre de soins. Définir les grands principes de l’économie de la santé en France et dans le monde. S’approprier les concepts en santé publique et en santé communautaire.		
Éléments de contenu		
Santé publique : Les concepts en santé publique et santé communautaire : prévention, promotion de la santé, indicateurs, déterminants,... La santé dans le monde : organismes internationaux, problèmes prioritaires, chartes, ... L’organisation de la politique de santé publique en France : structures, planification nationale (plan national de santé publique, PNSP), régionale (plan régional de santé publique, PRPS), actions prioritaires,... L’organisation de l’offre publique et privée et de systèmes de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, réseaux, médecine de ville, permanence des soins, professionnels de santé...) L’organisation de la veille sanitaire (agences, services de l’État,...) Les filières de soins : accès, proximité, suivi et continuité, prévention primaire secondaire et tertiaire. Les réseaux de soin : intervention dans la cité, liens avec les partenaires et intervenants sociaux (enseignants, éducateurs, justice) mutualisation de moyens avec le médico-social.		

Épidémiologie : répartition, fréquence, gravité des états pathologiques. Economie de la santé : Le budget de la santé, la consommation, les dépenses nationales, la maîtrise des coûts... Le rôle de l'État, des citoyens, du marché. Le financement de la santé dans un contexte de mondialisation.	
Recommandations pédagogiques : Cette première approche vise à sensibiliser l'étudiant à son rôle d'acteur de la santé publique. Elle lui permet de se situer dans l'environnement organisé de l'offre de santé en France. Elle lui fait comprendre l'ampleur et le rôle des différents modèles d'organisation et de gestion des services de santé dans l'ensemble de l'offre de soins et de santé. Les éléments de cette UE seront complétés dans l'UE 1.2.S3, et repris à chaque fois que nécessaire dans les UE suivantes.	Modalités d'évaluation Évaluation écrite de connaissances. Critères d'évaluation Exactitude des connaissances.

Unité d'enseignement 1.2.S3 : Santé publique et économie de la santé		
Semestre : 3		Compétence : 5
CM : 20 heures	TD : 20 heures	TP : 35 heures
ECTS : 3		
Pré-requis		
UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé.		
Objectifs		
Identifier les problèmes de santé prioritaires d'un groupe ou d'une population sur le plan national, régional, en lien avec les déterminants de la santé. Utiliser les méthodes et les outils en santé publique, notamment statistiques. Identifier et expliciter les modalités de financement des soins de santé en France. Identifier les règles de financement des soins infirmiers dans les structures et en secteur libéral.		
Éléments de contenu		
Santé publique : Les grands problèmes de santé publique, notamment ceux liés à l'environnement et au développement durable. L'organisation de la prévention (vaccinations, santé scolaire, santé au travail, santé carcéraire, santé mentale...). La politique de santé mentale, le dispositif psychiatrique, les principes de la sectorisation. La démarche et les outils en santé publique (besoins, demandes, facteurs, moyens, ressources...). Les outils en démographie et épidémiologie (populations, enquêtes, indicateurs, statistiques...). L'évaluation des politiques et des actions en santé publique.		
Economie de la santé : Le financement des soins et de la santé, à l'acte, à l'activité, payeurs, remboursement,... La sécurité sociale et les mutuelles, maladie, accident du travail, maladies professionnelles, famille,...		

<p>Le budget et le financement des structures de santé et de soins, et des professionnels de santé du secteur libéral.</p> <p>Le financement, le remboursement des soins infirmiers.</p>	
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>Cette UE vise à donner à l'étudiant les moyens d'identifier et d'analyser les besoins et problèmes de santé de personnes ou groupes de personnes. L'intégration des outils en statistique, épidémiologie et démographie doit permettre à l'étudiant de les réutiliser tout au long de sa formation et ainsi d'être actif et réactif à la lecture des données dans le champ de la santé.</p> <p>En relation avec l'UE 1.2.S2, cette UE permet à l'étudiant un regard critique sur l'accessibilité de l'offre de soins, la place des usagers dans le système de soins et de santé et le rôle des différents professionnels dans la prise en charge de la santé des citoyens.</p> <p>Cette UE développe la prise de conscience chez l'étudiant des liens entre les aspects sociaux, politiques et soignants du métier infirmier. Elle lui donne l'occasion de contribuer concrètement à une étude de santé publique avec un accompagnement et une supervision pédagogiques.</p>	<p>Modalités d'évaluation</p> <p>Écrit en groupe : étude de population avec identification des besoins en santé.</p> <p>Critères d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - cohérence dans l'utilisation de la démarche de santé publique. - fiabilité des informations traitées. - justesse de l'identification des besoins de santé. - pertinence dans l'utilisation des outils.

ANEXO F - Unidades de ensino do referencial de formação do enfermeiro na França

“Soins éducatifs et préventifs”

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar a unidade de ensino de Cuidados educativos e preventivos para demonstrar detalhadamente os elementos que compõe a formação do enfermeiro no campo da saúde pública e como são abordados os saberes e as práticas da promoção da saúde e da prevenção de doenças. A partir do trabalho de campo da pesquisa podemos dizer que os planos de ensino elaborados pelos formadores reproduzem esses elementos prescritos no referencial de formação. Isso não quer dizer que não existam contradições. Pudemos constatar durante a observação do trabalho dirigido e na entrevista com FRP14 que as formadoras priorizam a abordagem da educação terapêutica do paciente em detrimento das abordagens da promoção da saúde e da educação em saúde. Segundo FRP14 esses saberes são desenvolvidos na unidade de ensino de Saúde pública e economia da saúde.

Unité d'enseignement 4.6.S3 : Soins éducatifs et préventifs		
Semestre : 3		Compétence : 5
CM : 4 heures	TD : 21 heures	TP : 25 heures
ECTS : 2		
Pré-requis		
UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé.		
Objectifs		
Caractérises les concepts, prévention, promotion de la santé, éducation en santé, éducation thérapeutique,...		
Analyser une démarche d'éducation thérapeutique.		
Éléments de contenu		
Les concepts : éducation, prévention, éducation en santé, éducation thérapeutique, apprentissage,...		
Soins infirmiers de prévention, d'éducation, d'aide, dans les dimensions individuelle et collective (groupe restreint, collectivité de proximité, campagne de masse...)		
La démarche thérapeutique individuelle et collective (démarche, méthodes, principes, normes, critères, résultats,...).		
Recommandations pédagogiques :		Modalités d'évaluation
Cette UE est la première des deux UE sur ce thème.		Travail écrit individuel d'analyse d'une démarche d'éducation et utilisation des concepts.
Elle permet à l'étudiant de s'approprier les concepts concernant l'éducation en général et l'éducation thérapeutique en particulier.		
Cette UE se fait en relation avec l'unité d'intégration UE 5.4.S4.		Critères d'évaluation
		Pertinence dans l'utilisation des concepts.
		Qualité de l'analyse.

Unité d'enseignement 4.6.S4 : Soins éducatifs et préventifs		
Semestre : 4		Compétence : 5
CM : 0 heure	TD : 15 heures	TP : 35 heures
ECTS : 2		
Pré-requis UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé UE 4.6.S3 Soins éducatifs et préventifs		
Objectifs Élaborer une démarche d'éducation thérapeutique en interdisciplinarité.		
Éléments de contenu La notion de contrat en éducation thérapeutique. Les institutions spécialisées dans l'éducation pour la santé. La formation des aidants naturels.		
Recommandations pédagogiques : Cette UE complète l'enseignement réalisé au cours de l'UE 4.6.S3. Elle se fait en relation avec l'unité d'intégration UE 5.4.S3. L'étudiant devra mettre en forme une démarche éducative en sachant l'adapter au problème de santé posé et la population visée.		Modalités d'évaluation Action éducative individuelle ou collective, auprès d'une personne ou d'un groupe. Critères d'évaluation Pertinence du choix de l'action éducative au regard de la situation. Pertinence de l'action. Adaptation des outils.

ANEXO G - Unidades de ensino do referencial de formação do enfermeiro na França
“Soins relationnels”

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar a unidade de ensino de Cuidados relacionais haja vista que alguns formadores consideram que essa unidade colabora na construção dos saberes e práticas da promoção da saúde.

Unité d'enseignement 4.2.S2 : Soins relationnels		
Semestre : 2		Compétence : 6
CM : 3 heures	TD : 15 heures	TP : 7 heures
ECTS : 1		
Pré-requis		
UE 1.1.S1 Psychologie, sociologie, anthropologie		
Objectifs		
Identifier les éléments permettant de communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.		
Éléments de contenu		
Les concepts : relation, communication, négociation, médiation,...		
La communication par le langage, culture, langue,...		
La communication non verbale,...		
Le toucher dans les soins et dans la relation thérapeutique.		
Recommandations pédagogiques :		Modalités d'évaluation
Le niveau de cet enseignement correspond à celui du second semestre de formation mais devra être réactivé durant toute la formation à partir des savoirs enseignés ultérieurement.		Travail écrit ou oral de réflexion avec utilisation des concepts.
Un travail de réflexion est mené sur la posture professionnelle dans la relation soignant-soigné.		Critères d'évaluation Compréhension des dimensions et des attributs des concepts.
Les comportements professionnels font l'objet d'analyses approfondies permettant à l'étudiant de trouver une position juste et acceptable dans sa relation avec les personnes dont il prend soin.		
Les soins relationnels sont réalisés en stafe et validés sur le portfolio.		

Unité d’enseignement 4.2.S3 : Soins relationnels		
Semestre : 3		Compétence : 6
CM : 4 heures	TD : 36 heures	TP : 10 heures
ECTS : 2		
Pré-requis		
UE 1.1.S1 Psychologie, sociologie, anthropologie		
UE 1.1.S2 Psychologie, sociologie, anthropologie		
UE 4.2.S2 Soins relationnels		
Objectifs		
Argumenter les fondements de la relation de confiance et de l’alliance thérapeutique avec une personne.		

Conduire un entretien infirmier.	
<p align="center">Éléments de contenu</p> <p>La relation d'aide : écoutem attitudes, techniques,...</p> <p>Les entretiens infirmiers : typologie, conduite d'entretien, analyses des interactions,...</p> <p>L'alliance thérapeutique : attentes, besoins, désirs, demande de soin...</p> <p>Les réactions comportementales et leurs manifestations : signes cliniques verbaux et non verbaux,...</p> <p>La relation adaptée à des situations spécifiques : crise, détresse, deuil, conflits, violence,...</p>	
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>Le niveau de cet enseignement correspond à celui du troisième semestre de formation. Le contenu de l'enseignement se réfère à celui de l'UE 4.2.S2 et devra être réactivé durant toute la formation à partir des savoirs enseignés ultérieurement.</p> <p>Les modalités pédagogiques sont actives (étude de situations, jeux de rôles,...). L'étudiant est mis en situation de réaliser des entretiens d'aide et des entretiens thérapeutiques.</p> <p>Un travail de réflexion est mené sur la posture professionnelle dans la relation soignant-soigné.</p> <p>Les comportements professionnels font l'objet d'analyses approfondies permettant à l'étudiant de trouver une position juste et acceptable dans sa relation avec les personnes dont il prend soin.</p> <p>Les soins relationnels sont réalisés en stafe et validés sur le portfolio.</p>	<p>Modalités d'évaluation</p> <p>Mise en situation d'entretien lors des Travaux Dirigés.</p> <p>Critères d'évaluation</p> <p>Implication lors des travaux dirigés.</p> <p>Pertinence et cohérence au cours de la réalisation d'un entretien infirmier.</p>

Unité d'enseignement 4.2.S5 : Soins relationnels		
Semestre : 5		Compétence : 6
CM : 0 heure	TD : 20 heures	TP : 5 heures
ECTS : 1		
Pré-requis		
UE 1.1.S1 ; UE 1.1.S2 Psychologie, sociologie, anthropologie UE 4.2.S2 ; UE 4.2.S3 Soins relationnels		
Objectifs		
Adapter ses modes de relation et de communication aux personnes, aux situations et aux contextes.		
Éléments de contenu		
La gestion su stress professionnel, l'analyse des émotions, les attitudes cliniques et les postures professionnelles.		
L'adaptation des modalités de communication aux personnes et aux populations : enfants, personne, âgée, contextes.		
La distance et la proximité dans la relation, la projection, l'identification.		
L'établissement d'une communication aidante, évaluation des résultats.		
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>Venant au semestre 5, cette UE prolonge les contenus des UE 4.2.S1 et UE 4.2.S2 et contribue à la construction d'une position professionnelle mesurée et stable. Le</p>	<p>Modalités d'évaluation</p> <p>Analyse d'une situation relationnelle.</p>	

<p>travail sur les représentations, sur la reconnaissance de ses émotions et leur utilisation avec la distance professionnelle qui s'impose ainsi que sur l'évaluation des résultats de la communication est ici essentiel.</p> <p>Les étudiants apprennent à se situer personnellement dans leurs comportements professionnels de communication et ils sont capables de réajuster leur positionnement.</p> <p>Les soins relationnels sont réalisés en stafe et validés sur le portfolio.</p>	<p>Critères d'évaluation</p> <p>Cohér de la relation et les ence entre les modalités personnes, les situations, les objectifs du projet de soin et la pathologie.</p>
--	--

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido do Brasil

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), na pesquisa Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França, sob a responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) Prof^a Cinira Magali Fortuna (orientadora) e a estudante de doutorado Fabiana Ribeiro Santana.

A pesquisa tem por objetivo geral analisar o lugar que ocupa a promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro no Brasil e na França. Os objetivos específicos são: identificar a construção histórico-social da promoção da saúde e prevenção de doenças no Brasil e na França; identificar as lógicas de construção e funcionamento do currículo do enfermeiro referente à promoção da saúde e prevenção de doenças em um curso de ensino superior em enfermagem do interior de São Paulo (Brasil) e em um Instituto de Formação em Enfermagem (IFSI) da região parisiense (França); identificar os saberes e práticas de formação profissional do enfermeiro referente à promoção da saúde e prevenção de doenças; identificar os referenciais teórico, conceituais e metodológicos da promoção da saúde e prevenção de doenças que sustentam a formação profissional do enfermeiro; identificar as relações existentes entre ensino-serviço-comunidade (ou atividades similares na França) referente à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Caso concorde, sua participação será por meio de pesquisa documental, entrevista, observação e sessão de restituição. A análise documental estará voltada para projeto político pedagógico, matriz curricular e/ou similar, entre outros. A entrevista será agendada em local e horário escolhido pelo (a) senhor (a) o qual se sinta à vontade para se expressar livremente. Essa entrevista poderá ser realizada em seu local de trabalho, será gravada em um gravador de voz portátil digital e transcrita na íntegra. Somente depois deste processo o material será analisado pelas pesquisadoras. O tempo estimado da entrevista será de 40 a 60 minutos e será norteada por um roteiro previamente elaborado com questões sobre seu trabalho na formação profissional do enfermeiro referente à promoção da saúde e prevenção de doenças. Caso necessário e o (a) senhor (a) concordar, poderemos agendar mais de uma entrevista. As observações participantes serão realizadas em algumas atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas pelo (a) senhor (a) no Curso de Enfermagem. As atividades serão observadas pela estudante de doutorado a partir da indicação e após a autorização do (a) senhor (a). Utilizaremos um roteiro para as observações e faremos o registro da vivência em um diário de campo da pesquisa. As sessões de restituição serão desenvolvidas com todos os professores participantes da pesquisa. Todos os encontros serão previamente agendados, sendo definidos locais e horários possíveis tanto para a pesquisadora como para os participantes da pesquisa. As sessões serão realizadas pela estudante de doutorado, orientadora e/ou coorientador da pesquisa. Serão agendadas em local e horário definidos pelos participantes da pesquisa. A duração média estimada é de 60 a 120 minutos. As mesmas serão registradas, por meio de gravador de voz portátil digital, após a autorização. Posteriormente, serão transcritas na íntegra pela pesquisadora, para a análise dos dados. Nas sessões de restituição serão desenvolvidas análises coletivas dos dados da pesquisa. Serão desenvolvidas duas sessões de restituição intermediárias para a discussão dos dados empíricos e uma sessão final para apresentação e discussão dos resultados da coleta de dados no Brasil e na França.

TCLE versão 1 em Maio de 2014

1/3

Caso necessário, as pesquisadoras poderão agendar um número maior de sessões de restituição, respeitando a disponibilidade e o desejo dos professores. Os dados empíricos coletados no Brasil e na França serão apresentados e discutidos, nas sessões de restituição, pelos participantes da pesquisa dos dois cursos de graduação de enfermagem, respeitando-se as normas éticas vigentes.

Existe risco de constrangimento dos participantes da pesquisa ao responderem as questões ou mesmo de desconforto em expressar sua opinião para a pesquisadora. Caso sinta os desconfortos citados ou qualquer outro, pedimos que fale diretamente para a pesquisadora que interromperá a entrevista, a observação e a sessão de restituição, pedirá desculpas pelo ocorrido e perguntará ao senhor (a) sobre alguma forma de amenizar ou aliviar tal desconforto, assumindo postura proativa. Assim que o (a) senhor (a) estiver se sentindo melhor, a pesquisadora perguntará sobre o interesse de continuar com a entrevista, observação e sessão de restituição, se deseja continuar em outro dia ou se deseja suspender sua participação na pesquisa. Caso queira, o (a) senhor (a) também poderá manifestar os desconfortos e constrangimentos decorrentes da participação na pesquisa diretamente à coordenadora do projeto, doutoranda Fabiana Ribeiro Santana, através do telefone + 55 16 98103-1772 e orientadora Prof^a Cinira Magali Fortuna + 55 16 3602-3476. Caso ocorra algum dano que julgue decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, patrocinador ou instituições envolvidas na pesquisa. O (a) senhor (a) poderá retirar sua participação na pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Se o (a) senhor (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não haverá pagamento por esta participação e também não haverá nenhuma despesa financeira. Não haverá pagamento de transporte pelo seu deslocamento para os dias da entrevista, observação e sessão de restituição e para que o (a) senhor (a) não tenha gastos sugerimos realizar as entrevistas, observações e sessões de restituição no seu local de trabalho. Sua participação é voluntária, com garantias de sigilo, privacidade e confidencialidade dos participantes da pesquisa. O benefício da pesquisa será para contribuir no fortalecimento do grupo de professores, viabilizando a implementação do projeto político pedagógico do curso. A pesquisa também poderá contribuir para o enriquecimento do debate dos agentes sociais sobre o processo de formação profissionais do enfermeiro. Os resultados da pesquisa serão publicados na forma de uma tese de doutorado e de trabalhos científicos apresentados e publicados em eventos e revistas indexadas. Os resultados também serão divulgados para os participantes da pesquisa e sempre que desejar o (a) senhor (a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá ser esclarecido (a) diretamente pelas pesquisadoras responsáveis através dos telefones + 55 16 98103-1772 e + 55 16 3602-3476, pelos emails fabiana.fen@gmail.com, fortuna@eerp.usp.br e também pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP + 55 16 3602-3386 ou no endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto - SP - Brasil. O horário de funcionamento do Comitê de Ética em Pesquisa acontece em dias úteis das 8h00min às 17h00min.

Caso concorde em participar, uma via original assinada deste termo de consentimento será entregue ao senhor (a). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (Protocolo nº 31343814.8.0000.5393) que tem a finalidade garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida. Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimento em saúde.

Fabiana Ribeiro Santana
Doutoranda do Programa de Pós-
Graduação Enfermagem em Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo
Contato: + 55 16 98103-1772

Cinira Magali Fortuna
Orientadora - Profª do Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo
Contato: + 55 16 3602-3476

Eu _____ aceito
participar da pesquisa: Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação
profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França.

Local, _____ de _____ de 2014

Assinatura do participante _____

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido da França

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Chercheuse responsable du projet: Fabiana Ribeiro Santana

Adresse courriel: fabiana.fen@gmail.com

Téléphone: + 33 0644335094/ + 55 16 981031772

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet visant comme volontaire au projet de recherche «Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers: recherche socio-clinique au Brésil et en France ».

Cette recherche est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat en cotutelle dirigée par Cinira Magali Fortuna, professeure à l'Ecole en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo et Gilles Monceau, professeur à l'Université de Cergy-Pontoise. La directrice peut être jointe au + 55 16 36023476 ou par courriel à l'adresse : fortuna@eerp.usp.br. Le directeur peut être joint au + 33 1 41 21 74 71 ou par courriel à l'adresse: gilles.monceau@orange.fr.

La recherche vise à analyser la place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans la formation en soins d'infirmiers en France et au Brésil.

Si vous êtes d'accord, vous participerez à la recherche documentaire sur le projet pédagogique ainsi que sur d'autres documents pédagogiques, à des interviews, des observations participantes et aux ateliers de restitution.

L'interview sera programmé en date, lieu et heure définis par vous-même. Cet interview sera enregistré numériquement avec votre permission et prendra environ 1 heure de votre temps. L'interview sera transcrit dans son intégralité par la chercheuse.

Les observations participantes seront réalisées avec votre permission et les moments observés seront choisis avec vous: activités d'enseignement en institut de formation; activités d'enseignement clinique; activités de recherche et autres. Ces observations participantes seront enregistrées dans un journal de recherche.

Les ateliers de restitution seront réalisés avec tous les formateurs et formatrices associés à la recherche à une date et un lieu choisi avec leur accord. Ces ateliers seront enregistrés numériquement avec votre permission et prendront environ 2 heures de votre temps. Les ateliers seront transcrits dans leur intégralité par la chercheuse. Nous avons prévu deux ateliers de restitution intermédiaires pour la discussion collective des données et un atelier de restitution finale pour la discussion des résultats de la collecte des données au Brésil et en France.

Si vous estimez que l'organisation du processus de recherche vous met en situation trop contraignante pour pouvoir exprimer vos opinions de manière satisfaisante, vous pouvez contacter la chercheuse qui étudiera avec vous les modalités d'interruption de votre participation aux entretiens, aux observations et aux temps de restitutions. Vous pouvez donc interrompre votre participation à cette recherche à tout moment si vous en éprouvez la nécessité, ceci sans préjudice. Si vous le souhaitez, vous pourrez ensuite

entrer de nouveau dans le dispositif de recherche en vous adressant à la chercheuse. Si vous estimez être victime d'un dommage au cours de la recherche, vous pouvez adresser une réclamation au professeur Gilles Monceau, directeur de cette recherche doctorale pour la France au laboratoire EMA de l'Université de Cergy-Pontoise.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous rappelons que cette participation est volontaire, gratuite, avec la garantie du respect du secret professionnel, de l'intimité et de la confidentialité des sujets de recherche.

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension relatif à la formation des infirmiers, particulièrement par le développement professionnel infirmier en promotion de la santé et la prévention des maladies.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

Vous pouvez contacter le responsable du projet au numéro + 33 0644335094 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec les directeurs de recherche Cinira Magali Fortuna et Gilles Monceau des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant à cette recherche.

Pour toute autre question vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche dans l'Ecole en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo au Brésil, au numéro + 55 16 3602-3386 ou à l'adresse: Avenida dos Bandeirantes, 3900, *Campus Universitário* - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto - SP - Brasil.

Si vous êtes d'accord pour participer, nous vous proposons un formulaire d'information et de consentement à signer. Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par l'Ecole en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo au Brésil (Protocole n° 31343814.8.3001.5504). Ce Comité d'éthique a pour but notamment de garantir le respect aux sujets de recherche dans leur dignité et leur autonomie, en reconnaissant leur vulnérabilité, et de s'assurer que leur volonté de contribuer à la recherche s'est exprimée de manière libre et éclairée. Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature du participant:

Date:

Nom et coordonnées:

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les risques, les avantages du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du responsable du projet:

Date:

Nom et coordonnées:

Signature du directeur du projet:

Date:

Nom et coordonnées:

APÊNDICE C - Instrumento orientador para a entrevista no Brasil

Pesquisa: Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França Entrevista: Data: Dia/Mês/Ano Horário:
Parte I - Caracterização e trajetória profissional dos professores participantes da pesquisa
1) Data de Nascimento: 2) Sexo: 3) Titulação: Relação entre a formação (graduação a pós-graduação) com a promoção da saúde e a prevenção de doenças 4) Trajetória profissional: Saberes e fazeres em promoção da saúde e prevenção de doenças na trajetória profissional 5) Trajetória profissional na formação do enfermeiro: Saberes e fazeres em promoção da saúde e prevenção de doenças na trajetória profissional na formação do enfermeiro 6) Trajetória profissional no estabelecimento de ensino: 7) Atividades de ensino desenvolvidas no curso de enfermagem e relação com a promoção da saúde e com a prevenção de doenças: 8) Atividades de pesquisa desenvolvidas no curso de enfermagem e relação com a promoção da saúde e com a prevenção de doenças: 9) Atividades de extensão desenvolvidas no curso de enfermagem e relação com a promoção da saúde e com a prevenção de doenças:
Parte II - Tópicos para discussão sobre o objeto da pesquisa
1) Construção, implementação e avaliação do currículo do Curso de Enfermagem referente à promoção da saúde e à prevenção de doenças. 2) Envolvimento do professor na construção, implementação e avaliação do currículo do Curso de Enfermagem referente à promoção da saúde e à prevenção de doenças. 3) Relação entre o currículo do Curso de Enfermagem com o contexto histórico, social, político e educacional da formação profissional do enfermeiro no Brasil. 5) Relação entre o currículo do Curso de Enfermagem e as políticas de saúde no Brasil.

APÊNDICE D - Instrumento orientador para a entrevista na França

Outil d'orientation pour l'entrevue
<p>"Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers: recherche socio-clinique au Brésil et en France"</p> <p>Entrevue n°:</p> <p>Date:</p> <p>Horaire:</p>
Première partie
<p>1) Date de naissance</p> <p>2) Sexe</p> <p>3) Je voudrais que vous parliez sur votre formation professionnelle.</p> <p>4) Je voudrais que vous parliez sur votre trajectoire professionnelle dans le secteur de la santé.</p> <p>5) Je voudrais que vous parliez sur votre trajectoire professionnelle dans la formation en soins infirmiers.</p> <p>6) Je voudrais que vous parliez sur votre activités d'enseignement, activités d'enseignement clinique, activités de recherche et autres activités à l'IFSI.</p>
Deuxième partie
<p>1) Que pensez-vous du processus d'universitarisation de la formation en soins infirmiers? Quelles sont les difficultés? Quelles sont les perspectives?</p> <p>2) Que pensez-vous du cadre réglementaire relatif au diplôme d'État infirmier, particulièrement sur le référentiel de formation?</p> <p>3) Que pensez-vous sur le rapport entre le changement de la formation en soins infirmier et la politique de la santé?</p> <p>4) Que pensez-vous du projet pédagogique relatif à la formation des infirmiers (conception, mise en oeuvre et l'évaluation)? Quelles sont les logiques de la formation en soins infirmiers en France?</p> <p>5) Quelle est la place de la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le projet pédagogique (et dans le rôle propre d'infirmier)?</p> <p>6) Que pensez-vous sur la compétence pour mettre en oeuvre la promotion de la santé et la prévention des maladies?</p> <p>7) Que pensez-vous sur l'engagement des formateurs relatif à la formation des infirmiers, particulièrement sur la promotion de la santé et la prévention des maladies?</p> <p>8) Je voudrais que vous évaluez cet entretien.</p>

APÊNDICE E - Transcrição na íntegra das entrevistas com BRP3

Nota da pesquisadora: escolhemos essa entrevista para compor o apêndice, pois ela representa bem as análises coletivas que foram promovidas durante as sessões de restituição com os professores no Brasil. A partir de uma análise do contexto sócio-histórico e institucional, a entrevistada coloca em evidência elementos ocultos e não-ditos durante o processo de institucionalização da formação do enfermeiro no Brasil.

Entrevista (1ª sessão): 09 de setembro de 2014 - 9h00min

Data de nascimento da entrevistada: 09 de setembro de 1962 sexo feminino

Pesquisadora: Então eu gostaria que você comentasse um pouco sobre a relação da sua formação profissional com os referenciais da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Se existe esta interface da sua formação. No pós-doutorado você desenvolveu um trabalho na Universidade de Barcelona, no doutorado na Universidade Estadual de Campinas, cujo tema “Mulher e trabalho: problematizando o trabalho acadêmico e a maternidade”. O mestrado foi desenvolvido na Universidade Estadual de Campinas, cujo tema “Processo de formação de identidade da enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar”. Também concluiu uma especialização em enfermagem obstétrica e obstetrícia social na Universidade Federal de São Paulo e a graduação na Universidade Estadual de Campinas. Então eu gostaria que você comentasse um pouco sobre a sua formação e os referenciais de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

BRP3: Eu não tenho uma relação direta, direta, direta, mas assim, eu posso dizer que todas as minhas inquietações começaram com a busca do mestrado e doutorado fora da enfermagem. Naquela época não era comum. A gente já tinha bons programas de mestrado e doutorado na área de enfermagem. O mestrado em especial foi por uma questão de que eu morava em Campinas e eu queria muito já entrar na carreira acadêmica. Eu já tinha uma experiência de carreira acadêmica na Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília que é hoje a FAMEMA. Eu já vinha com uma história de lá. Eu já tinha uma trajetória lá. E quando eu me mudei para Campinas eu já mudei querendo a pós-graduação. E como ex-aluna da Unicamp eu tinha contato com a Faculdade da Educação, tinha contato em especial com uma das professoras que foi minha professora da licenciatura. E eu gostei muito das disciplinas da licenciatura. Então eu achei que fazer o mestrado em Educação poderia me dar um pouco mais de elementos, além da visão técnica que eu tinha até então, porque eu acho que aí tentando hoje, com os óculos de

hoje, quase vinte anos atrás, eu acho que eu acho que os referenciais da prevenção e da promoção trazem muito a questão, não acho uma questão educacional, mas eu acho que são os fundamentos de uma relação interpessoal, de uma relação intersubjetiva. E na educação eu acho que o mestrado como qualquer mestrado você vai na onda do orientador, você não tem um trabalho, o tema ele não mexeu com o meu tema, meu orientador é meu fã até hoje. Ele não mexeu com o meu tema, mas ele se adequou aos referenciais dele. Foi muito interessante porque eu entrei em contato com a psicologia social, que eu acho que deu uma boa ideia de uma perspectiva que depois eu fui entender que era sócio-crítica. E aí o doutorado foi uma escolha mesmo consciente, porque eu passei, fui selecionada no processo da UNIFESP e fui selecionada na Faculdade de Educação. E como eu já vinha numa trajetória bem legal na Faculdade de Educação, eu não quis, eu disse vou continuar nesta trajetória, eu não quero me enveredar por outros lados e continuei usando o referencial da psicologia social muito na perspectiva pós-estruturalista. Isto tudo eu ganhei no mestrado e doutorado, porque assim, quando hoje eu lido com o referencial, que eu lido hoje, que é super difícil, e eu sinto que é difícil para os meus alunos, eu vejo o quanto que foi importante eu ter trilhado por mais que eu tenha feito leituras superficiais de determinados autores que para mim fazem muito sentido com a prevenção e a promoção eles não são estranhos para mim. Então se fala Médici, fala em algum momento já estudei com isto porque o mestrado e o doutorado foram muito intensos de estudo. Meu orientador me dava três, quatro livros para ler, depois marcava para discutir eu ia para São Paulo para discutir livro com ele. Então eu acho que essas coisas e elas vão mudando muito e o que eu quero frisar para você é que é uma trajetória em que a gente começa a entender para além da técnica e é isso que eu tenho tentado fazer com meus alunos. Tem que ser bom tecnicamente? Tem, não tenha dúvida de que tenha que ser bom tecnicamente. Não tenha dúvida de que você tenha que fazer procedimentos de enfermagem, mas eu acho que é muito pouco. Eu acho que é muito pouco para a grande riqueza que é a nossa profissão frente aos outros profissionais da área da saúde. Tentando comparar é muito pouco, porque o momento em que a gente tem com a usuária e eu que tenho estado na atenção primária mais concretamente de uns anos para cá é um momento extremamente rico se eu souber aproveitar. Se eu entender que ela está comigo para estabelecer uma relação, primeiro para eu conhecê-la. Este processo de escuta primeiro e não um processo prescritivo, muito ruim. É muito ruim eu dizer para ela que ela tem que cuidar da saúde desse, desse e desse jeito. Quando eu não escuto como é que ela cuida da saúde dela, o que é que ela conhece, o que ela não conhece, posso falar dos meus

referenciais que são contatos com mulheres que é isto que eu lido. Então eu tento mostrar para ao aluno que a gente precisa aprender habilidades comunicacionais. A gente precisa aprender a acolher, precisa aprender a brincar para tornar o ambiente mais leve, até nisso eu acho que é importante. Por exemplo, vou dar uma situação assim, se eu receber uma menina que nunca colheu Papanicolau, que morre de medo, que nem sabe o que é, se eu receber ela de uma maneira leve brincando e no decorrer da conversa que não é uma anamnese no sentido que a gente conhece de pergunta e resposta: qual o seu nome? Qual sua idade? Quantos parceiros você tem? Esse tipo de contato, esse tipo de relação é uma relação de criar barreiras. Então eu acho que há uma série de estratégias que os alunos têm que aprender a quebrar barreiras, para quebrar barreira, para conseguir se aproximar dela, para você conseguir identificar as necessidades de saúde que não são queixas, é completamente diferente. Você só vai conseguir identificar se você fizer o processo de escuta, sem julgamentos, desprovida de julgamentos. A minha área é muito forte isso. Em conversa de sexualidade eu tive aluno que já falou assim e me espantou da pessoa que veio inclusive, eu acho que é uma história mal resolvida que eu tenho que voltar no assunto, que é muito desagradável ficar ali falando de questões de sexualidade. Então eu entendo que talvez para o menino tenha uma barreira que tenha que, mais uma barreira que tem que ser ultrapassada. E para isso eu tenho que entender a importância da saúde sexual, a importância da promoção da saúde sexual, que não é uma mulher que vem com queixa porque está com dor na relação sexual ou porque ela está sangrando depois da relação sexual. Você está abrindo um diálogo para promover a saúde sexual, para que ela se conheça, para que ela entenda que ela também pode ter prazer, não só o marido, para ela ir aos poucos adquirindo autonomia da sua vida, porque se a gente entender não fica focado só na questão da sexualidade. Essa semana passada a gente teve uma discussão com os alunos de graduação sobre gênero, construção dos papéis sociais e o impacto disso para a saúde de mulheres e homens. Não ficamos só com a questão das mulheres porque essa é uma outra coisa que me incomoda bastante. Eu gosto da discussão de gênero, mas ela é sempre articulada, para gente não ficar caindo numa armadilha que é: não a mulher é guerreira, ela queimou o sutiã lá na década de 60. Então ela pode tudo e o homem é o vilão da história. Eu acho que não é bem isso. Eu acho que é uma visão muito restrita. Então nessa discussão de gêneros que a gente fez com os alunos e eles conversando da sexualidade entenderam o quanto é importante eles trabalharem primeiro internamente, como ele lida com a sexualidade dele, para ele abrir um canal de comunicação com quem ele estiver atendendo. Não importa se são homens e mulheres porque as questões não têm

sexo nesta hora. Se você está atendendo um homem que é muito mais difícil da gente chegar, por toda uma construção que se tem social do que representa ser homem e ele não vai falar, então é mais ainda habilidades que a gente vai ter para conseguir chegar até ele. Isso para não perder o foco se não eu fico cansada e perco o foco. É, falando de sexualidade e ela virou e falou assim: depois que eu aprendi a conversar sobre isso com o meu companheiro, eu converso qualquer coisa com ele. Então eu abri um canal de comunicação com a pessoa mais importante que é o seu companheiro. Então os referenciais que eu tenho usado, eles têm trazido muito fortemente as experiências pessoais. Então para mim rompe um paradigma muito forte de que as nossas vidas são separadas, que eu visto uma máscara na hora que eu vou trabalhar e eu ponho uma outra máscara quando eu entro dentro de casa. E que esses mundos têm que ser separados. Não é assim que a gente aprende? A gente não pode levar para casa os problemas do trabalho. Que a gente não pode levar para o trabalho os problemas da casa. É mentira, isso não acontece.

Pesquisadora: Então isso quer dizer que os referenciais da psicologia social, que eu gostaria depois que você citasse quais são estes referenciais exatamente, contribuíram enormemente para o seu olhar e o seu fazer em enfermagem tanto na assistência quanto na formação dos alunos.

BRP3: Sim

Pesquisadora: Então quais são esses referenciais que você utiliza?

BRP3: Olha, no mestrado e doutorado a gente trabalhou muito com os referenciais da identidade que é diferente da representação social. Então a gente tem o Bergman e Luckmann que é o que traz a construção social da realidade, o Habermas também, que eu continuei usando agora, depois de anos eu voltei a usar o Habermas, especialmente em um trabalho clássico dele que eu não vou lembrar o nome, mas que ele faz esse caminho da construção da identidade e trabalha com identidade convencional que é aquela identidade de papel, pós convencional, enfim e como é uma perspectiva sócio-crítica, especialmente no mestrado trabalhei bastante com o Foucault e alguns autores que trabalham mais a questão do poder, porque naquele momento eu estava querendo entender as relações de poder que se dão no ambiente de trabalho. Aí no doutorado eu acho que o que eu avancei no doutorado foi eu acho que eu continuei utilizando poucos referenciais da identidade, mas eu quis trazer mais fortemente a questão de gênero, que é isto que eu queria trazer e para olhar. E também o que eu acho que eu avancei no doutorado foi que no mestrado eu tinha vinte e cinco entrevistas, fiz uma análise superficial. Isto me deixou

bastante incomodada, porque eu tinha entrevistas belíssimas de atendentes de enfermagem, que nem existe mais em que elas traziam que elas eram os olhos do supervisor. Então elas tinham uma cumplicidade, supervisor médico. Elas tinham uma cumplicidade enorme. Então era riquíssimo para entender as questões de poder. Mas também tinha outras questões que eu não pude, porque na hora que você faz escolhas para a análise você não dá conta de uma pesquisa qualitativa de 25 entrevistas. Naquele momento eu não dei conta. Hoje talvez com softwares que hoje tem tanto para fazer as análises talvez você consiga pegar um número maior para fazer análise. No doutorado eu falei: não, chega, eu não quero isso. Eu quero trabalhar em profundidade a história dessas mulheres. Eu acho que esse mergulhar na profundidade que eu trabalhei com história de vida, eu peguei só cinco professoras, trabalhei com uma técnica de entrevista reflexiva, eu levava o material para elas, para elas validarem de alguma forma como é que eu tinha construído a história delas. Então isso também foi me dizendo: olha, a gente precisa valorizar a história das pessoas. E eu sinto que tudo isso amarra, amarra na forma com que eu atendo, amarra na forma com que eu dialogo com meu aluno, amarra na valorização que eu tenho das rodas de conversa, que espaço riquíssimo que a gente tem para fazer promoção e prevenção, nas rodas de conversa e não na postura de palestra. Entendendo que muda completamente o foco. Então eu tenho percebido cada vez mais que para fazer prevenção e promoção a gente precisa de tecnologia leves. Eu gosto muito do Merhy. Eu não tenho muito pé na saúde coletiva, nas leituras da saúde coletiva, porque eu acabei caminhando por outros lados, mas o pouco que eu tenho faz muito sentido para mim. Então eu acho que não dá para fazer promoção e prevenção se a gente não fizer uso das ferramentas da tecnologia leve.

Pesquisadora: Então eu achei importante quando você disse o quanto esses referenciais contribuíram na sua formação e você usou uma palavrinha que para mim é chave que você falou: que minha formação enquanto enfermeira é uma formação técnica. Eu gostaria que você comentasse um pouquinho sobre a sua formação tanto na graduação quanto na especialização em enfermagem obstétrica. Que técnica é essa que você está se referindo?

BRP3: Eu venho de uma escola em que era muito fortemente a questão técnica, eu não tenho dúvida, mas a recordação que eu tenho da minha formação era um espaço onde a gente tinha uma relação muito afetiva com os professores, diferente de outras escolas, não vamos citar nomes para não ser antiético, mas naquela época, claro que a gente não posso dizer hoje, a Unicamp depois de quase 30 anos. Naquela época, a Unicamp estava

começando, era um grupo pequeno de docentes, quando eu entrei era uma casinha, o departamento era uma casa alugada no centro de Campinas. Então tem assim algumas coisas que eu fiz durante a graduação e que eu falo até hoje para os alunos que é o aprendizado fora da sala de aula, que é o você buscar outros espaços que não estão dentro da sala de aula para você aprender a se relacionar. Então eu participei de centro acadêmico. Eu participei de conselhos, nem sei quantos não me lembro mais quantos mil conselhos eu participei, de todo o movimento estudantil. Então eu acho que é muito importante o aluno participar de movimentos estudantis, porque eles vão aprender a enfrentar conflitos, eles vão aprender a gerenciar a escuta. Então eu tenho que escutar o que o outro está falando e eu tenho que me posicionar. Então aprender a se posicionar também. Então porque que eu falo ela me ajudou nesse sentido, mas era uma escola técnica, óbvio que era, mas estava começando. Então tinha muito aquela coisa de vamos sair do técnico, a licenciatura foi muito legal porque daí saiu completamente do técnico. Ontem a gente trabalhou um texto de papéis sociais que eu tinha da minha licenciatura e quando eu mostrei para as minhas colegas, ai meu Deus, o que nós vamos fazer na discussão de gênero e saúde materna com a atividade curricular de integração ensino, pesquisa e extensão que a gente está dando. Nós pegamos um texto dessa época. Olha como fez sentido. Então eu tenho muitas boas recordações. A especialização foi técnica, completamente técnica e, assim, biomédica também, porque eu me lembro que era aula o dia inteiro e bem no enfoque biomédico mesmo, bem fortemente. Então a gente tinha que saber tudo de obstetrícia e ginecologia e morrer de estudar tratados, morrer de estudar tratados. Hoje a gente já tem uma visão diferente disso, acho que a evidência científica, a medicina baseada em evidência, ela trouxe que o tratado está ultrapassado, que a gente tem que buscar informações em outras fontes. Isso para mim ainda é difícil, ainda tenho dificuldade de encontrar. BRP4 maneja melhor isso, por conta da militância que ela tem em relação ao parto, porque aí é mesmo evidência científica. Se você for para o Neme, por exemplo, ele vai falar que com 26 anos você já é idosa e tem que fazer episiotomia e tudo mais, tudo que já está ultrapassado, mas naquela época não. A gente tinha que estudar em tratados. Eu saí da especialização e eu já saí na verdade eu fui para a especialização já pensando na carreira. A ideia de estar com aluno era embrionária desde a graduação. A aproximação com a área de saúde da mulher também desde a graduação. Então a busca da especialização foi para trilhar este caminho. E a decisão do mestrado foi assim sem o mestrado eu não vou conseguir entrar na carreira acadêmica. Então eu não sei se eu respondi sua pergunta ou se eu me perdi na resposta.

Pesquisadora: Não. Não se perdeu. Gostaria que você comentasse sobre sua trajetória profissional na enfermagem, na assistência de enfermagem. E articulasse um pouquinho sobre os seus saberes e seus fazeres em promoção e prevenção na assistência de enfermagem. Concretamente.

BRP3: Vamos ver se eu consigo lembrar. Eu acho que foram alguns espaços, eu conseguia e estas coisas sempre me incomodaram e eu tentar fugir da técnica. Eu buscava sempre algum jeito de fazer além da técnica em termos de assistência. Eu fui muito hospitalar. Então a gente sabe que as questões de prevenção e promoção elas são, não é que eu acho que elas são deixadas, elas não são prioridade. É diferente ser deixada de lado, ela não é prioridade, porque lá naquele momento você tem que fazer a assistência. E no hospital você é cercado de regras, de normas e regras, quer dizer você tem que passar a medicação naquele horário, você tem que fazer a sua visita naquele horário, você tem sua prescrição de enfermagem para fazer. Então era isso. O primeiro lugar que eu trabalhei foi depois de formada. Nesse local eu estava muito obstetriz. Eu estava muito obstetra. Então era muito aquele olhar e era muito pesado o plantão, essa maternidade nem existe mais, maternidade em São Paulo, era enorme, ali perto da Avenida Paulista, era um prédio enorme, era uma quantidade enorme de usuários e a gente atendia SUS, convênio, tudo. Então aquele momento eu fui muito técnica, muito e muito primeiro emprego. Então eu tinha muito medo, tinha medo de errar, tinha medo de não saber conduta, se chegar uma bolsa rota, o que eu faço com isso. Então foi um período de muito medo eu acho sabe. E eu acho que quando a gente tem insegurança, aqui que eu acho, que as coisas não se desembocam. Quando a gente tem insegurança técnica a gente não consegue deixar o outro lado desenrolar sabe. Eu acho que a gente precisa do conhecimento instrumental, precisamos muito do conhecimento instrumental, que o referencial que eu uso hoje fala de racionalidade instrumental. Nós precisamos de todos esses elementos para fazer valer a racionalidade comunicativa. Então hoje eu sei que foi aquele momento e foi importante ser daquele jeito, não tinha outro jeito de ser. Eu não tinha maturidade. Eu acho que também tem a questão da maturidade, precisa de um tempo aí. Daí quando eu saí, eu fiquei pouquíssimo tempo lá, eu já fui buscar meu sonho, que era trabalhar com alunos. E aí eu fui para uma faculdade que hoje é a FAMEMA que já tinha todo o ideal das metodologias. Não é o que a gente conhece hoje como metodologia, mas a FAMEMA tinha o docente assistencial. Não sei se você já ouviu falar desse termo. Do ponto de vista histórico é muito legal você ler um pouquinho sobre isto, que era aquela perspectiva de que você não pode ser visita no lugar onde você leva seus alunos. Então

eu era enfermeira da ginecologia e eu recebia alunos. De manhã eu era enfermeira da ginecologia e a tarde eu recebia alunos. Então eu exercia dois papéis ao mesmo tempo e foi nesse lugar que eu comecei a querer mais do que punccionar, fazer medicação, etc. Então eu tinha um trabalho com as mulheres mastectomizadas, eu tentava de alguma maneira, nem me lembro como concretamente, talvez não em grupos, mas pelo menos individualmente eu me incomodava muito de ver que a perda da mama. Então eu me lembro que a minha mãe fez um modelo de alpiste para elas colocarem dentro do sutiã, porque eu não me conformava de não fazer nada e eu ficava muito magoada também quando eu via os ginecologistas dando as notícias para as mulheres, das condutas, de uma maneira dura, dura, dura, fria. Ele saía, a mulher se debulhava de chorar e eu entrava. Era o momento que eu entrava, quando ele dava a notícia, ele saía, largava ela num estado emocional deplorável e eu entrava. Eu podia ter fugido disso, para quê, mas já fazia sentido eu fazer alguma coisa naquele momento. Eu tinha que, o que eu podia fazer, me emociona (choro).

Pesquisadora: É muito belo mesmo.

BRP3: Então eu conversava com elas. E aí eu fui buscando o que eu poderia estar fazendo para ajudar essas mulheres. E foi muito legal. Eu acho que eu comecei a me aproximar e depois eu voltei de novo a trabalhar com mulheres com câncer de mama. E eu gostava muito porque eu estava lá, eu recebia os alunos, era meu espaço, eu não estava lá de visita. Isso para mim fazia muito sentido. Então eu falo que o período que eu passei em Marília foi intensamente assim de revisão de paradigmas e de acreditar que era possível trabalhar em grupo. Eu tinha um grupo, éramos todas jovens. Então eu tinha um grupo de colegas da área materno-infantil e a gente trabalhava muito, muito junto, muito unido. E eu senti muito de sair de Marília. Saí porque casei, não tinha condição de ficar em Marília, mas se não fosse isso, se eu tivesse talvez conseguido levar meu marido para lá por algum motivo, eu teria ficado, porque eu acho que ela é uma grande escola. Acho que o que ela fez em relação ao currículo, ela é uma grande escola. Ela forma todos os profissionais que a gente tem aqui da FAMEMA, a enfermeira (nome) é uma menina que eu tenho muito contato, é uma enfermeira que se formou lá e assim eu só tenho admiração por ela. Eu tenho admiração, o quanto essa menina, o quanto esta formação permite que as enfermeiras elas saiam com um cabeçal enorme de competências nas várias áreas, porque elas são politicamente, elas são articuladas, elas conseguem assistir de uma maneira integral, elas têm envolvimento, elas têm compromisso com aquilo que elas fazem. Então eu acho que a formação tem que dar conta disso e quando a gente não dá conta de formar

um aluno compromissado, envolvido, então a gente está falhando, em algum lugar a gente está falhando.

Pesquisadora: Qual é o diferencial que você citou do curso de enfermagem da FAMEMA? Na sua opinião qual é o maior diferencial? Você citou o currículo. Qual é o diferencial desse currículo?

BRP3: Naquele momento era essa articulação, era um currículo disciplinar, mas já mexia um pouco com o papel do docente. Aí eles foram os pioneiros na implementação da problematização. E hoje eu acho que eles devem ter mesclado, eu não tenho mais contato. De 2009 para cá eu não tenho mais contato, eu não tive mais contato para saber em que pé que eles estão do currículo, mas eles trabalharam problematização. Eu acho que o fato de trabalhar com metodologias ativas e a gente está tendo essa experiência hoje com a disciplina, o aluno faz uma articulação super importante de conhecimentos. E ele busca sozinho sabe, ele vai lá e ele tem que dar um jeito de chegar nesse conhecimento e ele tem que ter uma série de ferramentas para ele chegar nesse conhecimento. Não é colocar no google. Então até isso a gente tem que recuperar e foi isso que a gente fez. Aprender a fazer busca em base de dados. Então eu acho que o currículo de metodologias ativas possibilita ao aluno se aproximar da evidência científica e não do livro. Ele sabe que ele pode ter o livro, o livro é importante, mas como ele tem que estar o tempo todo buscando conhecimento, ele vai aprendendo que o conhecimento está lá, está lá publicado nos artigos, está lá nas bases de dados de revisões. Então ele ultrapassa a ideia de hoje de um currículo disciplinar. Um currículo disciplinar, você vem, você prepara uma aula, você dá uma aula enquanto expertise, já é uma relação professor aluno, numa sala de 30, 40, já é uma relação professor aluno em que você sabe e ele não sabe. Começa por aí né. Então você não sabe nada, eu que sei. Eu vou lá, eu fico quatro horas falando na sua cabeça e retomando Freire, então eu vou lá, sua caixa é vazia, eu vou enfiando na sua cabeça. E você na postura de aluno me pede os slides porque ele vai decorar os slides para a prova. Toda vez que a gente utiliza uma estrutura disciplinar, uma exposição dialogada mentirosa, porque não é exposição dialogada, é exposição. E aí eu acho que tem a ver também com aquilo que o docente se entende por docente, porque se ele se entender que ele é o dono do saber, que ele ficou trinta anos estudando a parafuseta da rebimboca e que ele tem que falar só da parafuseta da rebimboca, porque ela é linda e maravilhosa. Ele não vai estabelecer diálogo. É por isso que eu gosto muito da metodologia comunicativa, porque ela permite que dialogue, ela permite que eu escute o aluno.

Pesquisadora: Ao seu ver, todos esses referenciais eles têm alguma relação com promoção da saúde e com a prevenção de doenças.

BRP3: Eu acho que num pequeno grupo o aluno exercita uma série de elementos que são importantes para ele aprender as ferramentas da promoção e da prevenção, numa estrutura de pequeno grupo ele tem que ouvir, ele tem que esperar o colega falar, ele tem que não acho que é aceitar, mas ele tem que, ele tem a oportunidade de ver que o colega dele trouxe um material diferente do dele e que nem por isto é menos importante, que a contribuição do colega foi legal, diferente da dele. Esse olhar de aceitação do diferente, de escuta, de respeito, a horizontalidade que se forma numa roda, num pequeno grupo. O docente passa da posição de eu sou o dono do saber para uma situação de facilitação. Ele não está lá para responder, ele está lá para ajudar a instigar o aluno, que ele pense naquilo que ele está falando. Ele tem que na verdade se controlar para não dar as respostas, porque a gente vem de um modelo que a gente dá as respostas. Então para mim faz muito sentido. Eu acho que faz muito sentido. Eu volto a insistir, eu acho que para você fazer promoção e prevenção você precisa de outras ferramentas que não as ferramentas com referência no paradigma biomédico, não as ferramentas no paradigma técnico, não as ferramentas de um endeuamento da prática. Não são essas ferramentas que você vai usar para fazer prevenção e me incomoda muito falar de prevenção e promoção como se fossem estáticos, não são. Eu tenho inúmeros espaços em que eu faço promoção e prevenção, até com a minha filha, nas minhas relações cotidianas eu faço isso, quando eu estou colocando minha filha para pensar na relação dela com o namorado dela, eu estou promovendo que ela tenha um relacionamento saudável, que ela comece a pesar muito bem com quem ela está e nunca deixe de pensar nela mesma, o quanto é importante ela ter uma relação de igualdade com o companheiro. Como é que eu não estou fazendo promoção? Então eu não sei se faz sentido para você, mas assim faz um sentido enorme, toda vez que a gente sai do olhar, do foco da doença naquela ideia de diagnóstico. Eu não tenho muito tarimba com o diagnóstico da enfermagem, é melhor eu não falar porque senão eu vou dizer o que eu não sei, mas é muito quadradinho. Eu gosto (risos), eu prefiro pensar que as intervenções de enfermagem elas podem nascer de uma relação que eu estabeleço com o usuário. Elas não estão dadas para mim num livro, pronta. Ah, se ela tiver um risco de infecção eu vou ter que fazer isso, isso, isso e isso. Se ela tiver risco de infecção eu acredito tanto na força do diálogo que eu sei que se eu sentar com ela e perguntar o que ela já sabe, como é que ela lida, como ela deixa de lidar, o que ela pensa, o que é que o pai pensa, o que o marido pensa, quem está perto, se eu conseguir fazer essa

contextualização, eu vou elencar em meia hora de diálogo todas as intervenções que estão escritas lá e muito mais, vão aparecer muito mais coisas que não estavam escritas lá nos livros de NIC e NOC, etc. É claro que se você for conversar com outro docente cada um vai ter o seu olhar em cima daquilo que ele construiu.

Pesquisadora: Eu gostaria que você comentasse um pouco sobre a sua trajetória profissional na formação dos enfermeiros aqui na Universidade que iniciou em 1993. Como é essa relação dessa sua trajetória com os saberes e os fazeres da promoção e da prevenção, no ensino, na pesquisa e na extensão?

BRP3: Eu acho assim que nos primeiros anos que eu fiquei aqui eu tinha muita preocupação de que o aluno tivesse domínio das disciplinas, vamos chamar assim, das disciplinas chaves. Então vamos assim, então nós estamos discutindo hipertensão gestacional, então nós vamos lá na fisiologia estudar hipertensão gestacional. Então eu tinha muito esse foco, muito fortemente. E eu me lembro que na extensão, os primeiros trabalhos de extensão que eu fiz eram muito assistenciais, de ir lá fazer a assistência e pouca articulação com o serviço, pouca articulação com a continuidade talvez com essas pessoas com que eu trabalhava com extensão, era estanque, morria ali. Eu me lembro de um trabalho que a gente fez bonito na maternidade e era para ajudar a maternidade a ser hospital amigo da criança, coisa que ela não é até hoje porque ela não quer. Demorei muito para aprender isso, que você vai em um espaço em que as pessoas não tem disponibilidade, perna para fazer as coisas, não vira, mas eu queria, eu achava que estava fazendo alguma coisa, eu estava indo lá na maternidade a gente estava tentando trabalhar com as mulheres que estavam de alta, víamos se ela tinha dificuldade com a amamentação, para onde manda essa mulher, não tinha para onde mandar, não tinha articulação nenhuma com a atenção primária e morria. Então eu acho que o que eu quero dizer é que eu comecei a perceber que as três áreas se elas ficarem isoladas, elas morrem na praia.

Pesquisadora: O ensino, a pesquisa e a extensão

BRP3: É. Então, no ensino se eu não construir uma relação de vínculo, se eu não cuidar do espaço que é o meu cenário de aprendizagem, ela morre na praia. Então é por isso que eu me enlouqueço. Na extensão se eu não articular a extensão com as necessidades do município ou pelo menos, minimamente, com as necessidades daquele serviço. Não é levar a coisa pronta, então eu venho aqui para trabalhar isso, o serviço não está nem aí, ele não quer isso, ele quer aquilo, mas eu não conversei para perguntar o que ele quer, eu fui com uma coisa pronta. Então eu aprendi no decorrer do tempo isso. E a pesquisa eu

acho que a pesquisa é muito recente para mim ainda. Eu sou docente no programa há muito pouco tempo, mas eu estou começando a perceber e eu tenho colocado os temas dos meus alunos em cima do contexto que está passando hoje o município. Então eu comecei com temas relacionados a aleitamento materno, mas pouco articulados, isolados, sem um impacto para a vida das pessoas. Eu acho que faz muito sentido para mim hoje pensar em pesquisa com algum mínimo de transformação das pessoas, da vida das pessoas. E essa minha última aluna de mestrado, graças a Deus, a gente começou a articular temas que são temas de relevância social, não são só relevância acadêmica, está muito longe da relevância científica talvez, mas que pelo menos são temas de alguma relevância social. Nós estamos trabalhando com violência obstétrica, relatos de mulheres que vivenciaram. Assim vou colocar dentro da gaveta? Não, eu não posso. Então é um compromisso que eu tenho hoje, eu não tolero mais orientar um trabalho que vai engavetar. Eu preciso de alguma forma arrumar um espaço de articulação. Então, essa menina vai em todos os espaços, nesse momento ela está afastada, mas todos os espaços que a gente tem buscado de articulação, com vereadores, projetos de lei, com doulas, com militância, com pessoas que acreditam na humanização, então a gente tem buscado se articular e quando a gente articula, a gente articula as três áreas, porque daí o ensino só vai fazer sentido para mim, se eu estiver em um espaço que é o que eu comentei com você, um espaço que ele é alimentado com as necessidade do serviço. Estou lá para pensarmos juntos em questões que fazem sentido para aquele serviço. Eu acho que o ensino vem no decorrer e a pesquisa vem sendo alimentada pouco a pouco com essa ideia de amarrar os três links, não é muito fácil não.

Pesquisadora: Você citou também uma palavra interessante assim, por isso que eu enlouqueço trabalhar esta integração. Como é que é trabalhar essa integração ensino, pesquisa e extensão em uma Universidade pública?

BRP3: Eu acho que você tem que fazer mais do que a CAPES avalia você. Hoje os nossos órgãos de fomento, articulando muito fortemente com a pesquisa, eles falam que você tem que publicar em tantos e tantos Qualis. Para você publicar em tantos e tantos Qualis, a extensão vai te atrapalhar. Entendeu? O ensino tem que ser, você vai lá dar sua aula e pronto, porque mais do que isso vai te atrapalhar. Então quando eu falo enlouqueço, é isso: primeiro é entender que é um paradigma de avaliação da nossa produção, da CAPES, do meu ponto de vista não nos avalia, porque avalia quantitativamente, não interessa nem o que você publicou, não interessa o impacto que você teve, não interessa o que você fez

em relação à vida das pessoas na sua pesquisa, interessa quantas você publicou, interessa número. Eu acho que eu fugi.

Pesquisadora: Não, não está fugindo. Em relação assim como é difícil ensino, pesquisa e extensão e este modelo que é imposto, você citou a agência a CAPES, as agências de fomento, mas será que são só as agências de fomento?

BRP3: Não, não é. Pensa bem. Nós estamos falando da pesquisa. A extensão, você também pode fazer a extensão sem ter grandes trabalhos. Então você vai lá e faz um trabalhinho de extensão. E, assim, o que você entende por extensão, o quanto a extensão ela não é só uma simples articulação com a comunidade, ela ultrapassa muito mais essa ideia de simples articulação com a comunidade, simplesmente fazer um trabalho assistencial, não pode ser isso. E o ensino é o que eu acho, o ensino quando a gente se propõe a fazer algo diferente ele vai te dar trabalho, ele vai te dar mais trabalho. A gente que de uns anos para cá está mais centrada nas áreas, não era assim nesse Departamento, quando eu entrei eu dei 3, 4 disciplinas, fiquei 10 anos dando centro cirúrgico, não tem nada haver comigo, nem com o meu perfil, meu perfil assim, meu jeito, que eu lá presa dentro do centro cirúrgico sem poder dar risada, mas, enfim, engraçado que eu tenho depoimento de colegas, meninas que entraram agora, que tem alunos que tiveram comigo no centro cirúrgico e que tem uma recordação maravilhosa minha, porque mesmo eu não gostando eu fazia o máximo que eu podia fazer, eu não deixava transparecer, eu sabia que eu tinha um compromisso. Então se eu estava lá, os alunos não tinham nada haver com o que eu não gostava daquela área. Essa era uma outra questão que eu tinha com o Departamento, não tinha nada haver com os alunos. Então eu lembro assim que eu fiz coisas que hoje nem se faz mais. Vamos fazer uma discussão de anestesia, das drogas, chamava o anestesista para vim conversar, pedia para o anestesista deixar entubar, eu fazia um monte de coisas, mas é por conta da minha característica. Eu faço alguma coisa eu entro de cabeça naquilo que eu faço, e isso tem um custo e é isso que eu tenho trabalhado. Esse custo de não permitir que tenha um custo pessoal, familiar, intenso, saber dosar um pouquinho essas coisas. Ontem a gente ficou até nove horas da noite aqui.

Pesquisadora: No projeto de extensão?

BRP3: É nós estamos fazendo um trabalho com os profissionais da rede, porque a secretaria nos solicitou. Então, nós estamos dando uma atividade curricular de integração ensino, pesquisa e extensão para alunos e profissionais da saúde, profissionais da atenção primária sobre a assistência pré-natal. Seria a terceira jornada de trabalho. Eu tenho inúmeras colegas aqui que sabem muito bem o que querem e trilham a sua carreira com

foco na pesquisa. É isso. E eu aprendi também a não desvalorizar sabe, primeiro me valorizar, saber que isso para mim é importante, para mim, se é para você, tudo bem, se não é, também tudo bem. Eu aprendi muito a me valorizar naquilo que eu faço. Saber que isso é importante para mim e para as pessoas no meu entorno. E aprendi também a não trazer muita energia negativa assim de desvalorização do trabalho do outro. Eu acho que cada um faz o que é possível fazer, dentro dos limites de cada um. Então foi um processo árduo de aprendizado, porque eu acho que dentro do meio acadêmico a gente tem essa tendência muito forte de desvalorização do trabalho do outro. E como eu não quero isso para mim. Eu tenho tentado fazer um esforço muito grande do quanto cada um pode colaborar com um pedacinho. Que bom que a nossa coordenadora de pós-graduação está cuidando da pós-graduação. Ela tem que cuidar. Que bom que a chefe de Departamento, que bom que a coordenação e aí vai, para conseguir enxergar que todas as pessoas têm potencial para fazer alguma coisa boa e que se a gente conseguir olhar o que ela pode contribuir, da potencialidade dela, a fragilidade fica para depois, porque a gente exalta a potencialidade dela. A gente também ajuda as pessoas a não entrarem em um processo de baixa auto-estima, que também é uma outra visão dura. Acho que na formação do aluno, a gente tem muitos problemas de aluno com depressão, com pânico, porque tem dificuldade. As disciplinas iniciais talvez sejam duras, tem uma série de exigências, a gente tem um currículo que não ajuda ter proximidade com o aluno. Não tem. A gente só vai conseguir efetivamente saber as dificuldades do aluno se a gente tiver pequenos grupos, se não a gente não vai saber, é mentira. Em uma classe de 30 alunos, num grupo de estágio com 10 alunos você não sabe, você sabe só dizer se ele fez ou não fez, mas assim a fundo, o porquê, o que está acontecendo com a vida dele, etc., a gente não tem. Não sei se eu respondi. Acho que não.

Pesquisadora: Você está respondendo sim, tem uma coerência, porque desde o início da entrevista você está comentado qual é o seu pilar, o que te movimenta enquanto pessoa, professora e enfermeira. Que é esse referencial que é dialógico, que ressalta as questões subjetivas, que ressalta o diálogo, enfim, você está aí na sua fala. Essa coerência está aí, e é muito rico. Então eu valorizo demais esse momento que a gente está tendo, a gente tem mais uma entrevista.

Entrevista (2ª sessão): 02 de outubro de 2014 - 11h52min

Pesquisadora: A primeira questão para a gente conversar é sobre a construção, implementação e avaliação do currículo do curso de enfermagem. Gostaria que você comentasse um pouco sobre este processo.

BRP3: Eu acho que a gente passou por uma grande alteração que eu acompanhei dado que eu já estou aqui há mais tempo, que foi a de 2004, que na verdade ela começou um pouco na minha gestão e de BRP19, no final da década de 90, quando a gente começou eu já senti a necessidade de olhar para o processo, de olhar para o currículo, se você entrevistar BRP19 talvez ela tem esta recordação também. Naquela época a gente fez as primeiras oficinas de reestruturação, eu estava voltando da licença maternidade da minha filha, então a gente marca estas coisas. E a gente não encerrou não, a gente começou um processo que se encerrou nas gestões posteriores, tanto que se você for olhar o projeto pedagógico de 2004, a gente não vai estar assumindo os cargos de coordenação e nem de vice, provavelmente a gente devia estar na comissão do currículo, mas não estava ali encabeçando porque ele se encerrou depois da gente. Daí de 2004 para cá, a gente veio com muitas vontades, eu, em particular, eu acho que a gente não pode dizer isso para o grupo todo, porque não é consenso de todo mundo, que a gente tem que olhar para esse processo do currículo, com muita vontade de olhar para isso, de pensar nisso. E em 2000, especialmente, quando eu assumi em 2009, eu assumi a coordenação do curso, a gente estava com a legislação das 4000 horas. Eu olhei para aquilo e pensei, discuti internamente no Conselho de graduação, alguns espaços, no Conselho departamental também, porque não a gente não fazer uma adequação, mas fazer uma reestruturação que é bem diferente. A Universidade tem legislação sobre isso, que adequação, um tanto de X de mudança, dá uma porcentagem pequena, são mudanças pontuais de grade e a reestruturação é profunda. É a reestruturação da filosofia, é uma reestruturação profunda. Em 2009 eu assumi com uma vontade muito grande de re-olhar este processo e buscar, naquela época a gente não tinha muitos elementos de pensar em fazer coisas mistas, assim utilizar um pouco da ideia de pequenos grupos, da metodologia ativa, mas também manter uma estrutura. Então ficou bastante confuso naquela época, mas a gente tentou, um pequeno grupo de pessoas tentou uma proposta de currículo integrado. A gente vinha com uma experiência da Medicina, vinha com uma experiência da Terapia Ocupacional, duas experiências difíceis de serem implantadas nesse município e nessa Universidade, porque ela é disciplinar, todo o sistema na Universidade funciona em cima de disciplinas, não há espaço para outra coisa que não seja disciplina. Então a gente naquele momento não foi bem vista, não foi por uma série de dificuldades que hoje eu compreendo perfeitamente.

Eu acho que há males que vem para bem, acho que talvez a gente realmente não tenha nem hoje maturidade de assumir, tanto maturidade interna, como maturidade da Universidade de olhar para isso de outra maneira, olhar o currículo não como um processo engessado de disciplinas desarticuladas entre si, mas infelizmente é isso que a gente tem. Ainda não passou este processo desse currículo integrado, as gestões posteriores que assumiram também não assumiram rever isso, porque foi um processo muito doloroso, para mim, em especial, foi extremamente doloroso. Para as outras pessoas que estavam pouco envolvidas foi assim: ah, não vamos mexer. É uma ferida que eu acho que a gente não quer mexer muito, é muito dolorido mexer, deixa ela aí que se a gente não mexer, ela não sangra, a sensação que eu tenho é essa. Naquilo que não se mexe porque vai demandar um debruçar enorme e não há disposição para esse debruçar enorme. Acho que nesse momento não há. Tem ficado cada vez mais claro para mim que não vai ter. Eu não acredito que até eu aposentar que está bem próximo, dada a dificuldade mesmo do Departamento assumir os cargos, o quanto que é penoso assumir os cargos e assumir o cargo com uma tarefa a mais de pensar o currículo é praticamente impossível, nesse Departamento olhar para isso. O processo doloroso que foi até 2004 e as etapas que aconteceram depois exigiram, a gente investiu muito na década, de início da década de 2000 para construir o que a gente tem hoje. Foi um processo intenso e 2009 foi muito intenso para mim, em especial, uma comissão pequena. Então foi um trabalho mais uma comissão pequena, mas também foi muito intenso. O que eu quero dizer é que chegou em 2009, final de 2009, o projeto não foi aprovado e eu tinha uma legislação para cumprir e cumpri, que é com uma adequação. Então olhando de novo para a grade, então isso se chama adequação, olhamos para a grade, olhamos que a gente não tinha estágio supervisionado, que a gente não tinha estágio supervisionado do jeito que a legislação pedia e a gente não tinha um currículo de 4000 horas. A gente tinha um currículo com menos 500 horas, um currículo de 3500, então foi isso que a gente fez, adequou e trouxe a questão do estágio. Não sei se eu respondi sua pergunta.

Pesquisadora: Respondeu. Todas as entrevistas que eu fiz também surgiu essa questão, especialmente, com os professores que estão há mais tempo, que houve esse processo de investimento, de longo tempo, também investimento financeiro.

BRP3: Sim a gente tinha ajuda. Tanto na década de 2000, início da década de 2000 a gente tinha ajuda, como em 2009 nós tivemos uma imensa ajuda do Pró-Saúde, imensa, trazendo gente de fora. E tudo mais.

Pesquisadora: Então apareceram essas falas e também apareceram as questões referentes às resistências em relação à Universidade, em relação ao grupo.

BRP3: Internamente, isso mesmo.

Pesquisadora: Mas não foi até o momento citado resistências em que sentido, eu ainda não sei que resistências foram estas. Me parece que na palavra resistência tem muitas coisas escamoteadas. Que tipo de resistências? E isso nos leva à segunda questão, que já foi também, inicialmente você já começou a citar, que é em relação ao envolvimento dos professores, não só os professores do Departamento de Enfermagem, mas também os outros Departamentos que também participam da formação dos enfermeiros. Como é esse envolvimento? Como foi este envolvimento dos professores na construção, na implementação e na avaliação, mas principalmente que resistências foram estas? De que ordem?

BRP3: Eu acho que a primeira debruçada que a gente deu, que foi a mais longa, no início da década de 2000, a gente ficou muito centrado em nós. Nós tivemos pouquíssima, ou quase zero participação dos Departamentos que oferecem disciplinas. E naquele momento a gente não tinha muita clareza do que a gente queria não. A gente tinha clareza que a gente queria integrar. Eu acho que a gente queria integrar as disciplinas. Então por exemplo, vou te dar concretamente um exemplo que fica muito claro para mim que é muito fácil de entender. A gente tinha no antigo currículo, 3 disciplinas relacionadas à saúde da mulher, enfermagem ginecológica, obstétrica 1 e obstétrica 2, todas em semestres distintos. Aqui era junto no mesmo semestre, ginecológica com obstétrica. E esse aqui obstétrica 2 no outro semestre. Então essa mudança que a gente fez em 2004, que culminou nesse processo inteiro, integrou. Então eu falei assim, não peraí, que sentido tem a gente ficar aqui picotando a mulher desse jeito. E a gente entende que a gente não pode olhar para a mulher barriguda, porque a mulher não fica barriguda a vida inteira, que ela fica barriguda por um período, então como é que a gente lida com isto. Então vamos juntar, vamos colocar tudo no mesmo semestre, etc, etc. Isso foi feito na saúde da mulher, criança também tinha duas disciplinas separadas, que eu já não me lembro o nome. Então a gente assim, o olhar que eu tenho era um olhar que mexia muito pouco com a vida de cada docente. Então não tinha ele no processo, não tirava ele da área de conhecimento dele. Então que bom, entregou tudo de pediatria, está ótimo, mas me mantém aqui na minha área de conhecimento. Ah integrou mulher, muito bem. E fizemos outras, pouquíssimas e se você olhar o nosso projeto pedagógico ele traz módulos, mas os módulos são estão papel, eles não existem. Nós não conseguimos concretizar uma série

de coisas que a gente queria. A gente queria um módulo, a gente tinha uma disciplina de integração que iria tentar integrar todas as disciplinas daquele módulo e a gente enxergava que o aluno tinha que começar entendendo a saúde na sociedade. Tinha a disciplina de integração que tinha a intenção de integrar as disciplinas daquele módulo e tudo se concentrava para ele ter o olhar de como era a saúde, a sociedade. É só você pegar o currículo e você vai ver que é isto que a gente tem até hoje inclusive. Então era por módulos e se tinha muita vontade de fazer a integração desses módulos e se buscou internamente mexer com isto. E a gente ficou com o de fora não se mexe, continuou com a anatomia. E a hora que a gente vai ver a anatomia, quando ele começar processo de cuidado. Então foi essas, continuou com a anatomia, continuou com a fisiologia. Com o de fora não se mexeu, porque foi um processo muito interno, de olhar para o nosso Departamento e ver o que a gente pode fazer. Muita coisa a gente não conseguiu concretizar e especialmente as disciplinas de integração em cada módulo, elas se perderam. A gente não conseguiu amarrar. Eu acho que a gente pecou no processo de avaliação do currículo e implementou e teve pouquíssimos elementos para avaliar. E aí assim naquele momento eu não consigo enxergar muitas resistências naquele currículo implementado, eu consigo enxergar não concretização, não são resistências, não concretizou, porque as pessoas não assumiram um olhar para isso o currículo como um processo. Ele já foi tão doloroso para ser construído, aí que doloroso vai ser acompanhar esse processo, entendê-lo como processo, pensar em avaliações. Isso se perdeu. Isso para mim é claro, se perdeu. Aí em 2009 para mim é concreto, as resistências são muito claras para mim no currículo, na proposta, na intenção de proposta do currículo integrado, as resistências perpassam internamente pelas saídas das suas áreas de conhecimento, porque o docente não é mais o docente de saúde da mulher, ele vai acompanhar o aluno de primeiro ano que está vendo um monte de coisas, pode ser que ele veja alguma coisa de saúde da mulher, mas não é esse o grande norte. Então eu acho que a resistência maior é sair de sua área de conhecimento. Eu acho que há uma contradição enorme entre qualquer processo de mudança na formação profissional da área de saúde com aquilo que a CAPES entende do docente pesquisador. Eu acho que teve uma discussão muito grande de re-olhar para o profissional da área de saúde nesse sentido: o aluno tem que ir para o trabalho, é lá no trabalho que ele vai ter aprendizagem, ele tem que ir desde o começo do curso, a aprendizagem se dá lá, a articulação que a gente tem que fazer com o serviço, ele tem que buscar ser protagonista do seu conhecimento, ele tem que ir a busca. Tudo isso se você ler as políticas de formação, acho que você deve ter isso muito claro mais do que eu,

especialmente da década de 2000, por aí, houve um discurso muito forte. O Pró-saúde apareceu também para isso, para fomentar essas discussões e a gente sair do biomédico, sair de disciplina, sair do quadradinho, sair da desarticulação teoria-prática, foram todas políticas de incentivo para isso. Então, a resistência para mim, voltando na questão da resistência é muito clara, da saída da área de conhecimento, do quanto ia dispendir de tempo. Então, assim uma coisa é eu dar uma disciplina para 28 alunos, outra coisa é eu transformar esta disciplina em pequenos grupos e eu ter que repetir isso 4, 5 vezes. Repetir no termo de esforço docente, não em termos de repetir a aula, o esforço docente que ele dá uma vez, quando eu divido em pequenos grupos ele multiplica pelo número de pequenos grupos. E é aí que eu falo que está a contradição com a pós-graduação, porque como é que eu otimizoo meu tempo, se 60% do meu tempo para a graduação, mas sobra 40% para a pós, será que dá? Então essa preocupação do quanto ia exigir do esforço docente para a graduação para mim foi uma resistência, para mim foi concretamente uma resistência. A outra resistência era institucional, a Universidade só conta esforço docente pela disciplina, como é que ela vai contar esforço docente por pequeno grupo. Então não tem como inserir um currículo integrado no sistema da Universidade. A Universidade só conta crédito, a Universidade quer nota, como que você satisfatório, insatisfatório, precisa melhorar. Então assim foi um quiproquó com a Universidade e eu acho que até hoje, até hoje essa questão não é bem clara, eu não faço a mínima ideia de como a medicina resolveu isto.

Pesquisadora: Ou se resolveu.

BRP3: Nós resolvemos internamente na disciplina.

Pesquisadora: Na medicina

BRP3: É. A medicina eu não sei como ela resolveu colocar a estrutura do currículo integrado em uma Universidade disciplinar. Eu não sei como ela resolveu isso. Se ela chamou tudo que ela chamava de unidade de aprendizagem chamou uma unidade de aprendizagem de disciplina.

Pesquisadora: Entendi.

BRP3: Entendeu? Até onde eu sei elas não conseguiram implantar o sistema que contasse o esforço docente no currículo integrado. Até onde eu sei. Então ela deve ter feito adaptações. Era até legal você conversar com alguém se interessasse, com alguém, dá dica inclusive para ver como é que eles resolveram lá, até com a coordenação da Medicina se você achar interessante estar fazendo. Bom, a outra resistência é o quanto um currículo integrado ele não exigia, ele tinha como requisito primeiro uma articulação enorme com

a secretaria de saúde. Assim até a última gota dos ossos, tanto no sentido de precipitar, precisar do preceptor, enfermeiro, como trazer o preceptor para dentro. Não ficar uma via de mão única. Você só usa o preceptor e aí você não dá nada em troca? Então a gente tinha que ter os enfermeiros dispostos a serem preceptores, a gente tinha que organizar a contrapartida e sem remuneração. Porque não existe remuneração, parece que existe em algum lugar, mas na enfermagem isso não é comum. Remunerar o enfermeiro da unidade para receber alunos em uma situação dele ir desde o primeiro ano para a unidade se aproximando etc. Ficaria com o enfermeiro e não com o médico. Eu acho que essa é outra resistência que está muito clara para mim. Então são 3: um interno onde eu mexo no meu conforto, onde eu mexo na minha zona de conforto, onde eu mexo na minha estrutura, especialmente se eu já estou vinculado com a pós-graduação, onde minha área do conhecimento é parafuseta da rebimboca, como é que eu saio da minha área parafuseta da rebimboca para ficar vendo fisiologia, saúde coletiva, procedimentos, sei lá, tudo que a abrangência de um currículo integrado exige. Então para mim isso é muito claro. Outra da Universidade, a estrutura da Universidade para a gestão, essa relação extremamente fragilizada que a gente tem com a rede e que se intensificou com a entrada desse prefeito, porque até então pelo menos a gente tinha Conselho de parceria que era um conselho formado pelo vice-reitor, pelo secretário da saúde, membros da Universidade, membros do município. Lindo teoricamente, mas que se degingolou com a saída do antigo prefeito e entrada desse outro prefeito que não é do partido que ficou durante oito anos na Universidade e ele não quis conversa. Eu não sei se alguém já contou essa história para você. Já deve ter contado.

Pesquisadora: Já.

BRP3: Não quis conversa com a Universidade, fez um terrorismo horroroso, demorou um ano para conversar com a Universidade, e o curso de Medicina precisa disso, ele precisa muito dos preceptores. A Terapia Ocupacional, para você ter ideia da gravidade, eu acho que seria muito legal você conversar com alguém da Terapia Ocupacional, ela desistiu do currículo integrado. Literalmente. Voltou para o currículo disciplinar.

Pesquisadora: Porque não se sustentou.

BRP3: Não se sustentou.

Pesquisadora: Então nós discutimos quase todos esses elementos, em relação à construção do currículo, implementação, avaliação em relação ao envolvimento dos professores. Você também já trouxe elementos para discussão em relação do currículo com contextos educacionais relacionados às políticas educacionais. Faltou a gente

comentar um pouco da relação desse currículo com as políticas de saúde do Brasil. Queria que você comentasse se existe alguma relação do currículo com essas políticas de saúde.

BRP3: Talvez eu possa lhe trazer mais da minha área. Pode ser?

Pesquisadora: Claro.

BRP3: Eu acho que para mim isso está mais claro. Eu sou da geração em que eu vi nascer unidade de saúde da família nessa cidade. Eu vi nascer, até então a gente não tinha uma estrutura de unidade básica de saúde. Na área de saúde da mulher o que a gente tem fortemente, a área de saúde hospitalar, então a gente tem uma formação do enfermeiro para a área hospitalar. Então a formação do enfermeiro generalista para fazer planejamento conjunto, para atuar com patologia obstétrica e para auxiliar no conforto da mulher em trabalho de parto, porque a gente tem muito claro e a gente tem legislação para isso, que ele não pode sair da graduação e ir lá se meter a fazer parto. Precisa ter uma formação a mais para fazer isso. E aí a gente no movimento das políticas públicas do PNH, política de humanização de parto e nascimento e ao mesmo tempo foram se delineando as unidades de saúde da família e se delineando as atribuições do enfermeiro na saúde da mulher e na saúde da família. E na verdade nesse município os enfermeiros de unidade de saúde da família são os que mais fazem saúde da mulher. Os médicos não fazem tanto quanto eles fazem, porque quase tudo vai na mão deles. Então a gente saiu de uma estrutura de atenção primária na saúde da mulher de UBS onde o enfermeiro do meu ponto de vista é burocrático, faz pouquíssima assistência, para um modelo em que o enfermeiro tem que fazer assistência, tem que fazer consulta de enfermagem, tem que tomar conduta, tem que dividir posição com o médico, tem que dividir conduta com o médico. Então para mim isso fez muito sentido, porque o PNH trouxe isto, uma consulta de pré-natal com o enfermeiro e uma consulta do médico, uma consulta do enfermeiro e uma consulta do médico. Eu falei gente nós temos que preparar nossos alunos para a atenção primária. É importante a atenção hospitalar? Não tenha dúvida, mas eu não posso priorizar a sala de parto. Eu tenho que para hoje. O que o Brasil precisa hoje? De enfermeiro generalista na área de saúde da mulher, um enfermeiro que dê conta, na área hospitalar, fazer esse gerenciamento de maternidade, dá conta de alojamento conjunto, fazer gerenciamento de centro obstétrico, tudo isto, tudo que uma maternidade exige, tirando sala de parto. E na atenção primária ele assumiu tudo, ele assumiu pré-natal, ele assumiu toda estrutura de planejamento familiar, ele assumiu toda estrutura de câncer de mama e câncer de colo, ele assumiu o atendimento no climatério, porque é ele que faz o Papanicolou, é ele que atende essas mulheres climatéricas. Então a gente foi percebendo

que o espaço, a atuação do enfermeiro na atenção primária era muito grande na área e pensando no binômio e também aí se ampliava mais ainda. E começaram a aparecer as outras políticas. O PNH trouxe muito fortemente, estruturando o pré-natal, com aquela coisa de 6 consultas etc e a Rede Cegonha ela trouxe assim, colocando concretamente, qualificando o pré-natal na verdade, implementando testes rápidos, reforçando a necessidade do enfermeiro estar atuando, trazendo a questão do parto, daí os componentes mesmo da rede cegonha, componente pré-natal, componente parto, puerpério. No puerpério, na primeira semana de vida tem que fazer uma visita domiciliar. Nós temos que olhar para essa mulher na primeira semana de vida, porque é lá que a mortalidade está alta, é lá que acontece as sessões de aleitamento. Então ficou muito claro para mim que a gente tinha que buscar um espaço, um cenário de aprendizagem que permitisse isso, que permitisse que o enfermeiro em formação acompanhasse todo esse processo. Então eu tenho que saber fazer muito bem uma consulta de enfermagem. Tem que ter todos os elementos para fazer uma consulta de enfermagem adequada porque é ele que vai fazer, é ele que vai fazer na atenção primária. É claro que se você for conversar com outras colegas da minha área elas vão estar trazendo outros elementos. Eu estou trazendo um elemento que eu acredito. É nessa formação de promoção e prevenção da saúde, no caso específico da saúde da mulher, está o grande lance de um enfermeiro que saia do seu contexto técnico, que saia do seu. E eu acho que tem uma outra coisa na área de saúde da família que para mim me encanta que é a autonomia. Eu acho que o enfermeiro tem uma autonomia que ele não tem em nenhum outro espaço. Eu sou da área hospitalar, vivi praticamente a vida inteira na área hospitalar e não consigo enxergar um outro espaço onde o enfermeiro tem mais autonomia do que na saúde da mulher. Autonomia de conduta em que ele possa partilhar com a equipe os problemas, em que ele pode discutir caso com o médico, numa relação, numa outra relação, não uma relação de poder que é marcada na atenção hospitalar. A gente pode fazer diferente, que o processo de trabalho são processos de trabalho completamente distintos, que é um espaço, esse eu acredito que é um espaço da autonomia do enfermeiro, da atuação do enfermeiro.

Pesquisadora: Então essas políticas, essa reorganização, digamos assim, da atenção a saúde da mulher no Brasil também mobilizou fortemente as mudanças aqui dos conteúdos relativos a atenção da saúde da mulher?

BRP3: Sim. Para você ter uma idéia de como isso mudou, eu acho que eu faço parte desse processo de mudança, a gente tinha as disciplinas relacionadas a saúde da mulher com um enfoque biomédico, completamente biomédico, então a gente tinha assim

modificações na gestação, primeiro, depois parto, mecanismo do parto, depois puerpério, depois complicação hemorrágica. Então era assim biomédico e hospitalar, e nada de promoção, nada de prevenção, porque elas iam para a UBS para observar o que a enfermeira fazia, quando o médico deixava entrar numa consulta de pré-natal. Era isso que a gente tinha, era esse espaço na atenção primária que a gente tinha para ir. Em 2006 quando a gente teve o primeiro oferecimento de saúde da mulher (nova proposta), eu coloquei para as minhas colegas que eu queria trazer uma pessoa para falar sobre violência. Então foi a primeira vez que a gente começou a falar de gênero, períodos sexuais reprodutivos, sexualidade, violência contra a mulher. Hoje se você olhar o nosso cronograma você vai ver que a gente já fez uma discussão de gênero, a gente já fez uma discussão de políticas, a gente não tinha uma discussão de políticas, porque era aquele enfoque assim de obstetrícia.

Pesquisadora: De especialização em obstetrícia.

BRP3: Era esse o grande enfoque, a gente não sabia fazer diferente, aí conforme a gente foi ampliando, vendo que existia outro mundo além do mundo da obstetrícia, que era importante, por exemplo, falar de políticas. Hoje a gente tem uma discussão legal de como vem a construção das políticas de saúde relacionadas a área. Então, a gente consegue enxergar o país, e depois do país vem o PNH, o quê que nós perdemos com o PNH, o quê nós perdemos com a rede cegonha no sentido desse olhar ampliado para a mulher, que agora voltou de novo para o ciclo gravídico puerperal. E aí se ela tiver câncer, e aí o quê que ela faz? Entendeu? Para começar a enxergar também que as políticas também têm ganhos e perdas e que ela tem um contexto maior ainda que é responder aos bancos mundiais, porque a rede cegonha é compromisso da Presidente de responder lá em cima, para dar conta da mortalidade materna. Oh minha filha, você tem que dar conta da mortalidade materna, você faça alguma coisa para dar conta da mortalidade materna. Para não dizer que as políticas são ingênuas, elas não são, nenhuma política de saúde é ingênua. Ela vem porque a gente gosta e porque a gente quer cuidar, não é assim, lá em cima tem interesses, outros. Até isso a gente faz essa discussão para eles entenderem. Então hoje a gente tem discussão disso. Está super bonito. Eu olho e fico orgulhosa do nosso trabalho, porque eu acho que é legal. Primeiro que outra coisa que foi nos mobilizando é assim não dá para ficar falando de mulher de um lado e criança de outro. Então faz uns quatro anos mais ou menos que a gente vem exercitando a integração das duas disciplinas, entendendo que vai ter um momento da vida em que a gente vai ter binômio. Então há um momento em que a gente tem os dois, e não aqui e aqui. Então ela (disciplina) ficou muito bonita.

A gente começa, como a gente estava trabalhando em pequenos grupos começamos a falar um pouquinho de busca de base de dados, se eles têm que ir a busca, eles têm que saber fazer busca. Então começamos a disciplina falando de busca, um momento em que a gente fez uma discussão das políticas e programas nacionais voltados a saúde materno-infantil. Aí a gente teve um momento em que a gente fez uma discussão de gênero. Aí a gente começa com as nossas situações problemas. Então a gente traz o planejamento reprodutivo e o pré-natal, e como a gente fez um esquema de dividir os alunos, a gente repete a situação problema, a gente fala ela quatro vezes, a mesma situação problema. Você está vendo o esforço docente? Duplicado, quadruplicado. E a disposição para isso? Precisa ser interna. Você precisa muito acreditar que esse modelo de aprendizagem traz benefícios, que o aluno ir à busca, trazer aquilo que ele buscou e você ajudá-lo nesse processo, essa aprendizagem vai ser muito mais significativa do que você ir lá falar 4 horas sobre o pré-natal.

Pesquisadora: E os alunos, quais são os efeitos produzidos nos alunos a partir dessa metodologia?

BRP3: Vem na avaliação, te convido a vir na avaliação, porque a gente tem que olhar, escutar, a gente vai escutar de tudo. A gente já escutou o ano passado que eles não gostam, de que ficou um grupo diferente do outro, é claro, pequeno grupo, nem todas as questões de aprendizagem são iguais, tem essa dificuldade porque é em cima do conteúdo e não em cima do que foi produzido naquele grupo, aquilo que foi importante que se identificou importante para aquele grupo, que não necessariamente é igual ao outro. A principal queixa foi essa. Cada grupo aprendia, tinha uma coisa diferente. E, portanto, esse grupo aprendeu uma coisa que eu não aprendi que faz falta não ter visto isso. Então nós colocamos os mesmos facilitadores. Não mudou o facilitador, então, a situação problema de planejamento é produtiva era minha, eu fiz com a classe inteira, pequenos grupos. Essa foi a solução que a gente achou para tentar equalizar um pouquinho essa questão, mas mantivemos a situação de pequeno grupo. Daí a gente tem outra de gravidez, parto, aí começa crescimento e desenvolvimento, exame físico do RN (recém-nascido), aí cuidados com alojamento conjunto, aí vacina que é mais específico, aí nós temos uma aula de propedêutica ginecológica e obstétrica, aula teórico-prática. Olha que situação problema maravilhosa, cuidado humanizado integral na abordagem pediátrica.

Pesquisadora: Eu fui a essa aula.

BRP3: Quando que a gente tem isto daqui? De jeito nenhum. Era assim diarreia, infecção respiratória, entendeu. Era assim.

Pesquisadora: Eu estou vendo aqui que tem participação de mestrandas.

BRP3: Tem, todas. Aqui tive mestranda, eu tenho mestranda indo comigo para estágio, você vai conhecer ela. Adoecimento adulto na infância. Olha que lindo. Aí repete de novo. É trabalho duplicado, aí a situação problema de puerpério, laboratório de novo, aí começa cama, medicação, laboratório de medicação, laboratório de procedimentos técnicos relacionado a criança, eles têm um seminário de ginecologia, doenças crônicas, parada cardio, violência obstétrica. Então a gente tem um momento que a gente entende a violência contra a mulher, a lei Maria da Penha e sobre o gênero misturado a tudo isto e entende o momento que significa hoje que é o mais atual da violência obstétrica. Assiste filme, vamos lá fazer toda a discussão que a gente faz. Cuidados paliativos na infância e na morte, quer tema mais lindo, fazer visitas aos espaços onde se tenta ter o parto humanizado. Nós queremos fazer visita no hospital amigo da criança.

Pesquisadora: Então tem toda uma intencionalidade?

BRP3: Tem uma intencionalidade enorme para que ele consiga enxergar que mesmo na área hospitalar, essas visitas são mais para hospital, e os nossos modelos são muito ruins, então a gente na verdade quer levá-lo a conhecer um modelo diferente e que ele saia com um olhar assim, é possível fazer diferente. Olha esse lugar já tem um PPP (salas de pré-parto, parto e puerpério), esse lugar atende desse jeito, olha naquele alojamento conjunto funciona daquele jeito, o que que é ser um hospital amigo da criança, o que que é ser um hospital amigo da mulher. Então eu acho que é essa amplitude de opções, até passando para o pequeno grupo, oficina, seminário, que nós temos seminário de ginecologia, então assim, um leque enorme de diversidade.

Pesquisadora: E como é que tem sido o envolvimento de todos esses professores aqui nessa proposta?

BRP3: A gente bancou. Primeiro que a gente sentou e ficou duas reuniões chorando, dizendo assim fazemos ou não fazemos. O ano passado a gente teve muita reclamação, reclamação de todos os lados, porque eles estão acostumados com o modelinho de sentar assim e esperar, e levar os slides para casa e decorar os slides e pronto. Então enfrentar uma mudança desse paradigma em um currículo que é disciplinar é coisa de louco. De meia dúzia de loucos. Dentro da nossa equipe, vamos dizer assim, a gente tem 4 pessoas querendo muito e 2 que aceitaram. Isso é desafio. Então eu acho que foi isso. A gente queria muito experimentar de novo, mesclando, você vê que não é puro, não tem nada de puro aí, tem uma mistura de coisa aí, sabe lá Deus o que é que tem, a diversidade que tem, mas é nisso, porque eu também tenho um referencial que eu acho que é na

diversidade que a gente aprende. É vendo contextos diferentes que a gente começa a re-olhar para o nosso mundo, daquilo que eu acredito nas visões de mundo. A gente precisa disso. É nisso que eu acredito.

Pesquisadora: Como é que é esta proposta aqui que é bem audaciosa e apaixonante pelo seu relato. Como é que essa experiência, quais os efeitos ela causou nos outros professores e nas outras disciplinas?

BRP3: Eu acho que eu não tenho essa resposta para você.

Pesquisadora: Não aparece isso?

BRP3: Não, não.

Pesquisadora: Fica no não falado?

BRP3: Fica no não falado.

Pesquisadora: Mas o que você sente?

BRP3: Até onde eu sei, de todas as disciplinas desse departamento, Saúde Coletiva foi a que sempre quis o currículo integrado. Você vai escutar relatos de BRP7, de BRP23, especialmente de BRP7. Acredita nisto. Acredita mesmo com o pé fundo e tem fundamentação teórica para sustentar que isso funcione. Elas sempre fizeram. Elas têm já vários anos trabalhado com pequeno grupo, um monte de desafio do jeito que a gente tem, todos, inúmeros, iguais, em relação ao aluno, etc. E nós começamos a amar, depois delas, mas as nossas disciplinas não são citadas em espaços amplos. Então em uma reunião departamental, por exemplo, em que a gente pode estar até conversando de disciplinas, podemos até estar falando em números de alunos para cada disciplina, ou até uma questão específica daquela disciplina, mas não aparece, fica velado. Você quer fazer você faça. Entendeu? Você tem autonomia na sua disciplina, se você quiser fazer você faça, o quanto você vai gastar do seu tempo também é problema seu. É isso o que eu sinto que a gente faz, porque a gente quer e vamos arcar com as consequências dessa decisão.

Pesquisadora: Então se construiu uma barreira mesmo assim.

BRP3: É assim, eu faço desse jeito, enquanto eu não incomodar meu colega eu posso fazer desse jeito. A partir do momento que eu começar a incomodar outros espaços pode ser que não seja bem vista. Então por enquanto ela está ocupando os espaços que são designados a ela e pronto. Então se eu ocupo uma manhã para fazer um pequeno grupo e você ocupa uma manhã para dar uma aula de quatro horas, tanto faz. Você faz como você quer. A gente não conseguiu trazer isso para uma discussão mais ampla até porque a gente passou por todo o processo de resistência. E a gente viu que se 3 a 4 docentes das áreas de mulher e criança acreditam muito fortemente que esse é um cenário de aprendizagem

adequado para o aluno. É nisso que a gente está acreditando, acreditando não, a gente está apostando nos nossos princípios e tentando quebrar barreiras com o próprio aluno porque a primeira barreira é o aluno. A gente não perguntou se eles queriam, a gente chegou decidida a fazer. No ano passado a gente perguntou, esse ano a gente não perguntou e estamos trabalhando com as dificuldades que eles trazem. Então somos flexíveis, muito flexíveis, eu acabei de fazer uma mudança de seminário, não está bom então vamos jogar para frente, essa prova não está boa aqui então vamos jogar mais para frente. Nós não vamos entregar, vamos pedir um, não é portfólio, pelo amor de Deus, não é portfólio, fichário, porque ele vai entregar um fichário de todas as sínteses que ele fez. Ah não dá para entregar tal época, eu ponho lá mais para frente, entendeu, a gente flexibilizou bastante para que a gente conseguisse ir quebrando a barreira com eles, porque se a gente fosse muito dura com eles iam fazer o refratário. Então a gente precisou ir flexibilizando. E eu tenho sentido, eu acho que seria super legal se você tivesse oportunidade de conversar com os alunos, porque eu encontrei com uma menina que é da disciplina. Eu brinquei com ela, ela ficou doente, ela é uma menina super envolvida. Perguntei: você está melhor? Você já está no ritmo? A disciplina está deixando vocês loucos? Porque eles reclamam para outros docentes que estão se sentindo sobrecarregados porque eles saem de uma situação problema com 3, 4 questões de aprendizagem, tem uma tarde para estudar e no outro dia fechar. Eles têm espaço na disciplina para estudar, mas é aquele. Então se ele ocupa esse espaço com outra coisa, ele dança, ele não tem outro espaço. A disciplina dá o espaço para ele estudar. Então isso implica ele se disciplinar, ser responsável, isso para mim é o lance, esse é o lance, de começar a trabalhar outras questões que não sejam técnicas, de responsabilidade, de disciplina. Aí ela falou que está sendo a melhor disciplina que ela fez até agora no curso inteirinho. Está amando. Então eu acho que especificamente em relação à disciplina eu convido você a vir na avaliação porque a gente não tem interesse nenhum em esconder isso. Seja o que vim, bom ou ruim, precisa ser falado, porque se não for falado vai ficar nos corredores, vai ficar no Facebook. Eu vou ficar muito brava, principalmente quando eu pego coisas assim nas redes sociais. Então eu insisto muito, a gente dá espaço, a gente abre espaço na avaliação, abre espaço na avaliação da disciplina para que eles coloquem aqui, esse é o espaço para ser colocado, esse é o espaço protegido, não é outro. Então eu te convido, eu acho que você pode vir, eu acho que é muito legal você escutar do aluno, porque a gente vai escutar de tudo, a gente sabe que vai escutar de tudo, desde daquele que vai falar que odiou e que não aprendeu nada e que foi um pé, até aquele que vai dizer o quanto que mudou. Eu quero terminar

minha entrevista dando o depoimento da aluna (nome). Essa menina que estava sentada aqui. Ela fez com a gente no ano passado também nesse modelo de currículo integrado, ela virou e falou assim: Professora eu escolhi não fazer residência em obstetrícia. E foi por causa da senhora. Aí eu vou fazer em saúde da mulher, porque eu acho que eu consigo isso né, consigo essa amplitude porque se eu fosse fazer em obstetrícia eu ia ficar restrita. Cadê as outras coisas? Então está ótimo, eu já ganhei meu dia, eu já posso me aposentar. Eu consegui que eles percebessem que não é desvalorizar, pelo amor de Deus, eu adoro, a minha área de paixão é aleitamento materno, eu adoro aleitamento materno, mas eu não consigo atender uma mulher nutriz sem entender de onde ela vem, com quem que ela mora. Entendeu? Não consigo fazer isso. Eu não posso deixar e quando eu consigo que um aluno perceba que ele não pode se fechar numa área muito específica, que ele tem que buscar essa amplitude e talvez residências que possibilitem isso, podem trazer mais benefícios para ele, para a prática profissional dele, na atenção primária está ótimo. Porque se ele for trabalhar em sala de parto ele tem que fazer obstetrícia, óbvio, vai fazer lá 30 partos, 50 partos, só vai trabalhar para fazer parto, parto, parto. Ótimo. É isto mesmo, mas para a atenção primária não dá conta, não dá conta e é prioridade para mim que o meu aluno saia da especialidade de saúde da mulher, tendo esse grande arcabouço da atenção primária, para mim é imprescindível, é imprescindível.

Pesquisadora: Para a gente finalizar eu gostaria que você fizesse uma avaliação da nossa sessão de hoje.

BRP3: Todos os momentos que a gente conversou para mim foram reflexivos. Eu usava uma técnica no doutorado que chamava entrevista reflexiva, porque ela nos faz à medida que a gente vai falando, a gente vai pensando nas nossas histórias. A gente vai pensando o quanto a gente já construiu e o quanto a gente ganhou e perdeu. E é legal pensar nas perdas também, porque a gente precisa superar as perdas para que os ganhos fiquem mais significativos. Então para mim é assim, eu tiro é essa possibilidade de reflexão, de refletir sobre a minha própria prática profissional de docente e do quanto que ela precisa sair do espaço da sala de aula, que ela acontece nesses momentos que o aluno vem conversar comigo, que ela acontece quando eles vão comigo na extensão, que ela acontece nas rodas de conversa, quando eu sento com eles pra eles me contarem como é que foram os atendimentos, o que eles aprenderam nesses atendimentos, o que foi diferente nesses atendimentos. Então para mim o aprendizado ele está tão diversificado em tantos espaços que poder falar sobre o que eu fiz é o que efetivamente me possibilita a aprender. Então eles falarem que eles atenderam determinada situação e que nessa situação aconteceu isso

isso e isso que os fez pensar naquilo, naquilo e naquele outro, é a reflexão da prática profissional. Eu tenho um espaço para falar sobre isso, não só o fazer. Entendeu? Mas o processo do fazer, refletir, fazer de novo, tentar fazer diferente, enxergar aquilo que você aprendeu, enxergar aquilo que você não aprendeu, que você tem que buscar, a lacuna que ficou. Então é esse espaço. A gente faz esse espaço. Se eu tiver que ficar lá no estágio, ficar atendendo, atendendo, atendendo e não puder sentar com eles para fazer uma reflexão daquilo que a gente aprendeu para mim não valeu, porque a gente não sentou para pensar naquilo que a gente fez. Então é imprescindível. E esse momento que eu estou com você é isso, me ajuda a pensar naquilo que eu faço, no jeito que eu faço e que eu sei que não é perfeito, as nossas práticas elas não são perfeitas. Eu tenho um monte de maneiras que as vezes os alunos não gostam, mas eu abro espaço para isso, para eles dizerem o que eles não gostam na minha prática. Isso eu acho muito legal e não é todo mundo que tem isso, porque vem daquilo que a gente acredita, nos referenciais que a gente acredita. Então eu preciso escutar, eu quero que ele diga para mim se aquilo que eu falei não foi legal, ele saiu triste, que eu não ter falado daquele jeito, não devia ter usado aquele tom. Eu preciso ouvir isso, porque eu também tenho os meus defeitos, todo mundo tem enquanto docente, enquanto prática profissional, coisas que podem não agradar e eu preciso escutar. Mas eu também tenho que falar, aí eu acredito no diálogo igualitário, na interação em que você coloca o seu ponto de vista, coloco meu ponto de vista e a gente tenta chegar em um consenso. Olha legal, eu acho que eu falei isso, isso, isso e não foi legal, mas você também fez isso, isso, isso e também não foi legal. Para gente poder chegar em algum lugar. Para isso, a gente tem que conversar e tem uma relação de confiança porque se não você não consegue isso, você acha que o aluno está sempre do seu lado para avaliá-lo. Então a gente tem que quebrar essa barreira de que a gente está do lado dele, não para o tempo todo avaliá-lo, mas para caminhar no crescimento junto com ele. Então a gente tem que quebrar essa barreira, porque eles têm muito essa preocupação de que eles estão sendo constantemente avaliados. Uma das primeiras coisas que eu tento que fazer é quebrar essa barreira. Nós estamos aqui para crescer juntos e é importante que a gente identifique as nossas fragilidades para que a gente possa pensar em superá-las, como é que eu consigo superar. Agora se eu não falar que eu tenho dificuldade e de falar e expressar, eu tenho um ambiente protegido de confiança onde o aluno possa expressar que ele tem dificuldade de começar uma interação, como é que ele vai superar, se eu de cara conto para ele olha você tem um problema seríssimo, você não consegue conversar com o usuário e ponto. Eu aponto a falha de uma maneira que eu

coloco o aluno no chão, a autoestima dele vai no chão. Quando eu tenho um outro espaço onde eu busco uma outra estratégia, para ele, em uma relação de confiança expressar que ele tem essa dificuldade e o grupo nos ajudar a pensar como nós podemos ajudá-lo a superar esta dificuldade. É muito diferente de você chegar e apontar os erros. Olha você não tem perfil para a atenção primária porque você não sabe conversar com as pessoas. A aluno é um ser humano e tem toda uma história. Então eu tenho muita preocupação com a autoestima deles, com a autoestima, com a imagem que eles fazem deles mesmo, do quanto eles são críticos com eles mesmos, eles são exigentes com eles mesmos, não precisa às vezes ninguém dizer. Eu tenho um aluno que é muito exigente com ele mesmo, isso é muito ruim, porque tudo que ele fizer ele mesmo vai achar ruim, mas é isso. Eu acho que eu respondi talvez a sua questão do quanto foi importante a gente estar conversando aqui, eu sempre ultrapasso os tempos. Eu falo não em meia hora a gente conversa aí não consegue conversar em meia hora.

APÊNDICE F - Transcrição na íntegra da entrevista com FRP8

Nota da pesquisadora: escolhemos essa entrevista para compor os apêndices tendo em vista a profundidade das reflexões. A entrevista explora minuciosamente as contradições e tensões presentes no processo de universitarização da formação em enfermagem na França. A transcrição na íntegra dessa entrevista foi realizada pela própria entrevistada a partir de sua iniciativa. Isso denota o seu envolvimento nesse processo de reflexão sobre a própria prática. Após a sua transcrição conversamos informalmente sobre os efeitos desse “dispositivo” de transcrever sua própria entrevista. Segundo a entrevistada retomar o próprio discurso provocou certo incômodo, tendo percebido que em vários momentos explicou a mesma coisa três vezes.

Entretien 08 du 05 mai 2015 - 11 h

Date de naissance de l'interviewé: 13 novembre 1964 sexe féminin

Chercheuse: Je voudrais que vous me parliez de votre formation professionnelle.

FRP8: Depuis que j'ai commencé les études d'infirmière?

Chercheuse: Oui. Toutes les formations.

FRP8: Hou là, toutes les formations, même les courtes?

Chercheuse: Oui, les questions clés très importantes pour vous pour comprendre votre...

FRP8: ... mon évolution?

Chercheuse: Oui, exactement.

FRP8: OK. Alors moi, j'ai fait mes études d'infirmière... j'ai commencé en 1983, après mon baccalauréat, la fin des études secondaires en France. Donc, après mon baccalauréat, j'ai fait mes études d'infirmière pendant 3 ans; après j'ai travaillé. Donc, uniquement le secteur de la formation... Comme les 5 premières années ... les 7 premières années de ma vie professionnelle, j'ai travaillé dans le secteur privé, il n'y avait pas de formation. On ne pouvait pas bénéficier de formation, voilà. Après; je suis arrivée dans le secteur public et là, il y avait des petites formations de très courte durée et les premières formations que j'ai faites, c'étais sur tout ce qui était le diagnostic infirmier, tout ce qui est sur le raisonnement clinique, les évolutions dans le fonctionnement sur le raisonnement clinique parce que quand je devais encadrer les étudiants en soins infirmiers, comme il y avait eu des changements dans la démarche de soins et le projet de soin et tout ça, en fait, je ne comprenais pas tout le discours. Parce que les discours... il a des choses qui sont mises en place au niveau des écoles d'infirmières et en fait pour lesquelles les soignants sur le

terrain ne sont pas formés et du coup, il y a un trop grand décalage. Il y avait un trop grand décalage. Et donc, les premières formations que j'ai faites, c'est sur le raisonnement clinique, le chemin clinique, le projet de soins infirmier. Voilà. C'est les premières formations que j'ai faites. J'ai fait aussi, alors là en parallèle, ça n'a rien à voir avec la vie professionnelle, j'ai fait un DEUG (Diplôme d'Etudes Universitaires Générales), c'est à dire une L2 maintenant, deux années de licence en psychologie, mais toute seule, par correspondance et après, j'allais passer les examens à Reims, en province. Je l'ai fait toute seule de mon côté parce que la psychologie ça m'intéressait. Voilà, après, toujours sur la formation, j'ai fait une formation sur la responsabilité juridique, sur les lois dans le métier d'infirmière... Voilà. Après je suis partie en 2002 faire l'école des Cadres de santé et en même temps, on suivait un cursus de licence à Nanterre en Sciences de l'Éducation. Donc j'ai passé mon diplôme de cadre de santé et j'ai eu ma licence en Sciences de l'Éducation. Donc ça, je l'ai eu en 2004 parce que je l'ai fait en alternance. Alors après, dans les petites formations professionnelles que j'ai faites, c'était beaucoup de formations obligatoires pour les cadres: comment mener un entretien, comment... voilà, on était obligés de les faire. Ce n'était pas forcément mon choix parce que... voilà... Et les formations volontaires que j'ai faites, ça concernait, alors là, pour le coup, encore le chemin clinique, comment mettre en place un chemin clinique dans un service... Voilà. Qu'est ce que j'ai fait... Ah, j'ai fait une formation que j'avais fait monter pour les soignants quand j'étais en Réanimation, cadre en Réanimation, c'était sur "comment accompagner les familles après un décès en Réanimation". Parce que les soignants me l'avaient dit dans les entretiens. Ils m'avaient dit que des fois, ils ne savaient pas trop quoi faire, quelle aide proposer, comment se comporter. Ils se sentaient très gênés, c'était difficile donc on avait monté une formation sur comment accompagner les familles et du coup, dans la dernière journée, je l'avais faite cette formation. Après... toujours dans le temps de formation euh... des petites formations sur les colloques, les congrès de Réanimation. Et puis après, dans les grandes formations que j'ai faite, eh bien, c'est mon Master que j'ai bientôt fini là.

Chercheuse: Quel est le thème de votre mémoire?

FRP8: Ah le thème de mon mémoire. Alors, en fait, je vais le cibler. Je suis partie au début sur comment accompagner les étudiants pour qu'ils développent leur propre pensée infirmière. Qu'ils ne soient pas... Alors, pour moi, la pensée infirmière, c'est... Alors, c'est pas une pensée scientifique, hein... c'est comment je pense d'une manière critique les soins que je fais, ce que je fais, la relation que j'ai avec le patient, la relation que j'ai avec les familles... comment je pense de façon clinique, critique et autonome dans ma formation,

sans calquer ma conduite sur ce que j'observe chez les soignants. En fait, ce que j'observe chez les soignants, comment je peux le critiquer pour pouvoir prendre, mettre de la distance et comprendre mieux ce que je fais, comment j'agis, les actes... voilà. Et en fait, comme c'était trop vaste, j'ai... j'ai restreint et en fait le thème de mon mémoire c'est "comment...", alors, c'est l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers dans l'analyse de leur pratique, que ce soit analyse de pratique comme on a vue aujourd'hui ou entretien d'explicitation et comment les accompagner dans l'analyse de leur pratique permet de développer chez eux la réflexivité, une posture réflexive. Voilà, donc c'est ça. Et du coup, c'est intéressant que tu me demandes le sujet de mon mémoire parce que quand j'étais à l'école des cadres - en fait, ça tourne toujours autour de la même chose - quand j'étais à l'école des cadres il y a 10 ans donc, j'ai fait mon mémoire sur la construction de l'identité infirmière, notamment lors du premier stage: l'importance du premier stage à l'hôpital dans la construction de l'identité infirmière. Donc je l'avais fait là dessus. Et aujourd'hui, je vois que 10 ans après, on est encore un peu dans les mêmes choses. Voilà pour ce qui est de ma formation, ma formation professionnelle.

Chercheuse: Je voudrais que vous me parliez sur votre trajectoire professionnelle dans le secteur de la santé.

FRP8: D'accord. Donc, quand j'ai fini mes études d'infirmière en 1986, j'ai travaillé dans une clinique privée, dans le secteur privé dans une clinique de cardiologie et alors, au début, pendant 2.5 ans, à peu près, dans le secteur de la rééducation du coronarien, du malade après un pontage ou après un infarctus, où voilà... toute la rééducation et puis après, j'ai travaillé 2.5 ans en soins intensifs en cardiologie. Après, j'ai changé, je suis partie, parce que j'ai rencontré mon mari, donc je suis partie à Paris et j'ai travaillé pendant 2 ans dans un service de réanimation polyvalente dans une clinique privée.

Chercheuse: Une question: quelles sont les activités de rééducation, concrètement?

FRP8: Alors, à l'époque... parce que aujourd'hui...

Chercheuse: A l'époque.

FRP8: Alors, à l'époque, il y a presque 30 ans. A l'époque, c'était en gros une surveillance parce que j'avais 40 malades à m'occuper et en fait, les malades étaient autonomes. Ils allaient faire du vélo, avec une surveillance médicale et donc, ils allaient faire un entraînement au sport, ils allaient faire de la kinésithérapie, du vélo de rééducation, donc après un infarctus du myocarde. Une rééducation, c'était essentiellement ça et en fait mon rôle en tant qu'infirmière, c'était... C'était beaucoup de... alors beaucoup de distribution de médicaments, il y avait des petits gestes techniques, mais c'était surtout beaucoup du

soin relationnel avec les patients qui avaient eu le cœur touché, avec le cœur qui est un organe très, très important et donc, c'était surtout du soin relationnel et de l'accompagnement parce que la rééducation, ils allaient la faire tous seuls. Ils partaient avec leur pancarte et ils allaient en salle. Moi, je ne m'occupais pas de faire leur rééducation, je restais dans le service et c'était vraiment beaucoup, beaucoup de soins relationnels avec les patients. Voilà.

Chercheuse: OK.

FRP8: Donc une fois que je suis partie à Paris en réanimation polyvalente, il y avait un petit peu de tout. Je suis restée 2 ans. Et puis après, on a déménagé encore et là, j'ai voulu intégrer le secteur public, parce que j'aimais pas trop comment se faisant la médecine dans le privé. C'était beaucoup pour l'argent et... et j'aimais pas trop. Et donc, je suis arrivée dans le secteur public, dans un service de réanimation polyvalente... où je suis resté 7 ans. Et puis au bout de 7 ans, bon, j'avais fait un peu le tour de la question, je commençais à me dire que je voulais faire l'école des cadres... Voilà... Et puis j'ai appris qu'il y avait un poste de formatrice à l'école d'infirmière... Enfin, l'institut de formation en soins infirmiers de l'hôpital. C'était pas ici, je travaillais pas ici, je travaillais dans une autre ville pas très loin, à côté de là où j'habite, et puis il y a un poste de formatrice qui s'est libéré et j'ai postulé. Et en fait, comme c'était un poste de formatrice chargée de l'enseignement en psychiatrie et que personne n'avait postulé, personne ne s'était proposé et que moi j'avais un L2, un DEUG de psychologie, du coup ils m'ont recrutée et en fait, avant que j'arrive, comme il manquait aussi une formatrice en soins généraux, la directrice m'a demandé de faire plutôt les soins généraux que la psychiatrie et qu'ils allaient recruter quelqu'un d'autre spécialisé en psychiatrie. Donc voilà comment je suis arrivée... alors au début, je n'avais pas mon diplôme de cadre donc pendant 1.5 an, j'étais ce que l'on appelle, nous, faisant fonction de formatrice. Et donc, je faisais le travail d'une formatrice et puis après, je suis partie à l'école des cadres. Et quand j'étais formatrice -avant, c'était les modules, c'était pas des Unités d'Enseignement- et donc j'étais chargée du module urgences, réanimation, pneumologie, et santé publique. Donc, tout ce qui était la démarche de santé publique. Donc, j'étais chargée entre autres choses de ces modules là parce que la santé publique, c'était transversal sur les 3 ans. Donc, après, j'ai fait donc l'école des cadres en alternance, j'étais à l'IFSI et en formation. Et donc tout ça... alors, je suis arrivée à l'IFSI en janvier 2001 et quand je suis sortie de l'école des cadres, j'ai appris qu'il y avait le poste de cadre de proximité en réanimation qui était vacant et je me suis dit que si je restais trop longtemps... parce que je voulais faire les deux: j'aime bien être

dans les services et j'aime bien aussi être en formation, et je me suis dit, si je reste trop longtemps formatrice, j'aurai peur, j'oserai plus prendre un poste de cadre. Donc, même si j'avais pas fait le tour de la question de la formation, j'ai décidé de postuler pour le poste de cadre en réanimation, donc, ce que j'ai fait. J'ai eu le poste. De toute façon, personne n'en voulait de ce poste parce que le chef de service, il était fou. Et donc, j'ai travaillé d'avril 2005 à décembre 2008 comme cadre en réanimation. Après, j'ai changé parce que c'est vrai que le chef de service était fou et que c'était infernal. Donc après, j'ai eu un poste... Alors, j'ai travaillé en ORL (Oto-Rhino-Laryngologie), chirurgie ORL... Alors, j'avais plusieurs services: la chirurgie ORL, j'avais les consultations Ophtalmologie-ORL-Stomatologie et puis j'avais aussi l'Oncologie. La cancérologie en hôpital de jour. Et donc ça, c'était sur 2 hôpitaux différents. C'était un poste un peu difficile parce que il y avait beaucoup de services et donc... voilà... Donc j'ai fait ça pendant 2 ans, jusqu'en 2010. Et en 2010, j'ai appris que dans une école des cadres, ils cherchaient une formatrice en école des cadres donc j'ai postulé, j'ai eu le poste et je suis allée... j'ai travaillé 2 ans comme formatrice en école des cadres. C'était pour la Croix-Rouge. Et en fait, j'étais... j'ai pas démissionné de l'hôpital. J'étais ce qu'on appelle en détachement ... je sais pas si tu connais... En fait, on continue de cotiser pour la retraite de la fonction publique et on est salarié de l'entreprise privée, donc la Croix-Rouge et donc u bout de 2 ans, ils voulaient que je démissionne de l'hôpital public et moi je ne voulais pas démissionner de l'hôpital public parce que j'avais tous mes droits acquis donc je voulais pas perdre ça. Donc, j'ai pas pu rester parce qu'ils voulaient que j'intègre complètement la Croix-Rouge et je voulais pas et donc j'ai postulé ici, à l'IFSI, à l'IFSI et puis voilà... je suis arrivée ici en décembre 2012.

Chercheuse: Une question: comment est la formation dans l'école des cadres?

FRP8: Alors, la formation à l'école des cadres, c'est pas du tout... ça s'appuie pas sur des compétences. Alors, en ce moment... quand est ce qu'ils ont commencé? En 2010... Ça fait 5 ans que crois qu'ils travaillent sur la refonte des études de cadre, en s'appuyant aussi sur les compétences à l'image de la formation infirmière, mais ils n'ont toujours pas abouti, parce qu'en fait, ils veulent séparer le cadre, enfin la fonction de cadre formateur et cadre de proximité. Ils veulent séparer les deux et tout le monde n'est pas d'accord donc c'est très compliqué. Et en fait, la formation cadre, y'a des modules. Il y a 6 modules: il y a un module "initiation à la fonction cadre": en gros, on voit en quoi consiste le travail de cadre. C'est plus très...

Chercheuse: ...Contextualisé.

FRP8: Oui, c'est plus très approprié... enfin, elle est plus très appropriée la formation cadre. Le 2ème module, c'est le module "Santé Publique", voilà, mais c'est pas... c'est pas... je trouve que c'est pas adapté au monde tel qu'il est aujourd'hui, au monde de la santé tel qu'il est aujourd'hui parce que ces études, ce programme, il a été mis en place... je crois que c'était en 1994 et donc il a 20 ans et en 20 ans, le monde de la santé il a beaucoup, beaucoup évolué et je trouve que c'est plus très adapté. Donc voilà, c'est tout le module de santé publique, le module 3 c'est "initiation à la recherche", le module 4 c'est l'encadrement, "la fonction d'encadrement", le module 5, c'est la pédagogie, "fonction pédagogique" et le module 6, c'est approfondissement. En gros, c'est un petit peu un module optionnel, à la carte, où on approfondit plus soit la fonction d'encadrement, soit la pédagogie... Voilà, en gros, c'est ça. La formation se déroule sur 1 an. Soit 1 an en temps plein, soit sur 2 ans en alternance. Et en fait, il a ... combien il y a de stage... Alors, il y a le 1er stage en entreprise, pour découvrir l'encadrement en entreprise, il y a un stage en service hospitalier pour découvrir l'encadrement, il y a un stage... euh... le stage pédagogique et puis le stage optionnel. Il y a 4 stages.

Chercheuse: 2 questions: il y a quelle place pour la prévention et pour la promotion de la santé dans la formation cadre de santé? Et quels sont les référentiels pédagogiques pour la formation?

FRP8: Alors, tout ce qui est prévention et promotion de la santé c'est pas très développé parce que en fait, ça forme vraiment des cadres hospitaliers.

Chercheuse: Ah...

FRP8: Et c'est très centré, comme la formation infirmière, comme toute la formation en santé en France en tout cas, finalement la prévention et la promotion de la santé, c'est peu travaillé, c'est essentiellement axé biomédical, on est beaucoup dans le curatif. Et en fait ça, c'est pas beaucoup abordé je trouve. Et dans le module de santé publique, il y a... alors, c'est pas vraiment un référentiel de formation, il y a un texte de loi⁷⁸ qui dit en gros ce que doit contenir la formation (pendant 30 secondes, cherche le texte sur l'ordinateur sans le trouver). En fait, c'est décliné ce qu'il faut aborder un petit peu en santé publique. Par exemple sur la loi Hôpital Patients Santé Territoire, je sais pas si tu as entendu parler de cette loi en France, sur... en fait, il y a beaucoup tout ce qui est réglementation dans le monde de la santé. En santé publique, après, c'est un petit peu chaque école des cadres

⁷⁸ Texte sur programme des études:
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>

qui fait ce qu'elle veut là dedans. Normalement, il y a un petit peu des directives, ce qu'on doit y mettre mais euh... voilà. Alors moi, quand j'y étais, ce que je faisais, puisque c'était moi qui étais chargée de l'enseignement de la santé publique, en fait, je travaillais sur la démarche de santé publique, sur les besoins de santé de la population, sur la demande... En fait, sur la correspondance entre besoins, demande et offre de soin, donc sur ça et puis sur les grands problèmes de santé publique mais beaucoup axé hospitalier. Parce qu'en fait, moi je considère que la santé publique c'est pas que à l'extérieur. En fait, dans les représentations françaises, notamment des soignants, la santé publique c'est dans les crèches, dans les PMI, dans les centres de soins, tout ça...sauf que la santé publique, il y en a aussi à l'hôpital, par exemple la prévention des chutes de la personne âgée en milieu institutionnel, en hospitalier, et pourtant, c'est la santé publique aussi quand on évite que les personnes âgées tombent par terre. Et donc, moi je les faisais travailler sur... je faisais de l'épidémiologie aussi un petit peu, des notions d'épidémiologie. Et donc, je leur avais fait faire tout un travail en groupe sur des problèmes de santé publique dans les hôpitaux. Alors par exemple, il y avait la chute de la personne âgée, il y avait par exemple le retour aux urgences après la chirurgie ambulatoire... Les gens qui ont eu une chirurgie ambulatoire, qui restent juste une journée à l'hôpital et qui rentrent chez eux et en fait, le retour aux urgences dans les 24 ou 48 heures. Voilà, parce que du coup, ça encombre les urgences. En fait, sur les raisons qui font que les gens retournent aux urgences, est ce que c'est des raisons médicales, est ce que c'est des raisons d'anxiété, est ce que ça a un lien avec l'hospitalisation de courte durée, le fait que les soignants ne peuvent pas suffisamment expliquer... enfin, voilà, toutes ces choses là. Mais c'était très axé hospitalier. Donc, il y a peu de place à la prévention et la promotion de la santé. En fait, la prévention, c'était, dans les actions de santé publique; voilà, on analyse une situation, et quand c'est pas adapté, quelles actions on met en place pour éviter que ça arrive. Voilà, c'était essentiellement ça. Et le référentiel, eh bien c'est pas tout à fait un référentiel, c'est un texte de loi et je te le ressortirai.

Chercheuse: Et le référentiel pédagogique?

FRP8: Oui, eh bien, quand j'y étais, le référentiel pédagogique, c'était pas... En fait, la grande question, c'était de former des cadres de santé pour les services hospitaliers, donc c'est pas... Y'avait pas... en tout cas là où j'étais, le projet pédagogique il était pas très, très élaboré et en gros, dans le projet, il y avait surtout le programme, ce qu'on allait mettre dans tel module et vraiment le projet, c'était de former des cadres.... Enfin, c'est des discours un peu langue de bois. Tu connais l'expression langue de bois?

Chercheuse: Non.

FRP8: Un peu des discours politiques qui font pas beaucoup avancer les choses, en fait avec des jolis mots mais ça ne fait pas avancer les choses... parce que c'était... (exemple) "Un cadre de santé polyvalent et apte à s'adapter à toutes les situations". Voilà, c'était ça. En fait, on forme beaucoup, beaucoup pour l'hôpital et non pas... Alors il y a un petit peu pour la PMI, un petit peu pour la santé territoriale mais pas beaucoup. Et dans le projet pédagogique, c'était pas beaucoup plus développé que ça. Après, ça dépend des écoles des cadres, mais là où j'ai travaillé, c'était comme ça, c'était pas très élaboré.

Chercheuse: OK. Bon, après dans la formation infirmière.

FRP8: Ici?

Chercheuse: Ici.

FRP8: Donc ici, je suis arrivée en décembre 2010... euh... dans ma trajectoire professionnelle... euh... En fait, quand je suis arrivée, les missions... en tout cas les missions que j'avais, c'était, comme tous les formateurs, donc, de...d'avoir les Unités d'Enseignement. Donc, les Unités d'Enseignement, au début en fait, quand je suis arrivée, on m'avait donné les Unités d'Enseignement qui étaient les mêmes que la formatrice que je remplaçais. Donc c'était normal que j'aie repris les mêmes, voilà. Donc, c'était pas forcément quelque chose qui me passionnait. Il y avait par exemple l'UE 2.7, sur les processus dégénératifs, voilà, ça ne me passionne pas. Et puis petit à petit, euh... En fait j'avais des collègues, Stéphane et Yves que tu n'as pas connus parce que Stéphane est à l'école des cadres et Yves est à la retraite. Mes collègues qui, eux, s'occupaient de tout ce qui est sociologie, anthropologie, psychologie, voilà, c'est des choses qui m'intéressent et en discutant avec eux du coup, même si j'étais pas dans ces unités d'enseignement là, on travaillait ensemble... parce que moi ça m'intéressait..en fait; Et je m'en rends compte là, j'y étais pas dans ces UE et je me suis mise d'office et l'année suivante, quand il y a eu les choix pour les UE, en fait, je me suis positionnée vraiment sur la compétence 6, tout ce qui est psychologie, sociologie, anthropologie, les soins relationnels. Euh, voilà. C'est vraiment les choses qui m'intéressent dans la formation infirmière. Donc, voilà, ma trajectoire elle est vraiment orientée, petit à petit... comment je me suis incrustée dans cette compétence 6 qui est vraiment, vraiment... En tout cas, ce qui moi, me semble fondamental dans les soins infirmiers, c'est toute, toute la compréhension de l'être humain... Voilà, les soins ... c'est intéressant les soins techniques, aussi, enfin moi je trouve que c'est intéressant la technique parce que c'est aussi.. pour moi, c'est de l'artisanat. Pour moi, c'est de l'art, de l'art professionnel. Donc, ça, ça m'intéresse mais en

fait, ce qui m'intéresse, c'est vraiment la posture professionnelle des infirmières avec la compréhension de l'Être humain dans son ensemble. C'est ça qui m'intéresse. Donc, après, qu'est ce que j'ai fait... Si, Biologie, qualité des soins, mais en gros, c'est quand il manque quelqu'un, l'UE, je la prends, mais c'est pas... Et puis, dans ma trajectoire, c'est... comme ça fait 2 ans... non 3 ans... je suis arrivée quand? En 2012, donc ça fait 2.5 ans que je suis là... Alors, ce que j'ai fait quand même dans les groupes de travail, je me suis inscrite dans les groupes de travail, donc sur la communication, on a construit le site internet. Qu'est ce que j'ai fait... Sur la qualité aussi, sur l'analyse des pratiques, le groupe de travail simulation. Voilà en gros sur les groupes de travail. Et puis donc, alors, après, comme missions, c'est l'accompagnement des étudiants. Quand je suis arrivée, c'était les étudiants de 1ère année donc je les ai accompagnés jusqu'au bout et donc là, ils vont s'en aller. Ils vont s'en aller et il va falloir que je recommence avec un nouveau groupe. Ça, c'est difficile. C'est difficile. Et puis sinon, l'année prochaine, je vais être coordinatrice de 2ème année. J'ai pris... parce que FRP15, elle quitte la coordination donc je vais être avec FRP6 sur la coordination des 2ème année. Voilà, dans ma trajectoire dans la formation. Et puis, j'ai remplacé pendant 2 mois la directrice qui est partie. C'est tout.

Chercheuse: Quelles sont les autres activités ici?

FRP8: Les autres activités... Alors, activités d'enseignement, d'enseignement clinique...

Chercheuse: oui, recherche... les autres activités...

FRP8: Bah, en fait, c'est des activités qui sont partagées. C'est que on est à la fois dans des enseignements pratiques sur les.... Après, les enseignements sur les situations cliniques avec le raisonnement clinique infirmier, avec... c'est à la fois l'acquisition de savoirs, les connaissances pures et à la fois dans le raisonnement clinique. Après, euh... donc... les groupes de travail, je t'en ai déjà parlé. Il y a des formateurs qui participent aux groupes hospitaliers sur l'encadrement des stagiaires... Voilà, moi je ne fais pas partie des groupes de travail sur l'hôpital, mais il y a des formateurs qui font partie des groupes de travail comme ça. Activité de recherche, il n'y a pas vraiment. C'est très, très compliqué. Parce que... Moi, par exemple, j'ai commencé... j'ai fait une enquête, c'est la promotion... la promotion 2013. En 2013, j'ai fait un questionnaire le jour de la rentrée aux étudiants. Parce qu'en fait, quand j'avais fait mon mémoire à l'école des cadres il y a 10 ans... c'était sur les valeurs... j'avais fait tout un questionnaire aux étudiants le jour de la rentrée... le premier jour où ils rentraient. J'avais fait un questionnaire sur... avec toutes les valeurs selon une typologie qui avait été éditée dans un article scientifique. Donc, j'avais repris ça et je voulais savoir quelles étaient les valeurs auxquelles ils s'identifiaient

le plus quand ils entraient en école d'infirmière et après, je refaisais la même chose après la rentrée, après des étudiants, j'ai posé les questions aux formateurs, sur les valeurs, pour savoir si on était... dans quel registre, savoir si on était dans un registre professionnel, religieux, humaniste... voilà... une liste. En fait, comme il y a un discours ambiant qui dit que aujourd'hui, les jeunes de maintenant, ils sont plus comme avant, les jeunes, ils ne respectent plus... C'est toujours comme ça, les jeunes, avant c'était mieux... Avant, c'était mieux. Donc, du coup, je me suis dit: est ce que les valeurs de ces jeunes ont beaucoup changé, par exemple? Et j'ai fait le même questionnaire que j'avais fait il y a 10 ans et j'ai commencé à dépouiller pour voir s'il y avait une évolution.

Chercheuse: Et quels sont les résultats?

FRP8: J'ai pas fini, j'ai pas le temps. C'est ça le problème. C'est qu'en fait, on a trop de travail d'activités de formation et on n'a pas assez de temps... Moi, j'adore faire des activités, d'essayer de comprendre. Ce type de travail, je trouve ça très intéressant. Moi, ce que je voudrais... Alors, j'espère trouver le temps pour pouvoir le finir, mais je voudrais le faire, parce que c'est exactement 10 ans après, il y a une évolution de la société, il y a les générations qui ont changé, on est passé de la génération "Y" à... enfin voilà: est ce que vraiment les étudiants ont changé de valeurs et à la limite, il faudrait que je repose aussi la question aux formateurs, parce que est-ce que les formateurs ont changé de valeurs, ce serait intéressant.

Chercheuse: Pour la thèse de doctorat.

FRP8: Ben ouaih... (rires)... Et bien ouaih. Ce serait intéressant. Donc, j'ai commencé ce travail et j'ai pas le temps de le finir et je voudrais bien savoir, moi. Parce que je voudrais écrire un article après. Voilà, ça, ça m'intéresse, mais j'ai pas fini de dépouiller. Ça fait maintenant 1.5 an que j'ai fait le questionnaire et j'ai pas fini. Mais je vais finir un jour... Donc, activité de recherche. En fait, je pense que... au niveau institutionnel... alors c'est au dessus, hein que de l'IFSI, il y a une charge de travail très, très forte de manière à ce que... je ne suis pas sûre que la société et les têtes pensantes ont très envie que les infirmières deviennent très diplômées, très savantes parce que ... les infirmières, c'est le nombre, dans les profession de santé, le plus important en France et si elles se mettent à prendre le pouvoir... je pense que c'est très dangereux... Je pense que c'est voulu qu'elles n'aient pas le temps de se consacrer à des activités de recherche, à... Parce que ça veut dire qu'on va questionner les choses, qu'on va faire trop bouger les choses et que c'est problématique. C'est beaucoup trop compliqué de gérer ce que les infirmières pourraient faire bouger. C'est inconscient, hein, c'est pas réfléchi, mais je pense qu'il y a

une volonté implicite de ne pas nous laisser tant réfléchir à nos activités et moi je pense... on en arrive à la question suivante sur l'université. Moi, le processus d'universitarisation, je suis à fond pour. Je pense que le... le... Infirmière, c'est un métier, avec... Un métier très manuel, tout ça, mais c'est aussi un métier de la relation qui évolue vers la professionnalisation. Ça évolue vers une profession parce que à un moment, on ne peut pas être que dans le savoir-faire, la technique, il faut aussi penser tout ça. Enfin, c'est aussi ça qui m'intéresse. Il faut penser. Penser, à la fois le geste technique, il faut le réfléchir. Penser tout ça dans le contexte et non pas seulement le contexte du lit du malade mais le contexte de la Santé en général, le contexte du monde de la santé et du coup, de la promotion de la santé en France et que ça, ça doit se réfléchir, ça doit se penser et pour ça, l'université, c'est bien. Mais je pense que le problème, c'est que la formation infirmière soit passée à l'université à la fac de médecine... je pense que la profession infirmière est à cheval à la fois sur le côté médical et à la fois sur le côté Sciences Humaines. C'est vraiment une discipline frontière entre la médecine et les Sciences Humaines et les médecins ne sont pas beaucoup formés aux Sciences Humaines. Et le fait que les infirmières soient phagocytées, soient avalées par l'UFR de médecine, je trouve que c'est un peu problématique. Mais, parce qu'il y a soi-disant le DUSI, le département universitaire en Sciences Infirmières, mais il n'est pas très actif. J'ai vu, hein, je suis allée aux réunions de directrices. J'ai vu, le doyen, c'est des médecins qui mènent la discussion et en fait les directeurs, ils ne sont pas assez incisifs, ils ne sont pas... euh... ils ne cherchent pas assez à autonomiser ce département qui pourrait être dans l'UFR de médecine, pourquoi pas, mais du coup qui s'appuierait plus sur les Sciences Humaines, tu vois ce que je veux dire. Et moi, l'universitarisation, je suis pour, à fond, c'est très bien. Mais je pense, et c'est pour ça aussi que c'est important que les infirmières fassent des thèses parce que je pense, je suis sûre même que dans 10 à 15 ans, la formation infirmière sera complètement à l'université. Et si on veut pas rester dans le biomédical et si on veut un petit peu développer la spécificité du métier, de la profession infirmière, je pense qu'il faut qu'il y ait des infirmières qui fassent des doctorats pour pouvoir après enseigner, et enseigner la manière de penser infirmière et non pas médicale. Donc voilà ce que je pense de l'universitarisation. Je pense que c'est une très bonne chose. Je pense que c'est une très bonne chose parce que l'université c'est un espace de réflexion, c'est un espace où on réfléchit, où on fait de la recherche. C'est très, très intéressant. Pour pouvoir développer la recherche infirmière, c'est indispensable d'aller à l'université. Si on n'est pas universitarisé, on ne fera jamais de vraie recherche infirmière, ça c'est certain. Et je pense

qu'il faut faire très attention de ne pas se faire complètement avaler par la fac de médecine. C'est ça le danger et il faut vraiment que les infirmières, elles prennent, elles prennent les choses en main vraiment et que elles soient partie prenante dans la manière dont se réfléchit la formation, dont se réfléchit l'avenir de cette profession.

Chercheuse: Comment est le partenariat entre les instituts et la fac?

FRP8: Alors, ça dépend. En gros, le partenariat global, alors on a la directrice et la cadre supérieure Pascale Cani qui vont aux réunions du DUSI. Moi, comme j'y ai assisté, je vois que quand même, c'est beaucoup, beaucoup la fac et les médecins qui ont le pouvoir là dedans et que les directrices, elles essaient un petit peu mais elles sont trop infirmières. Elles sont trop infirmières à arrondir les angles "oui, docteur", "bien sûr, docteur". Elles sont trop infirmières et pas assez, pas assez incisives. Donc voilà. Et du coup, les médecins, les professeurs sont très contents. Ils sont très contents parce que, d'accord, c'est l'universitarisation de la profession infirmière, mais ils sont très contents parce que les infirmières, elles sont quand même encore sous leur coupe, tu vois. Donc, après, ça dépend des UE. Il y a des UE où en fait, le partenariat est très fort et très intéressant, et puis des UE où ça... alors, par exemple, en biologie, c'est pas terrible. Parce que c'est que des médecins biologistes qui ont fait des cours compliqués. Quand les formateurs disent que c'est trop compliqué pour des infirmières, c'est niveau médecine et que les infirmières n'ont pas besoin de connaître par cœur toute la biologie, ça n'est pas très utile, euh... c'est un petit peu compliqué. Par exemple, en psychologie, sociologie, là, on est dans le secteur Sciences Humaines, mais le secteur Sciences Humaines, celle qui coordonne, c'est une ancienne infirmière qui a un doctorat, mais de sociologie. Donc elle est devenue sociologue. Et c'est à la fois intéressant et en même temps, du coup, comme elle est une ancienne infirmière, en fait, elle a une idée très précise de là, elle veut aller et même si on n'est pas d'accord... c'est un petit peu compliqué. Parce qu'en fait, pour les Sciences Humaines, il y a le référentiel qui dit qu'il faut faire telle ou telle chose. En fait, ils l'abordent mais en fonction des sujets de leurs thèses qui les intéressent, et c'est pas forcément toujours très adapté à la formation infirmière. Et quand nous, on le dit, ça pose problème, c'est un peu compliqué. Parce qu'en fait, je pense qu'ils s'imaginent que comme on n'est pas universitaires, on n'a pas de légitimité à juger du contenu de leurs enseignements et donc, c'est un petit peu compliqué... c'est un petit peu compliqué mais bon, voilà. Globalement, je trouve que ça ne se passe pas trop mal, il y a quand même un dialogue, on peut.... Ça dépend des années, ça dépend des doctorantes qui font les cours. C'est... on arrive petit à petit. C'est vraiment petit à petit, on a le sentiment qu'on peut

grappiller un peu et faire entendre un petit peu ce qu'on a à dire. Mais par exemple, en sociologie, c'est... quand on connaît rien à la sociologie, c'est très difficile d'avoir avec un universitaire un discours qui soit presque un discours d'égalité "en fait, moi, je vous dis, je comprends quel est votre propos, mais du coup, votre propos, je pense qu'il est pas très adapté..." Tu vois ce que je veux dire. C'est que si je ne suis pas sociologue, même si c'est un sujet qui m'intéresse, c'est très, très compliqué d'avoir un discours argumentaire qui tienne la route face à un universitaire qui fait cours.

Chercheuse: Je comprends très bien. Oui. Bon, une question personnelle. Quelles sont les perspectives personnelles. Quels sont les plans?

FRP8: Les plans personnels, professionnels?

Chercheuse: Oui.

FRP8: Eh bien, je sais pas trop. Je suis dans une période compliquée parce que... parce que... Avant, je voulais faire l'école des directeurs des soins et maintenant, j'ai plus envie. J'ai plus envie parce que... il faut faire beaucoup de concessions... j'ai plus envie... et puis je ne suis pas sûre d'avoir envie de diriger... je suis pas sûre. Maintenant je sais pas. Je réfléchis à une perspective universitaire. Après, je me dis: est ce qu'une thèse c'est possible? Je sais pas ... je sais pas.

Chercheuse: OK.

FRP8: Après, je sais pas euh... En fait, je ne me rends pas bien compte du travail que... du niveau que réclame par exemple une thèse parce que, dans une perspective universitaire, au-delà du Master, après, c'est un doctorat et je ne me rends pas bien compte s'il y a un grand saut... je sais pas. Je sais pas. Voilà.

Chercheuse: OK. Que pensez-vous du cadre réglementaire relatif au diplôme d'État infirmier surtout sous la forme du référentiel de formation?

FRP8: ...cadre réglementaire relatif au diplôme ... particulièrement... Ce que je pense du référentiel de formation?

Chercheuse: Oui, exactement.

FRP8: Alors, moi je pense que la logique du référentiel de formation c'est très bien; de travailler sur les compétences plutôt que sur une logique d'organes, le cœur, le poumon, le foie, le machin... parce qu'avant, c'était ça. Donc je pense que travailler sur les compétences, c'est très bien. Euh... Je pense que le référentiel de formation il doit être amené à mûrir, après, parce que tout n'est pas forcément très adapté... surtout à ma conception de l'infirmière... En fait, il n'est pas adapté à moi ce référentiel de formation (rires)... Je trouve que lorsqu'on travaillait sur le cœur, le poumon, le foie, les reins, en

fait on restait très axés curatif, biomédical et que ça, c'est quand même une volonté de sortir du biomédical, du curatif, c'est quand même une volonté de faire évoluer les choses euh... Mais pour autant, pas exemple, moi, ce qui m'intéresse, les Sciences Humaines... les Sciences Humaines, on voit ça en 1ère année puis après c'est fini. Par exemple, psychologie, sociologie, c'est que en 1ère année donc les étudiants de 1ère année, ça fait pas référence à grand-chose pour eux, notamment la sociologie. Ils ne comprennent pas pourquoi c'est intéressant et comme ils n'y reviennent pas après, et ben du coup, ce n'est pas travaillé. Et je trouve que la manière dont c'est... Dont c'est organisé, c'est très compliqué pour les étudiants de s'y retrouver. Par exemple, quand on fait les pathologies, par exemple "les processus obstructifs", en fait, il va y avoir tout ce qui est pharmacologie, les traitements, sur un seul semestre pour toutes les maladies qui existent et du coup, c'est difficile pour eux de faire les liens entre la maladie et les traitements qui vont avec, tu vois. Donc, je trouve que sur le principe, le référentiel de formation et l'approche par compétences, essayer de développer une manière d'agir, une manière de réfléchir (*le téléphone sonne: répond au téléphone durant 10 secondes*)... Et donc, euh..Oui, en fait, sur euh...quand on veut parler par compétences, être capable d'agir dans différentes situations, tout ça, la logique, elle est bien mais je pense que c'est pas évident pour les étudiants. Maintenant, les stages, la longueur des stages. Alors, c'est très bien un stage de 10 semaines quand on est dans un stage où on voit plein de choses et où on peut développer plein de compétences, voir plein de soins techniques, voir plein de types de patients, voilà, c'est très intéressant 10 semaines parce que ça permet de s'installer dans une équipe et du coup d'apprécier l'impact de l'organisation de tel service sur les soins, sur la qualité de la prise en charge, c'est très intéressant. Le problème, c'est que du coup, il n'y a plus beaucoup de stages dans la formation et du coup, comme c'est très compliqué de trouver des stages, des terrains de stage, des fois, les étudiants qui arrivent en 3ème année n'ont jamais posé de perfusion et que du coup, ça les met à mal parce que ça crée... c'est pas très grave de jamais avoir posé de perfusion en 3ème année parce que c'est pas très compliqué de poser une perfusion, mais du coup, ça met les étudiants à mal par rapport aux soignants qui sont sur le terrain et qui ont leurs représentations... Leurs représentations de ce que doit être un étudiant de 3ème année ou une infirmière et du coup, ça cadre plus, ça cadre plus du tout avec la réalité qu'ils observent.. De plus, il y a une enquête qui a été faite après la 1ère promotion qui est sortie: Est-ce que ils étaient plus ou moins compétents que... voilà... et en fait, il s'avère que, au bout d'un an d'exercice, ils ne sont pas moins compétents que les autres. Que quand ils sortent, ils sont

moins habiles techniquement mais qu'ils ont plus cette capacité à aller chercher l'information quand ils ne l'ont pas et qu'ils vont plus creuser l'information. Donc je pense que c'est plus important de chercher l'information, de creuser l'information et d'essayer de comprendre plutôt que d'être capables de... Poser une perfusion, c'est intéressant, hein, c'est important mais voilà, c'est quelque chose qui s'acquiert, après. Donc, voilà, je trouve que c'est plutôt pas mal le référentiel de formation mais je crois qu'il faut qu'il mûrisse et qu'on fasse une étude au bout de quelques années, de voir, de faire le point, de faire une mise au point: où est-ce qu'on en est? Qu'est ce qu'on peut faire évoluer? Parce qu'il y a des choses qu'on peut faire évoluer, je pense.

Chercheuse: Quelle est la compréhension des tuteurs sur le référentiel.

FRP8: Sur le terrain?

Chercheuse: oui, et des compétences.

FRP8: Bien, en fait, ça a été... petit à petit, maintenant, ils commencent à comprendre mais au début, ça a été très compliqué parce que... En fait, les tuteurs sur le terrain, à la limite, ce qu'on leur demande, c'est d'évaluer la capacité de l'étudiant à développer ses compétences sur le terrain. Et en fait, le monde n'a pas tant changé que ça. Sur le terrain, il faut encadrer les étudiants, voir ce qu'ils sont en mesure d'intégrer comme savoirs, comme savoir-faire et en fait, je crois qu'on s'est beaucoup pris la tête sur ce référentiel de formation parce que les soignants, tout à coup, comme ça ne faisait plus référence à un organe, en fait, c'était un changement, pour moi, un changement de paradigme. C'est plus du tout la même manière et du coup, les soignants se sont retrouvés perdus alors que finalement, quand on regarde: on travaille dans quel service? Bon, en cardiologie, en réanimation, n'importe où, on accueille un étudiant... on l'accueille. Comment on raisonne, comment se fait le raisonnement clinique chez les patients dans notre service, comment s'organisent les soins, quels sont les savoirs... tout ça, ça n'a pas changé, c'est la même chose. Alors en fait, euh... sûrement que ça a été mal accompagné parce qu'en fait, il a fallu en l'espace d'un été tout changer le programme et que les formateurs, ils ont été le nez dans le guidon⁷⁹ pendant quelques années et que c'était compliqué d'expliquer sur le terrain. Moi, quand il y a eu le changement, j'étais sur le terrain, j'étais cadre en ORL quand est intervenu le changement de référentiel. Et comme j'avais été formatrice, la formation des étudiants, c'est quelque chose qui m'intéressait vraiment et donc, du coup, pour moi, à l'époque, ça a été une priorité, d'essayer de comprendre comment fonctionnait

⁷⁹ Expression qui signifie: être surchargé de travail. C'est une image qui évoque le cycliste qui est penché sur le guidon de son vélo et qui ne regarde pas autour de lui.

le référentiel, de l'expliquer aux équipes que j'encadrais et du coup, moi, le service dans lequel je travaillais, ça s'est très passé. Parce que moi en tant que cadre, que la formation des étudiants c'était quelque chose qui m'intéressait parce que j'avais été formatrice, j'ai essayé de comprendre en tant que cadre comment était ce référentiel, comment il avait bougé, qu'est ce que ça changeait et surtout, qu'est ce que ça ne changeait pas. Il y a des trucs qui ne changent pas: comment on encadrait des étudiants, c'était pareil. Du coup, ça m'a permis, moi, de travailler avec l'équipe. Ça n'a pas été très, très compliqué... ça n'a pas été très compliqué. Mais les tuteurs, les infirmières, elles ne sont pas bêtes, elles comprennent si on explique clairement... Voilà. Après, est ce qu'il y avait... Il y a toujours une rupture entre la théorie enseignée à l'IFSI et la pratique sur le terrain. Parce que cette rupture elle est aussi entretenue par les formateurs de l'IFSI... En tout cas, j'ai connu des collègues qui disaient que il fallait que la poubelle, elle soit comme ça et pas comme ça parce que sinon, c'était pas bien, alors que la poubelle, si ça ne nuit pas au malade, la poubelle peut être comme ça, c'est pas gênant, tu vois. Et donc, j'ai connu des formatrices qui restent très axées, comme ça et qui veulent voir un idéal de prise en charge des patients sur le terrain alors que c'est pas possible... c'est pas possible. On sait qu'il existe une différence entre la théorie à l'IFSI et la pratique sur le terrain. On sait que la différence existe mais en fait, il faut... Si on apprend aux étudiants pourquoi elle existe et comment on aménage la théorie vue à l'IFSI, comment on l'aménage sur le terrain pour qu'elle soit opérationnelle, c'est ça qui est important. C'est pas tant de leur apprendre des gestes qu'après, ils ne pourront pas reproduire. Et du coup, il n'y a pas cette rupture. Et donc cette histoire de tuteurs, comme ils n'ont pas pu être formés, je trouve que ça a aggravé cette rupture comme si tout à coup, la formation infirmière était devenue très intellectuelle et que ceux qui étaient sur le terrain, tant pis s'ils ne comprenaient pas, c'était pas grave, tu vois. Ça n'a pas été assez accompagné au départ et du coup, ça a aggravé cette rupture, ce fossé qu'il y a entre le terrain et le.... En plus, on allait moins souvent sur le terrain parce qu'avant, il y avait, on allait voir les étudiants systématiquement en stage et maintenant, on n'y va plus systématiquement donc, voilà, sur l'histoire des tuteurs... euh... c'est parce que ça n'a pas forcément été une priorité dans les services de former les tuteurs à la compréhension du référentiel et à la compréhension de ce que ça changeait et ce que ça ne changeait pas. Voilà.

Chercheuse: Quels sont les effets?

FRP8: Eh bien, les effets, dans la formation, dans le fond, les effets ne sont pas si nuisibles que ça. Parce que les étudiants, on voit, ils sortent, ils ont les compétences de

base, ils arrivent à devenir professionnels. C'est pas très grave. Les effets, c'est surtout sur les étudiants parce que les soignants sur le terrain, ils leur disent qu'ils sont incompetents, qu'ils ne savent pas... "ah, ben, on ne sait pas quels infirmiers vont nous remplacer plus tard, avec qui on va travailler plus tard, mais ça va pas être simple!". Parce ils montrent pas...c'est pas assez visible. Les compétences aujourd'hui des étudiants, elles sont pas assez visibles. Avant, les compétences, on les voyait dans la manière de faire les gestes techniques, être capable d'organiser les soins pour un groupe de patients et aujourd'hui, tout ça c'est un petit peu plus compliqué et donc les compétences ne sont pas immédiatement visibles. Il y a d'autres compétences qui sont venues, qui ne sont pas forcément tout de suite émergentes dans les services, ou en tout cas, c'est pas ce qui intéresse forcément les infirmières et donc les conséquences, c'est surtout un discours difficile vis à vis des étudiants qui vont en stage. Après, je pense que les infirmières qui sortent maintenant avec le nouveau référentiel, elles sont aussi compétentes que les autres et elles développent leurs compétences techniques sur le terrain, sur le tas. C'est pas délétère, c'est pas problématique je pense. Mais c'est... psychologiquement, c'est difficile pour les étudiants aujourd'hui.

Chercheuse: Oui, d'accord.

FRP8: D'entendre tout le temps ce discours qu'ils sont incapables, qu'ils sont... machin.

Chercheuse: Oui, c'est frustrant.

FRP8: Que le nouveau référentiel, c'est nul. Enfin, c'est compliqué parce que eux, ils sont engagés, ils sont impliqués euh... ils sont impliqués avec ce référentiel, ils sont dedans et donc, c'est compliqué parce que ça remet à la fois l'institution IFSI et à la fois leur place d'étudiant, leur place d'humains dans le monde de la santé, ça remet tout ça en question donc je pense que c'est très compliqué pour eux.

Chercheuse: Oui... Bon... Que pensez vous du rapport entre les changements de la formation et la politique de santé?

FRP8: Ouai, donc j'en ai parlé un petit peu tout à l'heure. Le référentiel, il essaie de dégager euh... dégager l'infirmière de ce rapport au curatif systématique mais que.... du coup, ça, c'est aussi sur les stages. Comme les stages sont essentiellement en institution hospitalière, en fait, euh...toute la partie qui prétendait développer la prévention, la promotion de la santé, tout ça, en fait, je pense que c'est pas suffisamment valorisé, c'est pas suffisamment développé. Alors que la politique de santé, elle est... elle est... Quand même, aujourd'hui, on s'oriente... Il y a une chronicisation des maladies, donc les maladies, c'est des maladies chroniques, on essaie d'être dans l'éducation thérapeutique,

mais même l'éducation thérapeutique c'est compliqué parce que tous les soignants ne sont pas formés et l'éducation thérapeutique, en gros, des fois dans les services, ça se limite à expliquer quels sont les traitements, ce qu'ils devraient faire comme... En fait, on leur explique mais on n'est pas dans l'empowerment. Je crois pas qu'on soit beaucoup dans l'empowerment dans beaucoup d'endroits. En gros, on explique aux gens ce qu'ils doivent faire, on est dans la transmission d'un savoir et non pas dans l'appropriation. On se préoccupe assez peu de l'appropriation de ce savoir chez les patients. Et donc je pense que tout ça c'est pas assez développé. Bien sûr que dans le référentiel, on a développé... Ça fait partie des compétences: "éduquer à la santé", mais... quand on a fait 4 stages en maison de retraite, l'éducation à la santé, euh... Oui, alors c'est éduquer à mettre des chaussons qui ferment pour pas tomber par terre. Mais c'est pas... Il n'y a pas une vision d'une vraie promotion de la santé à l'échelon national. Et le fait que tout le monde se dise "il faut vraiment prévenir et promouvoir..." C'est pas suffisamment développé. Il y a des politiques de santé qui disent "il faut mettre ça en place ou ça en place" mais en même temps, il y a de tels lobby médicaux, de tels lobby pharmaceutiques qu'on reste quand même dans ce curatif et qu'on a du mal à en sortir. C'est pas comme... Parce que je crois que vous, au Brésil, la formation infirmière est très, très axée médecine locale avec les quartiers, les populations... Ici, très, très peu. On n'est pas dans cette démarche là. C'est pas... Culturellement, c'est pas quelque chose qui a été développé. Ça a beaucoup de mal à se développer. Je trouve que ça a beaucoup de mal. Alors oui, il y a des endroits où ça se développe... Il y a eu tout un courant en France, dans les années 70 où on a essayé de développer ce côté participatif des populations. Il y avait toutes les maisons de quartier, dans les nouvelles villes... les villes qui se développaient, les maisons de quartier où on amenait les populations à participer elles-mêmes au développement du quartier et il aurait pu y avoir aussi les maisons de quartier avec le secteur santé, dans les maisons de quartier pour développer justement tout ça, mais en fait, c'est resté très axé sur l'animation et...

Chercheuse: Travail social?

FRP8: Oui... Dans les centres sociaux mais l'animation culturelle, quand c'est gérer des problèmes dans les quartiers très défavorisés. Mais il y a eu peu de maisons de quartier qui se sont préoccupées de la santé. Alors, il y en a eu, il y a des villes où il y a des maisons de santé qui se préoccupent de la santé des populations mais c'est encore que des médecins et des infirmières et la population, elle participe peu. C'est pas... elles sont pas partie prenante. Et pourtant, dans les années 70 et 80, oui, entre 60 et 80, il y a eu vraiment cette tentative d'impliquer les populations. Mais c'est aussi l'évolution de la société où on

est de plus en plus individualistes; on n'a pas très envie de s'occuper des autres. Donc, c'est aussi une évolution de la société; culturellement, c'est compliqué.

Chercheuse: Oui.

FRP8: Voilà, donc, la politique de santé, pour revenir à ça, on tente de mettre des choses en place mais... euh... Du coup, on lit dans le référentiel, mais ça a beaucoup de mal à se mettre en place.

Chercheuse: Que pensez vous du projet pédagogique et sur les logiques de la formation?

FRP8: Alors, le projet pédagogique, le nôtre, ici, donc il est... on est beaucoup dans un discours de rendre l'étudiant acteur de sa formation, participatif de sa formation, qu'il développe des valeurs humanistes, on est beaucoup là dedans. Sur la manière dont on le met en place, je pense qu'ici, particulièrement dans cet IFSI, les formateurs sont quand même... On est tous, je pense... Je ne connais pas tout le monde en personnel, mais on est beaucoup dans une vision humaniste. A la fois une vision humaniste de la santé et prise en soin d'une personne, et à la fois dans une vision humaniste de l'accompagnement des étudiants. Et je pense que... peut être, le fait de rendre autonomes les étudiants, je pense qu'il y en a qui ont du mal parce que ça reste quand même un milieu très scolaire et que on est quand même un petit peu dans la coercition, dans la punition s'il y en a un qui bavarde, on le sort... Enfin, il y en a quelques uns de mes collègues qui sont comme ça et je pense que la manière dont nous, on assume notre posture de formateur, et les actes, les choses qu'on fait, en fait, c'est une forme de transmission qu'on fait aux étudiants et que si on les considère pas comme des adultes qui sont capables d'échouer... ils peuvent échouer... Et bien non, il ne faut surtout pas qu'ils échouent. Mais moi je pense que c'est bien d'échouer. Je pense que c'est bien parfois de se planter, de se cogner aux murs, parce que soit on arrête sa formation d'infirmière et peut être qu'on était pas fait pour devenir infirmière, soit à un moment, on se dit "mais, je ne peux pas fonctionner comme ça, il faut fonctionner autrement, il faut réfléchir autrement". Alors, pas échouer pour échouer... ceux qui ont des difficultés, il faut les accompagner, il faut les soutenir. Mais il y en a des fois qu'on porte à bout de bras et qui se laissent porter et que peut être il faudrait les lâcher pour qu'ils se cassent un peu la figure et qu'ils se relèvent avec plus de maturité. Tu vois, tu comprends ce que je veux dire?

Chercheuse: Oui.

FRP8: Et des fois, ici, c'est compliqué. On est très... on a une posture d'infirmière où on fait trop à la place des étudiants, on essaie un peu de les formater à être obéissant. Il y a un petit truc comme ça et je trouve qu'il y a des fois un décalage avec cette génération qui

arrive. En fait, c'est une génération qui veut tout comprendre, qui questionne et qui veut comprendre. Et si en fait, nous, on agit en disant "voilà, c'est comme ça et c'est pas autrement", il y a des fois, il faut faire ça parce que quand c'est la loi, par exemple, la loi dit que c'est comme ça et que c'est pas autrement, et même si on est pas d'accord, c'est la loi. Il faut respecter. Mais il y a des fois où c'est pas La loi, mais ces Ma loi à moi et si je te donne ma loi à moi et que tu la comprends pas, tu... Il y a un décalage. Et moi je pense que la manière nous on est, on transmet la manière dont les étudiants peuvent se comporter vis à vis des malades. Je suis persuadée de ça. Et si moi, j'autorise l'étudiant à être autonome et des fois, à se tromper, sans juger, il autorisera le patient à manger un gâteau quand il est diabétique mais... Tu vois ce que je veux dire? Faire participer les étudiants, c'est des fois, nous aussi, lâcher un peu prise. Et ça, c'est plus compliqué. Donc, le projet pédagogique, on essaie d'avoir une vision humaniste et d'accompagner de manière humaniste. Après, pour ce qui est de la mise en œuvre du référentiel de formation, on colle quand même, mais des fois on se permet des petits aménagements, tels que nous, on conçoit la formation. On ne peut pas tout faire de toutes façons donc on se permet des aménagements. Et j'aime bien. J'aime bien garder cet espace de liberté à l'intérieur de ce cadre très contraint qu'est le référentiel de formation. C'est bien qu'on aie des espaces de liberté.

Chercheuse: Quelle est place de la prévention et la promotion de la santé?

FRP8: Eh bien, j'ai déjà un peu répondu à la question. Je trouve que la place n'est pas suffisamment importante. Mais c'est aussi, c'est ce que je disais, c'est culturel et que... la prévention des maladies, si on... je sais pas, il faudrait demander par exemple aux étudiants, les questionner: c'est quoi pour vous la prévention des maladies? Je suis sûre qu'ils seraient encore dans la vaccination... Voilà... je suis sûre qu'on est encore dans le médical et le pharmaceutique. Il y a quand même tout un secteur éducation à la santé mais euh... par exemple il y a une étudiante que je suis... Elle fait son mémoire sur l'éducation des patients diabétiques, qui sont issus de l'immigration, du nord de l'Afrique: les maghrébins. En fait, c'est une population qui a culturellement un type d'alimentation... En plus, quand ils vivaient en Afrique du nord, c'étaient des produits de l'agriculture que souvent ils achetaient sur les marchés ou qu'ils produisaient eux mêmes et que ici, il y a beaucoup de trucs tout préparés donc il y a une aggravation... Et elle me racontait que elle -alors, c'est un sujet qui l'intéresse parce que ses parents sont diabétiques - elle me racontait qu'elle est allée en service de diabéto - éducation thérapeutique. Elle a vu comment ça se passait en diabéto et en fait, elle a eu un regard très critique sur la manière

dont ça se passait et en fait, de dire: "fait comme ça, je comprends pourquoi ça ne marche pas, je comprends pourquoi les gens rechutent, récidivent, pourquoi ils ne suivent pas leur régime. Je comprends tout à fait". Et c'est elle qui leur a dit, en tant qu'étudiante de 3^e année, elle leur a dit: "mais finalement, dans votre projet de service, pour l'éducation thérapeutique, est ce que vous vous préoccupez de ça, comment vous analysez le contexte de vie du patient?". Et là, elle a eu l'impression qu'ils sont tombés des nues⁸⁰, le médecin a dit "oui, c'est vrai, tu as raison, il faudrait qu'on fasse ça..." Et du coup, je trouve ça très intéressant parce que...; Bon, cette étudiante, elle est très intelligente et en plus, elle a réfléchi, elle a de la maturité et elle a déjà réfléchi au problème parce que c'est un sujet qui l'intéresse mais je trouve ça très intéressant de me dire qu'en fait, c'est une étudiante de 3^e année qui va dans un service et qui dit que voilà, il faudrait développer ça, développer ça et ça et que... ça veut dire que dans les services c'est pas suffisamment développé, par exemple l'éducation, la prévention des récidives, et qu'il y a quand même des étudiant... pour eux, ça commence à être intégré. Voilà, je disais que ça prend du temps mais en tout cas, le référentiel a le mérite de s'y être penché mais clairement, la place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies... En tout cas, on reste très axés hôpital, technique, vaccins, tout ça et pas sur le terrain, au plus proche des populations. En tout cas, dans la formation infirmière. Il y a peu d'infirmières de terrain qui rendent visite... Après, il y a je pense, peut être les infirmières libérales. Mais les infirmières libérales, elles sont très proches des populations, mais en fait, c'est pareil, elles font du chiffre, donc ça abat... je pense que comme c'est pas valorisé financièrement, comme c'est pas reconnu financièrement, eh bien c'est pas quelque chose sur lequel... parce que les infirmières libérales, elles seraient peut être les premières à pouvoir travailler ça. Ou même, les infirmières dans les centres de santé, ce seraient les premières à pouvoir travailler ça, mais c'est pas valorisé financièrement. En fait, c'est apparenté à de la discussion, on *blablate* avec le patient, la relation ouai, d'accord, mais finalement, financièrement, qu'est ce qui est valorisé? C'est les gestes techniques, c'est la piqûre, c'est la toilette... c'est bien hein? Mais une éducation thérapeutique, financièrement, c'est pas valorisé, donc... Prévention de la santé. Qu'est ce qu'on fait localement, dans une ferme, avec des personnes âgées, qui ont 80 ans, qui vivent tous seuls. Qu'est ce qu'on fait pour retarder leur institutionnalisation⁸¹? Qu'est ce qu'on fait? C'est pas valorisé donc je pense que l'argent... C'est un analyseur (rires). Non, mais voilà. Tant que c'est pas ni valorisé,

⁸⁰ Expression qui signifie littéralement "tomber des nuages" découvrir ou comprendre quelque chose.

⁸¹ Terme employé pour dire "entrée en maison de retraite".

ni reconnu, tout ça, cette place là, elle est difficile à prendre et donc je pense que en général, c'est peu valorisé. Dans le projet pédagogique, pas beaucoup. Dans le rôle propre infirmier... oui, oui, effectivement, quand on détaille... oui... c'est marqué que l'infirmière doit s'occuper de la prévention et de la promotion de la santé, mais concrètement, c'est des mots qui restent.

Chercheuse: Pas clairs...

FRP8: Oui, c'est... même pas clair pour les infirmières... Tout ça, c'est de la santé publique, c'est dehors, c'est les infirmières de PMI qui font ça. Pas nous. Tu vois ce que je veux dire. C'est comme ça que c'est considéré. Donc oui... Dans le texte, le décret de compétences, on en parle, mais en pratique...

Chercheuse: Oui... Pour vous, qu'est ce que c'est la promotion et qu'est ce que c'est la prévention

FRP8: Alors la prévention, c'est éviter... Alors, soit éviter les problèmes de santé donc euh... éviter les problèmes de santé avant qu'ils n'arrivent, éviter que la maladie n'arrive, soit une fois que la maladie est là, éviter que la maladie s'aggrave et donc... Pour moi, en même temps, la prévention, elle est très axée sur éviter les problèmes de maladie. C'est comme ça que je vois les choses. La promotion de la santé, c'est pas qu'une histoire de maladie. C'est aussi une histoire de bien être. De bien être social, de bien être... euh... de bien être physique, de bien être social, de bien être moral. C'est tout le bien être en fait... Pour moi, la promotion de la santé, c'est vraiment tout ce qui tourne au... au contexte de vie, mais dans lequel on vit tous les jours. Voilà, c'est très axé là dessus. Que la prévention, pour moi, la prévention, on est déjà dans "éviter les maladies, l'apparition des maladies". Que la promotion de la santé, on n'est pas dans éviter les maladies, on est dans améliorer le confort, améliorer le bien être de vie, améliorer euh.... améliorer... euh... ouai, les conditions de vie, améliorer les connaissances que chacun a sur son contexte de vie. Quand on améliore les connaissances des personnes, ça contribue pour le coup à la prévention des maladies, tu vois. Enfin, je fais un petit peu un distingo. Voilà, pour moi, c'est ça.

Chercheuse: Bon. Que pensez vous de la compétence pour mettre en œuvre la promotion et la prévention.

FRP8: Qu'est ce que je pense de cette compétence pour mettre en œuvre la promotion de la santé et la prévention des maladies?

Chercheuse: Oui.

FRP8: Dans le référentiel?

Chercheuse: Exactement.

FRP8: Il faudrait que je regarde (lecture): "Repérer les demandes et les besoins des populations en lien avec les problématiques de santé publique". Alors, ce que j'en pense, c'est que déjà, il faut connaître bien les problématiques de santé publique. Est ce que tout le monde connaît bien les problématiques de santé publique, je ne sais pas. Après, repérer les besoins et les demande de personne... en fait tout ça, c'est vraiment... en fait, voilà, demande, besoin, offre de soins, quand les trois sont cohérentes, c'est que là, c'est que ça fonctionne. Quand il y a un truc qui va pas, c'est qu'est ce que je mets en place. Et en fait, repérer les besoins et les demandes, je suis pas sûre que ce soit très creusé ça. La démarche de santé publique c'est pas... en même temps, je me suis pas occupée de cette UE, donc je sais pas trop comment c'est mis en place. "Accompagner une personne ou un groupe de personnes dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement". Ça, je pense que c'est euh...encore une fois, c'est bien vu. En même temps, c'est pas les populations, c'est pas sur le terrain quotidien de la vie de tous les jours. "Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé: consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé..." Alors là, c'est pareil, c'est bien vu. En même temps, tout ce qui est consentement aux soins, quand on entend les étudiants et quand on entend les professionnels parler, on se dit que le consentement aux soins, ça a du mal quand même à... mais ça, je pense qu'ils sont... On essaie de les former en tout cas pour ça. Mais encore une fois, c'est surtout à l'hôpital. "Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées". Alors c'est intéressant parce que je crois que la démarche ici qui est faite, c'est aussi par exemple sur la vaccination... Il y a une action qui est faite sur la vaccination des personnels du milieu hospitalier. Encore une fois, on reste dans l'hôpital. On sort pas. On sort pas... On sort pas de l'hôpital. Alors, c'est intéressant hein, c'est intéressant, ça apprend la démarche, tout ça, mais on reste dans l'hôpital, même si c'est des professionnels, donc... "Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives". C'est le pendant de ça. C'est qu'on est toujours dans l'hospitalier. "Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes". Bon, ça, c'est vrai qu'on essaie qu'ils aient des stages pour développer l'approche éducation thérapeutique. Après, sur le terrain, comment c'est fait? Tout le monde n'est pas formé, tout le monde ne fait pas... c'est un vrai... un vrai travail de fond l'éducation thérapeutique. Il y a des Masters en éducation thérapeutique, c'est bien...

Chercheuse: LMD.

FRP8: oui, je sais pas s'il y en a beaucoup qui font ces Masters là. Je sais pas si c'est très développé. Il faudrait dans les hôpitaux. Mais je sais pas... "Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients". Oui, c'est bien. Tout ce qui est inscrit c'est bien. Mais la mise en œuvre, elle est essentiellement hospitalo-centrée. Donc.... Voilà ce que j'en pense

Chercheuse: OK. Que pensez vous de l'engagement des formateurs relatif à la formation infirmière surtout sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.

FRP8: Alors je pense qu'en fait c'est pas quelque chose d'assez transversal. En fait, c'est réservé aux personnes qui s'occupent de la compétence 5 et c'est pas assez transversal. Euh... Si tu veux, promotion de la santé et prévention des maladies, de manière transversale, on est dans... voilà, apprendre au patient, informer le patient, l'informer sur son traitement, l'informer sur les soins, l'informer tout ça... mais en fait, c'est pas... Comme nous on est infirmières, on est issues de cette génération d'infirmières essentiellement tournées vers le curatif... même si n'est intéressées par la promotion et la prévention de la santé, comme c'est pas transversalisé et que c'est pas une question essentielle de la formation... c'est pas une question essentielle, donc on ne s'y penche pas vraiment. Donc, il n'y a pas vraiment d'engagement. Je crois qu'il y a pas d'engagement vraiment. C'est à notre niveau, à notre niveau de ce qu'on sait. Oui, donner des conseils hygiéno diététiques... mais en fait, ça reste dans le vague comme ça quand on fait des démarches de soin, le projet de soins, c'est conseils hygiéno diététiques, expliquer quels sont les médicaments, quels sont les examens, mais on n'est pas dans une vision vraiment engagée. Je crois pas.

Chercheuse: C'est une question politique?

FRP8: Oui, c'est en rapport avec une question politique.

Chercheuse: Bon, il y a d'autres questions pour parler?

FRP8: Est ce que j'ai des questions?

Chercheuse: Oui.

FRP8: Euh.... Non, non, j'ai pas de question, mais en même temps, quand on parlait de l'universitarisation, je pense que ça, c'est des questions la promotion de la santé et la prévention des maladies, je pense que ce sont des sujets, parmi tant d'autres, tout comme les soins chroniques, la personne âgée, je pense que c'est l'universitarisation qui va permettre après de diversifier euh... avec toujours le risque... Moi, je suis toujours un peu

embêtée avec les spécialisations parce que quand on se spécialise dans un créneau, ça veut dire qu'on reste dans ce créneau et après, c'est difficile d'en sortir. Il faut reprendre des études pour faire un autre créneau mais je pense que c'est... les diplômes universitaires, c'est ça aussi qui peut contribuer à développer ce type de sujet, comme les autres sujets qui sont essentiels. Ça, c'est l'université qui peut aider.

Chercheuse: Je voudrais que vous évaluiez cet entretien.

FRP8: Alors, l'évaluer comment? C'est à dire?

Chercheuse: En gros, comment il s'est passé ? Quel sentiment et quels sont les effets de ces paroles?

FRP8: Alors les effets... Les effets, c'est que, en gros, je fais partie des formateurs, et du coup, d'entendre mes propos, de m'entendre dire des choses, ça fait prendre conscience qu'en fait, moi même, je ne suis pas forcément dans une démarche d'intérêt sur la prévention et la promo.... Enfin, peut être que c'est quelque chose que je peux creuser davantage quand j'accompagne les étudiants, en tout cas quand je les accompagne sur la situation clinique. C'est quelque chose peut être que je peux creuser davantage parce que c'est pas forcément quelque chose que je creuse et le fait que tu me poses ces questions et que du coup, ça m'oblige à y réfléchir - on m'a jamais obligée à réfléchir sur le sujet - Donc là, tu m'as obligée à y réfléchir, à y penser, à énoncer des choses que j'avais pas... à élaborer des choses que j'avais pas forcément élaborées avant et du coup... forcément... Alors, faudrait qu'on en reparle après, dans quelques mois, je t'enverrai un mail quand tu seras rentrée au Brésil mais de dire, est ce que ça aura eu un impact sur ma manière de... du coup, quand on travaille sur des situations cliniques ; quand on travaille... est ce que ça a eu un impact ? En tout cas, d'une manière minimaliste parce que clairement, prévention et promotion de la santé, sur le terrain au plus proche des populations, de toute façon, on n'a pas les outils pour. On n'a pas les lieux pour, on n'a pas les outils pour... Donc, ça, on peut pas grand chose. Mais sur le mode de réflexion, oui, je pense que ça aura un impact... je pense que ça aura un impact.

Chercheuse: Merci

APÊNDICE G - Materiais preparados para a análise coletiva nas sessões de restituição no Brasil

Nota da pesquisa: escolhemos anexar os materiais preparados para as restituições para que os leitores possam acompanhar o processo de produção dessa pesquisa socioclínica, já que o conhecimento e a utilização do dispositivo de restituição são ainda incipientes no Brasil. Também esperamos que os leitores possam confrontar os dados apresentados e discutidos com os professores durante as restituições com os resultados finais da pesquisa.

Objetivos

Geral

Analisar o lugar que ocupa a promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro no Brasil e na França.

Específicos

- Identificar as lógicas de construção e funcionamento do currículo do enfermeiro referente à promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Identificar os saberes e práticas de formação profissional do enfermeiro referente à promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Identificar os referenciais teóricos, conceituais e metodológicos da promoção da saúde e prevenção de doenças que sustentam a formação profissional do enfermeiro.
- Identificar as relações existentes entre ensino-serviço-comunidade referente à promoção da saúde e prevenção de doenças.

1ª aproximação
Campo do Brasil - jan. 2014
Campo da França - mai. 2014

1ª reunião com a Coordenação
do Curso de Enfermagem
Campo do Brasil - 07/02/14
Campo da França - 06 e 07/14

1ª reunião com os professores
para apresentação do projeto
Campo do Brasil - 14/05/14
Campo da França - 21/11/14

Comitê de Ética em Pesquisa
Aprovação - 04/06/14
Protocolo - 31343814.8.0000.5393

**1º Convite para participação na pesquisa via
email e de forma individualizada - 01/07/14**

Início da pesquisa documental (Brasil) - 01/07/14

Fontes:

- Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem (2011)
- Grade Curricular (2011)

Pesquisa documental

LÓGICAS DE CONSTRUÇÃO E FUNCIONAMENTO NO CURRÍCULO DO ENFERMEIRO

- Processos de reformulação curricular (PPP, 2004) e de adequação (PPP, 2011; PPP, 2014).
- Estrutura departamental: DMP, DCF, DHb, DEnf, DEs, DME, DFMC, DGE, DS, DTPP, DEd e DPsi.
- Coordenação do Curso de Enfermagem: que lugar é esse? é um lugar valorizado pela Universidade e pelo DEnf?
- Currículo disciplinar: Bacharelado com 267 créditos e Complementação específica para a Licenciatura em Enfermagem com 40 créditos (opcional).
- Disciplinas das Ciências Biológicas e da Saúde (disciplinas básicas) concentradas nos dois primeiros anos do Curso (1º a 4º períodos).
- Atividades práticas na rede de atenção à saúde a partir do 3º período (Disciplina de Saúde Coletiva) e Estágio Curricular Supervisionado na Área Coletiva e Hospitalar a partir do 8º período (780 horas).
- Grande número de pré-requisitos e co-requisitos (FLUXOGRAMA).
- Propõe eixos norteadores para formação: cuidar, educar, gerenciar e pesquisar em enfermagem.
- Propõe módulos (no papel): I: Sociedade, Saúde e Enfermagem; II: Instrumentalização para o Processo de Cuidar do Indivíduo e Família; III: Processo de Cuidar, Gerenciar, Educar e Pesquisar em Enfermagem; e IV: Consolidação do Processo de Formação Profissional em Enfermagem. Que disciplinas de integração?

1ª Reunião com a vice-coordenação do Curso de Enfermagem - 07/08/14

Pesquisa documental

LÓGICAS DE CONSTRUÇÃO E FUNCIONAMENTO NO CURRÍCULO DO ENFERMEIRO

- Marcos jurídico-legais:

. Resolução CNE/CES nº 03, de 07 de novembro de 2001, entre outros.

- Marcos teóricos e/ou filosóficos:

- . saúde (...) envolve um processo dinâmico, sendo resultado de condições de vida e de trabalho (p. 26).
- . enfermagem é uma prática social vinculada ao mundo do trabalho (p. 26).
- . cuidar é um processo dinâmico que visa apreender a pessoa como um todo, inserido em um todo social (p. 28).
- . educação é um processo constituído de relações sociais, é preciso que se construa um processo educativo que objetive uma formação para a autonomia e cidadania (p. 29).

- Marcos pedagógicos:

- . currículo como um processo em construção (...) passível de mudança à medida que for sendo planejado, executado e avaliado coletivamente (p. 14). Que estratégias de avaliação curricular?
- . No que tange às práticas pedagógicas, o Conselho de Curso e a Coordenação envidarão esforços para que os docentes das disciplinas adotem estratégias pedagógicas ativas (p. 45). Que estratégias indutoras?
- . Concepção de avaliação como um processo contínuo de acompanhamento do desempenho dos alunos (p. 45). Critérios para avaliação do desempenho em parte dos planos de ensino (aspectos cognitivo, atitudinal, psico-motor)

Imersão no campo de pesquisa - a partir de 11/08/14
Coleta de dados no sistema da Universidade:
- Planos de ensino: 2014/1 e 2014/2

Pesquisa documental

LÓGICAS DE CONSTRUÇÃO E FUNCIONAMENTO NO CURRÍCULO DO ENFERMEIRO

- Nas ementas das disciplinas de ciências biológicas e da saúde não se observa articulação com os conhecimentos e as práticas do enfermeiro, exceto nas disciplinas de Microbiologia; Genética e Evolução; Bases Farmacológicas da Terapêutica em Idosos. Por outro lado, a pesquisa de campo possibilitou o conhecimento de práticas inovadoras e articuladas com a Enfermagem na disciplina de Parasitologia.

- Nas ementas das disciplinas de ciências humanas e sociais não se observa articulação com a enfermagem, exceto nas disciplinas de Pesquisa em Educação; Metodologia e Ensino em Enfermagem; Estágio Supervisionado da Docência em Enfermagem 1 e 2. Por outro lado, a pesquisa de campo possibilitou o conhecimento de reflexões críticas desenvolvidas nas disciplinas Educação e Sociedade; Trabalho e Educação sobre poder, alienação, entre outras.

- Nas ementas e/ou objetivos de algumas disciplinas de ciências da enfermagem anunciam-se (explicitamente) a promoção da saúde e a prevenção de doenças: Nutrição e Saúde; Atenção à Saúde do Adulto; Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção à Saúde da Mulher; Atenção à Saúde do Idoso; Atenção à Saúde Mental. Outras disciplinas anunciam (explicitamente) apenas a prevenção: Atenção à Saúde do Trabalhador e Trabalho em Enfermagem 2.

Imersão no campo de pesquisa

- Convite para participação da pesquisa (pessoalmente)
- Organização do cronograma das entrevistas e das observações participantes no âmbito do ensino, pesquisa e extensão (individualmente)

Pesquisa de campo - entrevistas e observações

O LUGAR ANUNCIADO DA PROMOÇÃO E DA PREVENÇÃO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

- Dicotomia entre o que é anunciado (no papel) e o que é realizado (na prática)... Processos de mudança em curso...
- Promoção, prevenção e vigilância... A ideia é que fosse um conhecimento transversal no currículo... Não é uma linha condutora que segue todo currículo...
- Eu acho que tem trabalhado, pelo menos o conteúdo teórico... Não tenho certeza que isso está acontecendo... Realmente eu não sei te dizer como está... Eu acho que tem disciplinas que tem um olhar maior, como saúde coletiva... Acho que a gente se apoia muito nas disciplinas da licenciatura...
- Como implantar práticas mais abrangentes... se os serviços dão o tom da prática?... As experiências nos estágios curriculares supervisionados referente à promoção e a prevenção tem sido muito pobres por causa da prática do serviço... O estudante não faz, porque o enfermeiro não faz... A formação do professor também direciona as ações... Cada professor faz de um jeito... Faltam momentos entre os professores para discussão dos estágios curriculares supervisionados...
- Valorização de tecnologias leves para as ações de promoção e prevenção... No pequeno grupo o estudante exercita outras ferramentas (escuta, horizontalidade, respeito, dialogicidade) para trabalhar a promoção e a prevenção... Não são as ferramentas do paradigma biomédico, do paradigma técnico, do endeusamento da prática... A saúde não vai conseguir fazer a promoção, nem a prevenção se ela não conseguir olhar a outra pessoa como um ser, que tem a sua história...
- Mudança (no papel e na prática) buscando adequação com as políticas de saúde e o Sistema Único de Saúde... Olhamos criticamente para as políticas, elas não são ingênuas...
- A extensão é uma possibilidade de quebrar barreiras... O estudante tem a possibilidade de vivenciar algo diferente da prática clínica... O estudante está muito preso no aprender a técnica... A extensão permite que você olhe um outro cenário... A intenção dos PETs é fazer mudança na Universidade e nos serviços... Toda mudança é complicada, ela não é uma coisa rápida... Trabalhar com o PET é uma tarefa insana... Não sei se os PETs irão continuar...

Pesquisa de campo - entrevistas e observações

INTEGRAÇÃO E DESINTEGRAÇÃO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

- O problema é saber o que o outro está fazendo... Não temos momentos de integração ou de avaliação... Tem coisas que não dependem só de mim, mas de um grupo... O currículo diz respeito a todo mundo...
- A estrutura da Universidade é disciplinar... O currículo é muito compartimentado... A gente vê muito as partes, nunca o todo...
- Resistências com o currículo integrado... Tivemos o investimento do Pró-Saúde... Tentamos integrar conteúdos... Algumas disciplinas e professores trabalham de forma integrada e com metodologias ativas... O estudante como protagonista e o professor como facilitador... O estudante consegue articular os conhecimentos... A disposição tem que ser interna, tem que acreditar... Dá mais trabalho...
- É mais fácil trabalhar em sua especialidade... O professor precisa ter o domínio do conteúdo... O modelo (tradicional) que a gente tem é muito forte... A nossa formação foi tradicional...
- As disciplinas básicas estão muito distantes... É cada um no seu saber e disciplina... As disciplinas não tem intencionalidade... O raciocínio crítico e clínico fica fragmentado... se perde a essência do cuidado... Temos representantes das áreas básicas e pedagógicas no Conselho de Curso... conhecem um pouco mais o curso...
- Essa é a roda viva... São muitas tarefas... Demandas da pesquisa e da pós-graduação... Avaliação da CAPES... Publicações... Parceria com a rede de atenção à saúde... Não temos tempo... Não temos tempo para nos reunir...
- Efeitos para o professor: Quando a gente fica muito fragmentado ou muito dentro do seu espaço a gente perde um pouco essa visão do conjunto... Me sinto alienada... Falta articular o conhecimento... Falta articular esse cuidado do usuário, porque ele não pode ser fragmentado... Me sinto frustrada... Que pensadores somos nós?... Quando a gente pensa estamos refletindo, avaliando e reconstruir... Tensão nas relações dentro da Universidade... Fico me questionando o que estou fazendo aqui...

Pesquisa de campo - entrevistas e observações

A GESTÃO DA SAÚDE E OS IMPACTOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

- Pouca valorização do trabalho da promoção e prevenção pelos gestores, trabalhadores, comunidade... Não olham para o território... Não desenvolvem ações coletivas... As equipes não se instrumentalizam para as ações de promoção e prevenção... Não percebem como papel do enfermeiro... O papel do enfermeiro no mundo está diretamente ligado a prevenção e a promoção da saúde. No nosso país isso não está tão evidente assim... Eu não sei se a gente conseguiria pensar um currículo desvinculado disso... A prática é o que direciona...
- A diretriz é que nós estejamos lá no serviço, é que nós estejamos lá no SUS e não que a gente crie um sistema específico... Cada vez mais a gente tem que estar inserido lá na realidade, lá no serviço e pra isso o serviço tem que estar preparado para receber, tem que entender que faz parte das suas atribuições a formação...
- Estamos atravessados pelas questões políticas e da gestão (em uma corda bamba)... Esses atravessamentos interferem na nossa prática profissional e às vezes direcionam todo processo de formação... Quanto que eu posso propor uma mudança de currículo que conte com esses outros atores e de repente essas pessoas não estão mais disponíveis?...
- Os administradores regionais não tem formação como gestores públicos ou trabalhadores do SUS... Não tem poder... Alta rotatividade do Secretário Municipal de Saúde... Falta continuidade... Não estão conseguindo tocar o básico... Modelo clínico focado na doença prevalece nos serviços... Modelo médico centrado...
- A prática é responsabilidade da equipe... Existe um descompasso entre o cotidiano do trabalho com o processo de formação... O tempo da Universidade não é o tempo do serviço... Os profissionais da rede não dão continuidade nas ações da Universidade... Os enfermeiros não estão querendo fazer a preceptoria dos estágios... Os médicos ganham mais, tem adicional para fazer gestão, tem flexibilidade de horários para fazer preceptoria e recebem bolsa da Universidade... Vamos discutir e problematizar com os enfermeiros essas questões do estágio curricular supervisionado...
- A Universidade não tem potência para mudar a prática... Não é nosso local de trabalho. Nós não fazemos parte desse processo... Não podemos dar trabalho... Estamos a mercê da gestão... A pesquisa como é feita provoca pouca mudança... Em qualquer cenário a primeira reação do profissional é a reatividade... Foi uma recompensa essa aproximação da equipe de enfermagem... Nós (equipe de enfermagem) queremos vocês perto, nós queremos aprender esse modelo...
- Projetos de extensão (PET) e pesquisa em parceria com o serviço... Continuidade das ações... Investimentos na rede de atenção à saúde por meio da integração ensino-pesquisa-extensão... Toda extensão que eu faço tenta responder uma pergunta do serviço... Tentativa de sobrevivência na Universidade...

Alguns efeitos expressos pelos professores...

... me faz refletir questões... do meu trabalho... alguns limites... da nossa formação... Acho que é bom essa reflexão, essa crítica... é isso que faz a gente mudar, repensar. Mas, eu acho que também traz momentos de frustração. Tem coisas que não soube te responder... porque tem coisas que não dependem só de mim, mas de um grupo...

... São momentos em que a gente pode refletir, porque a vida é tão corrida, tão cheia de tarefas, de fazer, fazer, fazer, fazer, que a gente não tem esses momentos na Universidade...

... todos os momentos em que a gente conversou pra mim foram reflexivos... o que eu tiro é essa possibilidade de reflexão, de refletir sobre a minha própria prática profissional de docente e de quanto ela precisa sair do espaço da sala de aula... É ter um espaço para falar sobre isso, não só o fazer...

... avalio como um momento muito rico e eu acho que você provoca algumas coisas. Acho que tem hora que passa pela emoção...

... faz a gente refletir. A gente acaba falando coisas que não tinha pensado antes...

... depois daquela substituição... me surpreendeu ver o movimento do grupo, mobilizado, fazendo uma leitura por mudança... talvez seja a questão do meu olhar... mas eu sempre via o grupo mais no movimento da não-mudança, de não-dejar... Eu acho que o projeto está ajudando a trazer isso, a mostrar que as pessoas estão desajustadas sim... As sessões (entrevista) são pra mim quase terapêuticas... quando eu estou falando, eu estou refletindo sobre as coisas que eu faço, revisitando...

... acho que dá uma "sacudida" na pessoa. Por que ela está me perguntando essas coisas?... acho que preciso estudar essa questão da promoção e da prevenção...

... vai contribuir com a literatura com uma realidade que muitas pessoas não tem coragem de falar... senti esse momento como um desafio, acreditando que todos esses dados... poderão contribuir para que as pessoas reflitam um pouco mais sobre a conduta delas dentro da Universidade...

... você está ouvindo tanta gente, que deve ser muito interessante estar desse lado... coisas que talvez irão aparecer durante a sua estadia aqui junto com a gente, podem contribuir muito com essa troca, que a gente talvez não consiga fazer, estando aqui do lado todos os dias. E uma pessoa de fora pode tentar dar esse feedback...

Alguns efeitos expressos pelos professores...

... eu acho que tem dois lados. De um lado daí um pouco... mas de outro lado, dá um certo alívio. Eu acredito que a pesquisa possa ajudar... que seja um degrau, mas eu acho que é pra isso que a pesquisa serve, para a evolução do homem...

... às vezes é gostoso estar do outro lado... sair um pouco do seu lugar cotidiano, às vezes muito demarcado... Quando a gente fala do trabalho a gente fala um pouco de si mesmo, como efetivamente a gente se exterioriza no mundo... Eu acho que isso é humanizante, mais do que dizer que é terapêutico... promove reflexão e uma certa suspensão do cotidiano...

... Me faz lembrar e repensar a minha prática. Será que eu estou abordando os aspectos preventivos ou de promoção? Ou será que eu estou muito no curativo, no de recuperação? Porque a minha tendência por ser da área hospitalar é de trabalhar muito o aspecto curativo...

... às vezes a gente não consegue ver muita conexão nas coisas... como tudo é muito corrido, nem sempre a gente reflete a respeito daquilo que está fazendo. Foi uma experiência boa, porque às vezes a gente se questiona do quanto a gente pensa que faz uma coisa e não faz, do quanto a gente deixa de integrar conceitos que a gente julga que é importante para a atividade profissional, seja de docência, seja de assistência...

... você me pegou meio de surpresa... tenho medo de ter esquecido alguma coisa da minha trajetória... de estar sendo injusta com a minha formação, com a minha escola...

... tenho esperanças, conforme eu fui falando foi me dando perspectivas... tem possibilidades de pensar isso de uma outra maneira. A gente precisa ter força pra retomar essa processo em algum momento (de mudança curricular)...

... ao retomar a história, algumas coisas que não estão tão claras vão ficando pra gente mesmo...

... é uma confiança... você vai fazer esse link e através de você eu vou ter uma outra compreensão, talvez mais ampliada... de como a saúde está presente no meu trabalho e na minha formação, de como você vê a minha concepção de saúde, a partir da minha prática... vai ser uma interpretação sua e vai ser muito legal ouvir essa interpretação...

Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França

3ª sessão de restituição - 19/11/2015
Análise coletiva dos dados produzidos no trabalho de campo na França

Pesquisa de Campo na França: algumas precisões...

- Imersão no IFSI 1 - janeiro a julho de 2015.
- Visitas em outros cinco IFSI da região parisiense - junho e julho de 2015 (IFSI 2 ao IFSI 6).
- Participantes da pesquisa no IFSI 1 - 21 participantes, sendo 17 formadores do curso superior de enfermagem, 1 formador do curso técnico de enfermagem, 1 documentalista e 2 gestores.
- Participantes dos outros cinco IFSI - 09 formadores.
- Dispositivo de pesquisa - análise documental, entrevistas, observações e restituições.
- Análise documental - projeto pedagógico do IFSI 1 e referencial de formação em enfermagem (livro azul).
- Entrevistas - 28 entrevistas
- Observações - reuniões pedagógicas, cursos magistrais, trabalhos dirigidos, trabalhos pessoais guiados, orientação de monografia, supervisão de estágio, acompanhamento pedagógico, simulação e avaliação.
- Restituições - a primeira foi realizada no IFSI 1 e a segunda na *Université de Cergy-Pontoise - Campus Gennevilliers*.

2ª sessão de restituição

IFSI 1

IFSI 6

ANALISADORES:

- TEMPO
- ESPAÇO
- RITOS

IFSI 2

IFSI 5

IFSI 4

ANALISADORES:

- TEMPO
- ESPAÇO
- RITOS

IFSI 3

O lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças no referencial de formação

- O Código de Saúde Pública anuncia que o enfermeiro participa em diferentes ações, notadamente em matéria de educação em saúde, de formação ou supervisão (*Art. L. 4311-1 du Code de la Santé Publique*).
- No referencial de atividades e de competências da ocupação do enfermeiro há uma competência específica sobre as questões de promoção e de prevenção (*Compétence 5 - Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs*).

O lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças no projeto pedagógico do IFSI Pontoise

- O IFSI 1 anuncia no projeto pedagógico:
- Ele foi construído a partir das evoluções da política de saúde pública e das orientações da profissão de enfermagem (Projeto Pedagógico, tradução nossa).
- O referencial origina-se de uma filosofia humanista que considera que a pessoa, sua família, a comunidade tem potencial para produzir sua saúde. O papel do enfermeiro é guiar uma pessoa ou um grupo em direção a modos de vida saudáveis, ajudar a enfrentar a doença, as crises da vida e o fim da vida utilizando todos os recursos das pessoas e do ambiente (Projeto Pedagógico, tradução nossa).

O lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação do enfermeiro

- Quais são as dificuldades?
- Uma formação demasiadamente ligada ao hospital.
- Programas de formação sobrecarregados.
- O poder médico é extremamente forte.
- O paradigma permanece biomédico.
- A possibilidade de trabalho na área de promoção e de prevenção depende do funcionamento do serviço de saúde.
- A ideia de que a prática dos enfermeiros é curativa e técnica.

O lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação do enfermeiro

- Quais são as possibilidades?
- A parceria entre o IFSI e a Universidade no domínio da saúde pública.
- A parceria entre o IFSI e os profissionais da rede hospital-cidade.
- Os estágios fora do hospital (escola, empresa, etc.).
- Os estágios em educação terapêutica do paciente (escola de diabetes, de asma, etc.).

APÊNDICE H - Memórias das sessões de restituição desenvolvidas com os professores no Brasil

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar as memórias das restituições desenvolvidas com os professores para que os leitores verifiquem concretamente os resultados das discussões e análises coletivas.

Memória da 1ª restituição da pesquisa “Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França” do dia 15/10/2014. Ao décimo quinto dia do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze, às quatorze horas, reuniram-se onze professores participantes da pesquisa vinculados aos Departamento de Enfermagem (DEnf), Departamento de Morfologia e Patologia e Departamento de Educação, a doutoranda Fabiana Ribeiro Santana e a orientadora Cinira Magali Fortuna no DEnf da Universidade. **Primeiro momento:** *Apresentação de alguns resultados da pesquisa.* A sessão de restituição iniciou-se com a apresentação de alguns resultados da pesquisa documental e de campo. Foram apresentados os objetivos da pesquisa e alguns resultados organizados em quatro eixos: Lógicas de construção e funcionamento no currículo do enfermeiro; O lugar anunciado da promoção e da prevenção na formação do enfermeiro; Integração e desintegração na formação do enfermeiro; A gestão da saúde e os impactos na formação do enfermeiro. **Segundo momento:** *Análise coletiva.* Após a apresentação de alguns resultados da pesquisa iniciou-se a análise e a discussão coletiva em um clima caloroso e reflexivo. Diversas reflexões foram promovidas pelo grupo. Os professores refletiram sobre a questão da mercantilização, do pragmatismo e do individualismo na educação no Brasil. A supervalorização da pesquisa, da pós-graduação e da produção acadêmica, bem como as pressões externas à Universidade foram pontos bastante debatidos durante a atividade. Os professores discutiram a questão da normatização no trabalho; das tensões e dos embates nas relações interpessoais na Universidade e do sofrimento docente no espaço da Universidade. Também foi abordada a reprodução das relações de poder/subordinação da sociedade dentro da Universidade. Os professores debateram a questão da pouca valorização dos cargos de coordenação e chefia da graduação, além dos atravessamentos da gestão municipal da saúde no trabalho docente. Outro ponto bastante discutido foi o esvaziamento dos processos de avaliação curricular, de espaços de reflexão e de produção coletiva na Universidade. Refletiu-se sobre o olhar do pesquisador “estrangeiro”, no

sentido de não fazer parte do contexto e a possibilidade de auxiliar nos processos de reflexão. Os professores abordaram o diagnóstico como uma possibilidade para a avaliação e para a reorientação da formação do enfermeiro. Foi referido por parte dos professores que os resultados apresentados na restituição provocaram uma espécie de “chacoalhão” e de uma sensação de olhar-se em um espelho, no sentido de reconhecer-se nos fragmentos das falas e registros das observações das práticas. A apresentação do fluxograma das disciplinas (caixinhas) do currículo do Curso de Enfermagem provocou bastante discussão e reflexão sobre os problemas provocados pelo excesso de pré-requisitos e co-requisitos na grade curricular. Os professores refletiram sobre as fragilidades e as potencialidades do Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Enfermagem; sobre o currículo oculto, o prescrito, o proscrito; sobre as práticas e as contradições no processo de formação. Também explorou-se a importância da relação entre teoria e prática, bem como o “apego” à técnica e ao procedimento. Refletiu-se sobre a necessidade do desenvolvimento de mecanismos indutores para a adoção de metodologias ativas conforme prevê o PPP do Curso de Enfermagem. Também foi explorada a importância do fortalecimento dos espaços de análise e produção coletiva como o Núcleo Docente Estruturante (NDE); a necessidade da criação de outros espaços de produção coletiva; a necessidade de avaliação do estágio curricular supervisionado; a ampliação dos espaços de discussão com os professores dos outros departamentos que participam da formação do enfermeiro. Nesse sentido, uma professora sugeriu que fosse realizado o planejamento anual das atividades de ensino de forma coletiva nos departamentos da Universidade. Às 16h30min (dezesesseis horas e trinta minutos) foi encerrada a sessão de restituição com uma comemoração pelo dia do professor.

Memória da 2ª restituição da pesquisa “Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França” do dia 03/12/2014. Ao terceiro dia do mês de dezembro do ano de dois mil e quatorze, às quatorze horas, reuniram-se nove professores participantes da pesquisa vinculados aos Departamento de Enfermagem (DEnf), Departamento de Morfologia e Patologia, Departamento de Educação e Departamento de Metodologias de Ensino, a doutoranda Fabiana Ribeiro Santana e a orientadora Cinira Magali Fortuna no DEnf da Universidade com o objetivo de analisar coletivamente os efeitos da pesquisa. **Primeiro momento:** *Leitura e discussão da memória da primeira sessão de restituição.* Após a leitura da memória realizou-se uma discussão coletiva. O grupo de professores refletiu sobre as

lógicas da Universidade e das agências de fomento, assim como sobre as dificuldades na criação de espaços coletivos de discussão. Citou-se o trabalho da Comissão de Adequação do Currículo como um espaço coletivo de produção. Discutiu-se sobre a importância da ampliação dos processos de mudança currículo, tendo-se em vista um projeto de sociedade. Também refletiu-se sobre a reflexividade e a ausência do tempo na Universidade. **Segundo momento:** *Apresentação e discussão de alguns efeitos produzidos pela pesquisa.* Após a apresentação de alguns fragmentos de falas das entrevistas promoveu-se uma discussão sobre os efeitos produzidos pela pesquisa. Analisou-se os efeitos “paranoia”, “dúvida” e “estranhamento” durante a aproximação da pesquisadora e no trabalho de campo. Também discutiu-se sobre outros efeitos, como a “reflexão” da prática docente e a “emoção” durante o processo de produção de dados. Refletiu-se sobre o papel do pesquisador e a relação de confiança e de parceria estabelecida entre a pesquisadora e os professores participantes da pesquisa. Analisou-se o significado da pesquisa intervenção, como intervir e ver junto. Também refletiu-se acerca da implicação enquanto professora e pesquisadora. **Terceiro momento:** *Leitura e discussão da memória da visita no Instituto de Formação em Enfermagem França.* Apresentou-se a memória da primeira visita no Instituto de Formação em Enfermagem. Posteriormente, foram feitos alguns esclarecimentos sobre a etapa da pesquisa na França. Às 16h30min (dezesesseis horas e trinta minutos) foi encerrada a sessão de restituição com uma confraternização.

Memória da 3ª restituição da pesquisa “Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França” do dia 19/11/2015. Ao décimo novo dia do mês de novembro do ano de dois mil e quinze às nove horas, reuniram-se seis professores participantes da pesquisa vinculados aos Departamento de Enfermagem (DEnf) e Departamento de Educação (DEd), a doutoranda Fabiana Ribeiro Santana e a orientadora Cinira Magali Fortuna no DEnf da Universidade com os objetivos de discutir alguns dados produzidos no trabalho de campo na França e de analisar coletivamente as similaridades e as diferenças entre a formação profissional em enfermagem no Brasil e na França no que tange a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Nessa sessão de restituição, a análise coletiva promoveu-se simultaneamente à apresentação dos dados produzidos no trabalho de campo na França. Discutiu-se a organização da formação em enfermagem da França a partir do novo referencial (2009) e algumas questões referentes aos três espaços onde essa formação é desenvolvida, sendo:

Instituts de formation en soins infirmiers (Instituto de Formação em Cuidados de Enfermagem), *Universités* (Universidade) e *Terrains de stage* (Campo de estágio). Durante esse processo analítico foram apresentadas algumas características e experiências sobre a formação em enfermagem de Portugal e da Espanha. Discutiu-se um pouco sobre a formação dos formadores nos *Instituts de Formation des Cadres de Santé* (Institutos de Formação do Quadro da Saúde). Também falou-se brevemente sobre as *Écoles de Puéricultrices* (Escolas de Puericultoras) e *Écoles de sages-femmes* (Escolas de Parteiras). Discutiu-se algumas especificidades do dispositivo de pesquisa para o trabalho de campo na França, como por exemplo, a dificuldade de se desenvolver observações participantes nas atividades de ensino, em razão da diferença na formação em enfermagem nos dois países e a barreira entre as línguas. Discutiu-se as origens da enfermagem francesa e brasileira. No Brasil, a profissionalização da enfermagem moderna teve como modelo Ningtingale, sendo constituída de modo mais explícito pela divisão social e técnica do trabalho através das categorias técnicos e auxiliares de enfermagem além dos enfermeiros. Nesse modelo, as mulheres de classes sociais abastadas ocupavam-se do trabalho intelectual (ensino e coordenação) e as operárias exerciam o trabalho manual (técnicas de enfermagem). Na França, a profissionalização da enfermagem moderna contou com a liderança de Leonie Chaptal e tinha como intencionalidade a liberação da mulher pelo trabalho, não sendo realizada por damas da elite da sociedade. Isso demarca uma diferença entre as duas origens históricas dos dois países. Também discutiu-se um pouco sobre as origens da pós-graduação em enfermagem no Brasil. Também discutiu-se o poder médico no processo de trabalho em saúde na França e no Brasil e a subordinação da enfermagem. Discutiu-se o processo de universitarização da formação em enfermagem na França que teve início em 2009 e as tensões produzidas entre os formadores dos IFSI e os professores universitários (médicos) das Universités. Também discutiu-se acerca da divisão social e técnica do trabalho dessas duas profissões. Discutiu-se um pouco sobre os referenciais de competência que sustentam a formação em enfermagem na França. Também discutiu-se o significado de alternância entre a formação teórica (2.100 horas) desenvolvida nos IFSI e *Universités* e a formação prática (2.100 horas) realizada nos *terrains de stage*. Discutiu-se um pouco sobre a ferramenta de avaliação (portfólio) utilizada nos estágios na França. Também discutiu-se acerca do currículo por competências do IFSI. Discutiu-se o acompanhamento e a relação entre os formadores e os estudantes. Discutiu-se a parceria e a implicação entre os formadores e os enfermeiros (tutores) dos *terrains de stage*. Discutiu-se brevemente

sobre a simulação da prática clínica na França, Nova York e Miami. Discutiu-se os analisadores tempo, espaço e ritos nos espaços dos IFSI pesquisados. Em relação ao analisador tempo discutiu-se por exemplo as atividades desenvolvidas pelos formadores a partir do novo referencial de formação. Sobre o analisador espaço discutiu-se por exemplo o espírito de convivialidade possibilitado pelos espaços de convivência no interior do IFSI (cozinha). Em relação ao analisador ritos discutiu-se por exemplo o significado do referencial de formação para os formadores franceses como a bíblia da enfermagem (livro azul). Sobre o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação profissional em enfermagem na França discutiu-se que existe um lugar no código de Saúde Pública da França, no referencial de formação (Competência 5 - Iniciar e implementar cuidados educativos e preventivos) e no Projeto Pedagógico, mas para alguns formadores isso não está evidente na prática concreta. Segundo os formadores na França participantes da pesquisa as principais dificuldades estão relacionadas a: uma formação demasiadamente ligada ao hospital; programas de formação sobrecarregados; um poder médico extremamente forte; a hegemonia do paradigma biomédico; a possibilidade de trabalho na área de promoção e de prevenção depende do funcionamento do serviço de saúde; um pouco investimento do estado francês em ações e serviços de saúde voltados à promoção e prevenção; e a ideia de que a prática dos enfermeiros é curativa e técnica. Apesar das dificuldades, os formadores também apresentam algumas possibilidades como: a parceria entre o IFSI e a Universidade no domínio da saúde pública; a parceria entre o IFSI e os profissionais da rede hospital-cidade; os estágios fora do hospital (escola, empresa, etc.); os estágios em educação terapêutica do paciente (escola de diabetes, de asma, etc.). Em suma a constatação é de que há uma distância entre a formação prescrita e a formação realizada. Também constata-se que a enfermagem e a formação do enfermeiro no Brasil e na França tem lógicas de funcionamento completamente diferentes. O que sustenta a evidência de que trata-se de profissões diferentes em suas origens e identidade profissional. Às 11h30min (onze horas e trinta minutos) foi encerrada a sessão de restituição.

APÊNDICE I - Materiais preparados para a análise coletiva nas sessões de restituição na França

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar os materiais preparados para as sessões de restituição com os formadores na França. Os leitores poderão verificar que na França as restituições tiveram um tempo bastante reduzido em relação ao Brasil, o que exigiu-nos uma maior capacidade de síntese do material. Buscando privilegiar o tempo da discussão e análise coletiva com os formadores apresentamos esse material em cerca de 10 minutos.

Restitution de quelques données de la recherche

Objectifs:

- Promouvoir l'analyse collective des données de la recherche avec les formateurs à l'IFSI.
- Faire dialoguer les observations déjà réalisées dans une école de formation de sciences infirmières au Brésil et les observations réalisées en France.

Questions

1. Quelles sont les logiques de la formation des infirmiers au Brésil et en France?
2. Quelle est la place de la promotion de la santé et la prévention des maladies dans la formation des infirmiers au Brésil et en France?

Notre dispositif de la recherche (Brésil et France)

- Observations participantes
- Entretiens
- Analyse documentaire
- Restitutions

Les explications données par les formateurs(trices) - les compatibilités entre le Brésil et la France

- Le paradigme reste biomédical.
- La possibilité de travail sur le domaine de la promotion et de la prévention dépend du fonctionnement du service de santé.
- L'idée selon laquelle les pratiques des infirmiers sont curatives et techniques.

• Au
prom

Les explications données par les formateurs(trices) - les différences entre le Brésil et la France

- Au Brésil, il y a une institutionnalisation de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans la politique de santé.
- Il y a des professeurs *experts* en santé collective/santé publique qui font de la recherche en promotion de la santé et prévention des maladies.
- Il y a les activités de terrain menées par les professeurs avec les étudiants en réponse aux demandes des *communautés*. Elles permettent de produire des changements dans les pratiques.

APÊNDICE J - Meu percurso profissional na enfermagem e algumas reflexões sobre o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

Paulo Freire

Buscando contribuir nesse processo trago alguns aspectos relativos à minha subjetividade de pesquisadora e ao meu percurso universitário e profissional. Acredito que esse resgate pode levantar algumas pistas sobre o lugar que ocupa (ou que vem ocupando ao longo da história) a promoção da saúde e a prevenção de doenças na formação do enfermeiro no Brasil. Também promovi esse exercício analítico com os professores participantes da pesquisa no Brasil e com os formadores na França durante as entrevistas individuais e sessões de restituição.

O campo de análise e intervenção da educação e saúde sempre permearam minha formação e prática profissional. Desde o início de minha graduação em enfermagem, as práticas envolvendo a interface entre a educação e a saúde provocaram-me especial fascínio. Lembro-me enquanto acadêmica de dedicar bastante tempo nos estudos, nas reflexões e nas partilhas com algumas colegas e professoras do curso. Naquele momento já coabitavam em mim o ser enfermeira e o ser educadora.

Durante os cinco anos de minha formação no bacharelado e licenciatura em enfermagem (1998-2003) em uma Universidade particular do Estado de Goiás (Brasil), a temática envolvendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças foi abordada de forma incipiente. Esses conteúdos eram trabalhados de maneira desarticulada e fragmentada em razão de uma lógica de currículo disciplinar.

As minhas atividades práticas das disciplinas de enfermagem foram desenvolvidas majoritariamente em serviços hospitalares, e, em menor número em Unidades Básicas de Saúde, em Centros de Atenção Psicossociais, em redes comunitárias, entre outros.

Nos conteúdos relativos ao bacharelado em enfermagem foram abordados alguns tópicos sobre a prevenção de doenças nas disciplinas relativas à formação específica do enfermeiro, como por exemplo: enfermagem em doenças transmissíveis, enfermagem em clínica médica, saúde coletiva, entre outras.

Nos conteúdos relativos à habilitação em licenciatura não foram abordados os fundamentos da promoção da saúde ou da educação em saúde.

Durante a minha graduação não tive a oportunidade de participar de projetos de pesquisa na Universidade, exceto nas disciplinas de Metodologia Científica (optativa) e de Trabalho de Conclusão de Curso I e II. Naquele momento poucos professores desenvolviam atividades de iniciação científica junto aos estudantes, em razão de uma lógica da Universidade particular de investir essencialmente no ensino.

Também não tive a oportunidade de participar de projetos de extensão e cultura na Universidade. Por outro lado, tive a possibilidade de participar de vários eventos promovidos pelos professores do Departamento de Enfermagem em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem - seção Goiás (ABEn-GO). Historicamente os professores do Departamento de Enfermagem de minha Universidade envolviam-se ativamente com as atividades políticas, culturais e educacionais promovidas pela ABEn-GO.

Após a minha graduação em enfermagem mantive-me próxima à Universidade e estudando o processo de formação, inicialmente sobre a Educação profissional técnica e, em seguida, sobre a Educação superior dos profissionais de saúde. Ainda recém-formada pude experienciar os significados⁸² e os sentidos⁸³ de ser enfermeira/professora de estudantes do nível médio e superior de Enfermagem.

No ensino do nível médio em Enfermagem atuei no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae)⁸⁴ em uma escola técnica particular de um município do interior de Goiás.

No ensino do nível superior em Enfermagem atuei durante 2 anos (2004-2005) como professora substituta em uma Universidade pública⁸⁵. Lá participei do planejamento, implementação e avaliação de atividades de ensino, especialmente das disciplinas de Introdução à Enfermagem e de Promoção da Saúde. Nesse momento tive a

⁸² O significado compreende o sistema de relações objetivas construídas no processo de desenvolvimento da palavra, consistindo em um núcleo estável de entendimento da mesma, compartilhado por todas as pessoas que a utilizam (VIGOTSKI, 2009).

⁸³ O sentido compreende o significado da palavra para cada indivíduo, composto por relações estabelecidas no contexto do uso da palavra e às suas vivências afetivas (VIGOTSKI, 2009).

⁸⁴ O Profae consistiu de um projeto do Ministério da Saúde (MS) em articulação com o Ministério da Educação (MEC) e com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) para a qualificação profissional dos trabalhadores de enfermagem sem formação técnica formal. Internacionalmente, o MS articulou-se com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), para a viabilização de cooperação financeira, e com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), para o estabelecimento de cooperação técnica (CEA; REIS; CONTERNO, 2007).

⁸⁵ A lei vigente na época (Lei 8.745/93) estabelecia que a contratação de professor substituto não poderia exceder 2 (dois) (BRASIL, 1993).

minha primeira aproximação com os referenciais conceituais, teóricos e metodológicos da promoção da saúde e da educação em saúde.

A experiência na disciplina de Promoção da Saúde foi muito significativa em minha formação e prática profissional. A professora responsável pela disciplina, Jacqueline Rodrigues de Lima, havia feito o seu mestrado e doutorado em saúde pública na Université de Montréal (Canadá), sendo este último, na área de concentração em Promoção da Saúde. Desse modo, ela trazia a cada discussão junto aos estudantes o panorama internacional e nacional.

A disciplina era desenvolvida a partir da metodologia da problematização e dos fundamentos da educação popular em saúde. As atividades práticas de promoção da saúde e de educação em saúde eram desenvolvidas pelos estudantes em diversos espaços (rua, serviços de saúde, escolas, Organizações Não-Governamentais, entre outros). As práticas deveriam ser planejadas pelos estudantes de acordo com alguns princípios e diretrizes como a participação, a intersetorialidade e a equidade, com o reconhecimento de forma crítica da influência dos determinantes sociais e sobre a saúde da população.

Os estudos sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças também perpassaram a minha formação no mestrado em Enfermagem (2005-2007) e em uma especialização de ativação de processos de mudanças na formação superior dos profissionais de saúde (2005-2006). No mestrado desenvolvi um estudo sobre a integralidade do cuidado na graduação em enfermagem (SANTANA, 2007; SANTANA et al., 2010) e na especialização o trabalho de conclusão de curso (TCC) abordou a reorientação da assistência de enfermagem segundo os princípios do SUS.

Nas duas experiências pude refletir sobre a mudança do modelo de atenção à saúde e da reorientação da formação superior dos profissionais de saúde. A aplicação desses conceitos mostrou-se complexa ao me tornar enfermeira em um hospital de grande porte em Goiás (2006-2008).

O hospital como instrumento de intervenção sobre a doença e o doente (FOUCAULT, 1979) não abre espaço para as ações de promoção da saúde e de educação em saúde. As discussões promovidas naquele espaço consideravam o ser adoecido, quase sempre desvinculado do seu contexto social e das redes de atenção à saúde. A Universidade usualmente utilizava o espaço como campo de estágio curricular supervisionado sem dialogar com os trabalhadores e pautando a assistência de enfermagem na execução de técnicas.

Na tentativa de participar de espaços de diálogo e de circulação de conhecimento no meu local de trabalho atuei voluntariamente no Comitê de Ética em Pesquisa (2006-2008) e em um grupo de trabalho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital. Também busquei inserir-me em uma Comissão de educação permanente, mas percebi rapidamente que a lógica do grupo de pensar a educação voltava-se exclusivamente ao preparo técnico da equipe de enfermagem. Enquanto a comissão divulgava treinamentos de sondagem, curativo, aspiração, eu observava ao meu lado os colegas (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) adoecerem com depressão, ansiedade fadiga e estresse crônico. Será que não teríamos espaço no hospital de pensar a promoção da saúde, a ética, a política? Será que não entraria na pauta das discussões os nossos sofrimentos ao nos depararmos com a morte e a dor do outro? Pensar um projeto de saúde para além da doença era para mim uma prioridade. Pensar o cuidado para além da técnica era para mim essencial. Então, fui buscar na Universidade esse espaço para pensar e dialogar sobre o cuidado, a educação e a promoção da saúde.

Desde 2008, enquanto professora em uma Universidade pública brasileira, fui apropriando-me dos fundamentos conceituais, teóricos e metodológicos da promoção da saúde e da educação em saúde por meio de atividades integradas e articuladas de ensino, pesquisa e extensão. Também fui criando, com outros parceiros (em particular a Professora Normalene Sena de Oliveira), dispositivos que pudessem reforçar e sustentar a ideia de reorientação da formação e do cuidado em saúde com base nos valores, princípios e diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Propor dispositivos que contrapõe a lógica instituída da enfermagem é uma tarefa imensamente complexa, pois tende a provocar abalos e resistências no contexto institucional. Somando-se a esses entraves também reconhecemos-nos sobreimplicadas com as instituições enfermagem e formação em enfermagem, o que dificulta sobremaneira nossa capacidade de enxergar os movimentos instituintes do processo de reorientação da formação em enfermagem. Foram essas inquietações que levaram-me a desenvolver essa tese de doutorado que tem a intenção de interrogar e transformar a minha própria prática enquanto professora, extensionista e pesquisadora no campo da enfermagem em saúde coletiva.

APÊNDICE K - Narrativas produzidas pela pesquisadora durante a análise da encomenda e demanda

Nota da pesquisadora: as narrativas aqui dispostas fizeram parte do processo de elaboração da pesquisa. A partir de uma linguagem poética e figurada a pesquisadora expressou muitos anseios e inquietações, que foram elaborados analiticamente com a orientadora do Brasil e outros professores e colegas da pós-graduação.

Narrativa 1 – Caminho e caminhante (24/04/2013)

- Quem és? Perguntava a menina inquieta.

- Sou um caminhante.

- Para onde vais caminhante? Diz a menina.

- Ainda não sei para onde vou, mas sigo o grito do pensamento e a angústia do peito.

A menina olhava nos pés descalços do caminhante e perguntava: - O que dizes seu pensamento caminhante?

- O meu pensamento diz que estamos perdidos, alienados, fatigados e sozinhos. Construindo castelos de areia que a onda do mar teima em apagar. Não viemos ao mundo para construirmos ilusões. Viemos para nos unirmos e aprendermos a pensar e viver o amor.

- Que amor é esse que falas? Balbuciava a menina.

- Falo do amor que une os povos, que nos movimenta a caminhar e a construir algo novo. O amor sem fronteiras.

A menina pensou por alguns instantes, fitou o caminhante e perguntou: - Tu caminhas sozinho caminhante?

- Não, mas sinto-me profundamente sozinho.

- Porque sente-se sozinho caminhante? Ensejou a menina indiscreta.

- Eu olho para minha dor e não consigo enxergar quantos somos, nem o que fazemos de singular. Vejo o que está obscuro, torto, desenganado. Não vejo mais nada.

A menina abraçou o caminhante e disse olhando nos olhos: - Caminhante não pare de caminhar, seja forte e encontrarás outros a caminhar e compartilhará essa dor do seu peito. E quem sabe nesse encontro podes construir algo novo, até um novo caminhar.

Narrativa 2 – Encontro indesejado e encontro desejante (25/04/2013)

A enfermeira da Estratégia Saúde da Família agora também se imbuía de ensinar em uma Universidade Pública.

- Tenho experiência prática, concreta, dizia a enfermeira-professora orgulhosa aos estudantes.

Certa feita planejou fazer visitas domiciliares com pequenos grupos de estudantes. Os mesmos deveriam elaborar um plano de cuidado para os indivíduos e famílias visitadas. Assim, reuniu-se com os estudantes que apresentaram os planos de cuidado desenvolvidos para cada caso.

- Professora, planejamos uma intervenção lúdica. Construimos vasos sanguíneos com garrafas pet e com massinha caseira simularemos placas de ateroma. Acreditamos que a dona Rita vai conseguir apreender o que é a doença, a importância de hábitos saudáveis e o uso correto da medicação.

A enfermeira-professora fitou as estudantes e rapidamente afirmou: - Vocês são megalomaniacas. Essa intervenção é inviável. Quando vocês forem enfermeiras não conseguirão fazer tal coisa. Vocês terão centenas de pacientes para atender e um cem números de problemas para resolver. Isso é impossível.

As estudantes decepcionadas titubearam. - Professora, pensamos em uma estratégia que pudesse fazer sentido para a dona Rita. Que ela pudesse compreender e participar da orientação. Que pudesse compreender a importância do autocuidado.

A fala só aumentou a indignação da professora. Não conseguindo disfarçar o desagrado afirmou: - Eu não sei o que essas professoras de vocês estão pensando. Não tem senso de realidade. Elas têm inúmeros títulos, mas não sabem nada da prática.

As estudantes desencorajadas encaminharam-se para a casa da dona Rita. E lá desenvolveram o plano que cuidadosamente haviam planejado.

Passado algum tempo aproximou-se da enfermeira-professora a dupla de estudantes, dizendo: - Professora a dona Rita gostaria de falar com a senhora sobre a atividade que desenvolvemos com ela.

- Sim, estou à disposição.

Dona Rita com um imenso sorriso e olhar aberto disse: - Professora, muito obrigada. Aprendi muito com as estudantes. Conversamos muito e estou muito aliviada e feliz. Aprendi sobre o coração, os vasos, a minha doença, a importância da medicação, da alimentação saudável e da atividade física. Nunca imaginei que pudesse aprender tanto. Elas mudaram a minha vida.

Narrativa 3 – Encontros desejantes e forças pulsantes (25/04/2013)

(Perguntador) – Digam-me o que são?

(Ator 1) – Sou a enfermeira da saúde da família.

(Ator 2) – Sou médico que também trabalha na saúde da família.

(Ator 3) – Sou técnica de enfermagem que estou na saúde da família.

(Ator 4) – Sou agente de saúde e sou da comunidade.

(Ator 5) – Sou enfermeira e professora. Também sou desejo desejante. Carrego no peito força produtiva de lógicas instituintes e um desejo incomensurável de encontrar-me e pulsar junto.

(Ator 6) – Sou acadêmica de enfermagem e quero ser enfermeira da saúde da família. É o meu sonho e deixei quase tudo para ser estudante de Enfermagem.

(Perguntador) – Digam-me o que dizem? E o que fazem?

(Ator 1) – Digo que a saúde da família é uma proposta inovadora, mas as lógicas instituídas quebram as minhas asas e o meu devir passarinho. Então, digo que estou enfermeira da saúde da família. Faço tudo o que a instituição e a organização ordenam. Coordeno a equipe, faço reunião do HiperDia, exame colpocitológico, orientação de planejamento familiar...

(Ator 2) – Digo que também sou médico que trabalha na saúde da família. Não sei o que isso significa, não tive esse conteúdo na faculdade. Eu queria na verdade é ser médico neurologista, mas não passei na residência. Então, digo que estou médico da saúde da família. Faço tudo o que a instituição e a organização ordenam. Faço N consultas, prescrições, solicitação de exames, reuniões do HiperDia...

(Ator 3) – Digo que sou técnica de enfermagem e que faço curativo, aferição de pressão, vacinas e orientações. Digo também que aqui não é uma Estratégia Saúde da Família, é um postinho de saúde sem recursos e que fica na maior parte do tempo sem atendimento. Então, digo que estou técnica de enfermagem na saúde da família.

(Ator 4) – Digo que sou agente de saúde com muito orgulho, mas também digo que essa é uma paixão triste. Não me sinto acolhida na equipe. Não me sinto valorizada na equipe. A comunidade não é ouvida pela equipe. Então, digo que sou da comunidade.

(Ator 5) – Digo aos meus alunos para serem e pensarem por si mesmos. Escancaro o jogo de forças-poderes e digo que JUNTOS podemos des-construir e re-construir instituições, organizações, estabelecimentos, agentes e práticas, inclusive na saúde da família. Mas ser enfermeira e professora é uma paixão triste. Sinto-me triste por estar só. Sinto-me triste

porque o meu grito acorda as pessoas e as fazem enxergar, mas não as fazem caminhar. Então, choro e grito sozinha e a minha dor ecoa, mas não movimenta nada.

(Ator 6) – Digo que tenho um sonho e quero ser enfermeira da saúde da família. Acredito nessa proposta e quero estar próximo da comunidade, ouvi-los e fazer JUNTO... quero uma paixão alegre. Também digo que a minha professora me inspira e quero ser como ela é: ética, forte, corajosa, perseverante, solidária e competente. Esse é o meu desejo desejante. Isso é o que me mobiliza e motiva... esse devir enfermeira de saúde da família.

Narrativa 4 – Ser e vir a ser no mundo... (02/05/2013)

O poeta mirava o firmamento ao alvorecer em elucubrações.

Desses pensamentos desdobravam-se incontáveis reflexões e incertezas.

Os olhos ao longe e a cabeça a fervilhar pensamentos.

Palavras

Palavras

Palavras

Pensava e repensava a sua prática

Pensava e repensava a sua utopia

Às vezes as colocava num pedestal e esquecia-se da imperfeição e da incompletude de tais práticas e utopias.

O que fazer diante de tal constatação?

Parar

Pensar

Refletir

Agir

Será que temos tempo para

Parar?

Pensar?

Refletir?

O nosso tempo é o tempo do

Agir

Mas agir sem

Parar

Pensar

Refletir

É transitar no mundo pelo instinto, na cegueira e na alienação.

É deixar de ser.

Será que temos tempo-espço para ser?

Ser pensante

Ser pulsante

Ser vivente

Ou quem sabe vir a ser no mundo

Um ser que possa mesmo na incompletude, incerteza, caos e imprevisibilidade deixa ao menos uma boa pergunta.

As perguntas movem o mundo e as pessoas

As perguntas e os seus devires

As perguntas e as suas possibilidades mil...

Narrativa 5 – Práxis viva e pulsante (02/05/2013)

A enfermeira professora escrevia no diário de campo diversas palavras-chave a partir do diálogo dos atores sociais⁸⁶ das rodas de discussão.

Os atores sociais foram convidados a participar desse projeto-intervenção e estavam na Universidade pensando a Atenção Primária à Saúde brasileira e também pensando a Universidade que formou e deformou os seus agentes. Estavam fazendo história e pensando a história e seus protagonismos.

Os atores sociais JUNTOS faziam a análise coletiva da história, dos objetivos, da estrutura, do funcionamento da organização, das práticas e dos agentes da atenção primária à saúde.

A enfermeira professora estava pulsando por dentro, aquele momento tal esperado de pensar JUNTO tornou-se quase ideia fixa. Ela havia escrito na parede de seu escritório no início do projeto-intervenção, os seguintes dizeres:

- Quero pesquisar, questionar e analisar JUNTO o que está oculto, para JUNTOS reconstruirmos a história, os objetivos, a estrutura, a organização, as práticas e os agentes da Atenção Primária à Saúde e da Universidade.

⁸⁶ Os atores sociais eram os agentes comunitários de saúde ESF, enfermeira UBS, enfermeiras ESF, médico UBS, médico ESF, técnico de enfermagem UBS, acadêmicos de enfermagem, acadêmico de medicina, residentes de medicina comunitária e de família, professora de odontologia social, professor de psicologia social, professora de medicina comunitária e de família, professora de enfermagem em saúde pública, representantes da comunidade, representante do Conselho Municipal de Saúde, Prof^a Maria José Bistafa Pereira, Prof^a Cinira Magali Fortuna, Prof^a Fabiana Ribeiro Santana, Paulo Freire, Prof^a Maria Cecília Puntel de Almeida, René Lourau, Gregório Franklin Barembliitt, Georges Lapassade, entre outros.

Durante as rodas de discussão a enfermeira professora analisava os conteúdos antes adormecidos da sua própria história, saberes e fazeres. E essas implicações auxiliavam a compreensão dos porquês, para quê, e para onde caminhamos e fomos encaminhados nas/pelas Instituições.

As rodas de discussão com autoanálise e autogestão tornaram-se instrumentos para o protagonismo dos atores sociais. Cada um de nós afetou-se e foi afetado pelas discussões políticas, sociais, históricas, econômicas. Era uma subversão (outra versão) dos fatos, que agora escrevíamos com a ajuda da palavra viva.

As discussões eram como uma pequena chama que iluminava as nossas mentes. E o que esperávamos dessa pequena chama? “Ninguém acende uma lamparina e a coloca em baixo da mesa. Pelo contrário, ela é colocada no lugar próprio que ilumine todos os que estão na casa”.

APÊNDICE L - Memória da primeira reunião realizada no IFSI 1 na França para a apresentação da proposta da pesquisa para os formadores

Nota da pesquisadora: escolhemos anexar essa memória para demarcar o início da pesquisa na França. Essa memória foi elaborada para que os professores do Brasil acompanhassem o processo de aproximação no campo de pesquisa da França, já que nesse momento estávamos em pleno trabalho de campo no Brasil. A pesquisadora também apresentou essa memória para os orientadores do Brasil e da França e para a engenheira de pesquisa do EMA Dominique Samson. Dominique fez correções de alguns erros (já que o documento original fora elaborado em francês pela pesquisadora), mas o que mais chamou a atenção foi a mudança da palavra professor para formador. Dominique considerou esse erro um analisador, pois colocou em evidência as diferentes posições do sistema educativo do Brasil e da França. A equipe do IFSI não se compõe de professores, mas sim de formadores. Esse termo não existe no Brasil, mas na França é portador de características organizacionais e institucionais muito importantes. Segundo Dominique existe uma dimensão implícita de hierarquia entre as palavras professor que ensina na Universidade e formador que ensina em um lugar com menos prestígio (formação profissional). Ainda segundo Dominique, o nível do diploma do formador é considerado inferior, assim como o salário.

Memória da visita ao IFSI 1 na França. Fui ao Instituto de Formação em Enfermagem na França (Institut de Formation en Soins Infirmiers - IFSI) no dia 21 de novembro de 2014 com a engenheira de pesquisa do Laboratório Escola, Mutação, Aprendizagem (Laboratoire Ecole, Mutations, Apprentissages - EMA) da Universidade de Cergy-Pontoise (UCP) Dominique Samson e meu orientador da tese Gilles Monceau. Nós fomos recebidos no IFSI por FRP8 e outras formadoras (a equipe de formação é majoritariamente composta de mulheres). A visita foi programada com antecedência por Dominique et Gilles. A diretora do IFSI, nos recebeu com um discurso muito forte sobre a formação, mais ela não participou da reunião. Ela nos falou de uma formação em enfermagem fragmentada e disciplinar, referindo-se à desintegração entre as disciplinas de ciências biológicas e de enfermagem. Ela demonstrou conhecer bem a formação em enfermagem no Brasil, já apresentada pela enfermeira e professora da Universidade Federal de Minas Gerais Carla Aparecida Spagnol. Essa desenvolveu seu pós-doutorado na UCP. Suas palavras me mobilizaram e eu expressei minhas opiniões sobre a formação

no Brasil. Eu igualmente senti os efeitos produzidos pelas palavras da diretora sobre as formadoras. Me pareceu que esse discurso não era consenso entre as formadoras. Na sala de reunião, nós nos posicionamos em torno de uma mesa redonda. Nós éramos treze, sendo onze membros da equipe de formação do IFSI (1 homem e 10 mulheres). Cada um a seu tempo se apresentou (sobrenome, nome e tempo de atividade profissional na enfermagem e no IFSI). A maioria das formadoras tinha uma longa experiência profissional em enfermagem. Eu também me apresentei, mais preferi apresentar um *curriculum vitae* resumido em razão da minha dificuldade com a língua francesa. Durante minha apresentação as formadoras demonstraram muito interesse e curiosidade, especialmente pelas atividades de ensino na Universidade Federal de Goiás (UFG) - *Campus* Catalão. As formadoras ficaram muito intrigadas com a disciplina de Espiritualidade e Saúde. Meu orientador da tese explicou-lhes o significado de extensão na formação universitária no Brasil, particularmente da formação em enfermagem. Posteriormente, apresentei nosso dispositivo de pesquisa no Brasil. Para tanto, apresentei um pequeno texto em francês que foi corrigido previamente por minha colega do EMA e doutoranda em ciências da educação Silvia Valentim e pela Dominique. Durante a apresentação, as formadoras mostraram-se interessadas pelo dispositivo. Elas amaram particularmente a frase “... o calendário não será utilizado como uma camisa de força, mais como uma coisa viva”. Elas se mostraram muito interessadas e curiosas sobre os serviços de saúde pública e sobre a formação em enfermagem no Brasil. Nesse sentido, Gilles e eu lhes explicamos sobre a Estratégia Saúde da Família e sobre as atividades de estágio curricular obrigatório em enfermagem no Brasil. Eu também apresentei a referência da formação, nomeada no Brasil “Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem - Resolução nº 3 de 7 novembro de 2001”. Eu lhes prometi lhes dar mais informações sobre o sistema de saúde e sobre a formação profissional em enfermagem em janeiro de 2015. Felizmente, nesse período minha orientadora da tese Cinira Magali Fortuna estará na França. Em seguida, apresentei um power point com as questões da pesquisa, os objetivos, a metodologia e o calendário da tese. Algumas formadoras fizeram anotações durante a apresentação. Tive a impressão que elas refletiam sobre a minha inserção e minha imersão no campo de pesquisa. Gilles igualmente ofereceu mais informações sobre as questões éticas e sobre a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa no Brasil. Posteriormente, eu as agradei pela oportunidade de desenvolver minha pesquisa. Eu me comprometi de enviar meu *curriculum vitae*, o texto sobre o dispositivo da pesquisa e a apresentação em power point. Após a apresentação as

formadoras ficaram ainda na sala de reunião e continuaram a fazer perguntas sobre a pesquisa. Algumas formadoras mostraram-se envolvidas pela pesquisa. Penso que esse período de mudanças na formação em enfermagem na França tem sido muito estressante e complicado para as formadoras e formadores dos Institutos de Formação em Enfermagem. Nesse sentido, a pesquisa pode oferecer uma grande contribuição. No período na tarde, FRP8 nos apresentou os funcionários e as dependências do IFSI (e meu futuro escritório), assim como os laboratórios de enfermagem no Hospital (vinculado ao IFSI). Nós terminamos a visita com FRP8 programando uma reunião de trabalho no dia 9 de janeiro de 2015. Nessa reunião eu terei acesso aos documentos do IFSI: projeto pedagógico, os planos de ensino, entre outros.