

**SUÉLEN RIBEIRO MIRANDA PONTES DUARTE**

**MARCAS IDENTITÁRIAS E A FORMAÇÃO DO  
ENFERMEIRO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2011**

**SUÉLEN RIBEIRO MIRANDA PONTES DUARTE**

**MARCAS IDENTITÁRIAS E A FORMAÇÃO DO  
ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2011**

### **Ficha Catalográfica**

Miranda Duarte, Suélen Ribeiro  
M672m Marcas identitárias e a formação do Enfermeiro / Suélen Ribeiro  
Miranda Pontes Duarte; orientação, Anita Gurazzelli Bernardes. 2011  
132 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2011.

1. Enfermagem - Formação 2. Identidade social 3. Saúde pública I.  
Bernardes, Anita Gurazzelli II. Título

CDD – 610.73069

A dissertação apresentada por SUÉLEN RIBEIRO MIRANDA PONTES DUARTE, intitulada “MARCAS IDENTITÁRIAS E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Anita Guazzeli Bernardes  
(orientadora/UCDB)

---

Profa. Dra. Ivone Evangelista Cabral (UFRJ)

---

Profa. Dra. Lucy Nunes Ratier Martins (UCDB)

---

Prof. Dr. Márcio Luis Costa (UCDB)

Dedico:

Aos meus pais, por tornarem minha vida possível.

Ao meu esposo, pelo incentivo em conseguir realizar esta etapa da vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela oportunidade de conhecer a cidade de Campo Grande, MS, e à Universidade Católica Dom Bosco, por estar abençoando a minha vida e proporcionar a conclusão de mestrado com força e superação da distância da família.

Aos meus queridos e amados pais, José Francisco e Zilda, que sempre me apoiaram e me deram força para superar a saudade de todos. Agradeço a vocês por me ensinarem o bem mais importante da vida – a Educação – e por me mostrarem a cada dia a importância de respeitar a todos e vivenciar todos os momentos da vida.

Ao meu esposo, Cássius, que acompanhou cada momento da construção deste trabalho. Agradeço pela compreensão, pelo entusiasmo, pela convivência, pelo amor e carinho que sempre demonstrou durante estes anos. Você me fez enfrentar cada momento difícil com muita seriedade, competência e responsabilidade. Sua força foi muito importante para a concretização deste estudo – você contribuiu muito para isso.

À minha irmã Simone, que acompanhou a fase final deste trabalho e me ajudou com momentos de alegrias e descontração; ao meu cunhado Sérgio e a meus sobrinhos Sérgio Junior e Sheila, agradeço pelas conversas e pelo aconchego da família.

À minha irmã Silene, que acompanhou a minha inserção no mestrado e contribuiu com seus ensinamentos; ao cunhado Fernando e a meus sobrinhos Pablo e Rafael, agradeço pela convivência, carinho e alegria.

À Professora Doutora e amiga Anita, cujos ensinamentos são para toda vida. Obrigada pelas sugestões, ideias e questionamentos que contribuíram para este trabalho e que me modificaram durante este período. Agradeço por todo o carinho, atenção e conhecimento. Você conseguiu mostrar que tudo é possível.

Aos Professores e Doutores Lucy Nunes Ratier, Márcio Luis Costa e Ivone Evagelista Cabral, por participarem da banca e contribuírem com suas ideias e sugestões.

Aos colegas da turma do mestrado, que transmitiram o conhecimento da psicologia e me ajudaram durante estes anos.

Aos colegas e amigos professores do curso de Enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco, pelos momentos de ajuda e compreensão.

Ao grupo de estudo Michel Foucault, que colaborou com o aprendizado adquirido durante este período.

Aos professores do Mestrado, que transmitiram a simplicidade de conhecer e aprender Psicologia em Saúde, além de contribuir para este estudo.

## **Vir a Ser**

*Eu procuro por mim.*

*Eu procuro por tudo o que é meu  
e que em mim se esconde.*

*Eu procuro por um saber  
que ainda não sei,  
mas que de alguma forma já sabe em mim.*

*Eu sou assim...  
processo constante de vir a ser.*

*O que sou e ainda serei  
são verbos que se conjugam  
sob áurea de um mistério fascinante.*

*Eu me recebo de Deus e a Ele me devolvo.*

*Movimento que não termina  
porque terminar é o mesmo que deixar de ser.*

*Eu sou o que sou na medida em que  
me permito ser.*

*E quando não sou é porque o ser eu não soube  
escolher.*

Fábio de Melo

## RESUMO

A Enfermagem como profissão vem sendo modificada de acordo com transformações histórico-políticas do campo da saúde. Essas transformações acabam por engendrar marcas e formas de trabalhar em Enfermagem. Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo investigar as marcas identitárias que produzem as formas de ser e trabalhar em Enfermagem a partir de uma abordagem construcionista. Realizar esta pesquisa partiu do interesse como docente em saber das diversas identidades que vêm sendo construídas e da possibilidade de criar outras marcas identitárias na formação em Enfermagem. O presente estudo analisa o processo de construção identitária do enfermeiro, descreve as principais características da formação deste profissional e analisa as práticas discursivas presentes nesta formação, considerando os discursos que tornam possível a própria profissão. Para esta reflexão, foi utilizada uma estratégia genealógica que auxilia a pensar na proveniência e emergência como produção da figura do profissional enfermeiro. As ferramentas utilizadas nesta genealogia são as relações de poder/saber/marcas identitárias constitutivas do campo do Construcionismo Social. Os materiais utilizados para a pesquisa foram: o currículo mínimo do Decreto n. 27.426, 14 de novembro de 1949, que regulamenta a Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949; as diretrizes curriculares mencionadas na Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação; o Projeto Político Pedagógico e o currículo do curso de Enfermagem 2006 da Instituição de Ensino Superior de Mato Grosso do Sul. Como resultados, foi possível a identificação de marcas como a assistência prestada pela Enfermagem, que se torna possível devido a relações de poder/saber conformadas em um discurso Biomédico, além de se considerarem os diversos acontecimentos no setor saúde que fizeram da Enfermagem uma ciência, e não uma categoria submissa à Medicina, a partir da proveniência do discurso da Saúde Coletiva. Essas novas marcas possíveis pela reforma da saúde no Brasil tornam atribuições da Enfermagem: planejar, coordenar e organizar os serviços de saúde, bem como a prática do cuidado. O estudo demonstrou que a Enfermagem é campo de construção de sujeitos e objetos, portanto, de marcas identitárias, produzidas pelos discursos encontrados no currículo, que atuam como tecnologias de poder/saber no interior da Instituição, contribuindo para a formação de enfermeiro mediante os discursos Biomédico e de Saúde Coletiva e ainda para os enfrentamentos dos discursos Biomédico e de Saúde Coletiva. Apesar de todas as modificações no campo da saúde, a formação em Enfermagem tem ainda uma interpelação intensa do discurso Biomédico, que é a marca principal do currículo.

Palavras-chave: Marcas identitárias. Formação em Enfermagem. Relações de poder/saber. Discurso Biomédico. Discurso da Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

Nursing as a professional occupation has been modified according to historical-political changes in the health field. Such changes end up producing marks and ways of working in Nursing. This research aims at investigating identity marks that produce ways of being and working in the Nursing area, regarding a constructivist approach. The research has stemmed from my interest as a professor in knowing the several identities that have been constructed and the possibility of creation of other identity marks in Nursing education. The study analyzes the process of identity formation of nurses, describes the main characteristics of this professional education, and analyzes the discursive practices found in that education, considering the discourses that have made the very profession possible. In this reflection, a genealogic strategy has helped me to think about provenience and emergence as production of the nurse professional. The tools used in this genealogy have been power/knowledge relations and identity marks that constitute the field of Social Constructivism. The materials used in the research are the following: the minimum curriculum present in Decree 27.426, from 1949, which rules the Act 775, from 1949; curriculum guidelines mentioned in Resolution 3, from 2001, by the National Education Board; the Pedagogical Political Project and the curriculum of the Nursing Course of a Higher Education Institution in Mato Grosso do Sul. As a result, it has been possible to identify marks such as the assistance provided by nursing, which has been enabled through power/knowledge relations formed in a bio-medical discourse, besides considering several events occurred in the health area that have converted Nursing into a science, no longer a category subjected to Medicine, from the provenience of the Collective Health discourse. Those new marks enabled by the health reform in Brazil have established as nursing attributions: planning, coordinating, and organizing health services, as well as the care practice. The study has shown that Nursing is a field of construction of subjects and objects, therefore, it constructs identity marks produced by discourses found in the curriculum that act as power/knowledge technologies inside the Institution, thus contributing towards the education of nurses by means of bio-medical and Collective Health discourses and also towards the confrontations between those discourses. Despite all the changes occurred in the health field, nursing education is still strongly affected by the bio-medical discourse, which is its major curriculum mark.

Key Words: Identity marks. Nursing education. Power/knowledge relations. Bio-medical discourse. Collective health discourse.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO</b> .....	16
2.1 O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM SOB O CONSTRUCIONISMO SOCIAL .....	17
2.2 AS FERRAMENTAS CONCEITUAIS FOUCAULTIANAS INSERIDAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO .....	24
2.3 AS MARCAS IDENTITÁRIAS: UM OLHAR PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	32
<b>3 GENEALOGIA DA ENFERMAGEM</b> .....	41
3.1 A GENEALOGIA IMPLICADA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO .....	42
3.1.1 A reforma sanitária como acontecimento na genealogia da enfermagem.....	54
3.2 A HISTÓRIA REPERCUTE NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	58
3.3 A CONSTRUÇÃO DA ENFERMAGEM NOS DISCURSOS .....	63
3.3.1 Discurso e áreas de conhecimento: uma análise da proveniência.....	63
3.3.2 Discurso Biomédico e práticas curativas .....	78
3.3.3 Emergência do discurso da saúde coletiva no currículo .....	92
3.3.4 Enfrentamentos micropolíticos: discurso Biomédico e discurso da Saúde Coletiva .....	101
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	116
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	122
<b>ANEXOS</b> .....	128

## **1 INTRODUÇÃO**

---

A Enfermagem destaca-se em suas funções por assumir grandes responsabilidades. O enfermeiro lidera e coordena uma equipe e as atividades por ela realizadas, determina o que deve ser executado e distribui as tarefas, supervisionando o funcionamento do trabalho. Atua diretamente na assistência do paciente, na organização de setores e de unidades de saúde. Esta profissão, nos últimos anos, está se concretizando como ciência, no sentido de constituir-se como profissão independente da prática de suas atribuições junto aos pacientes e de atuar em áreas administrativas e organizativas, no gerenciamento de setores e de instituições responsáveis pelas atualizações a serem transmitidas às demais categorias. Nesse sentido, a formação de Enfermagem caracteriza-se por marcas, pelas quais se definem a profissão e a maneira que este profissional vem atuando no mercado de trabalho, bem como as formas para melhorar o aprendizado e caracterizar este profissional de forma a contemplar as necessidades da saúde no Brasil.

A Enfermagem é dividida em categorias profissionais, sendo: Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem (ambos inseridos no Ensino Médio) e Enfermeiros (inserido no Ensino Superior). Essas categorias são diferenciadas em suas atribuições – no que se refere à responsabilidade de cada categoria, segundo diretrizes criadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – e na sua formação – considerando-se o período utilizado para a formação acadêmica, as disciplinas, os objetivos e as práticas a serem realizadas. A formação do enfermeiro se dá em um período maior do que o das demais categorias de Enfermagem, devido às suas responsabilidades, que exigem um aprendizado mais completo de suas atribuições, de acordo com os serviços executados em vários espaços (hospitais, clínicas, unidades, domicílios, escolas, empresas), com o foco em diversos públicos (crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos), com diferentes doenças (infecciosas, parasitárias, contagiosas, etc.) e, ainda, com o conhecimento em Gerenciamento de Saúde, como maneira de coordenar/liderar equipes.

A reforma na saúde com o Sistema Único de Saúde (SUS) abriu espaço para a Enfermagem de ensino superior ampliar seu escopo de ações na rede pública de saúde, por estar inserida em todas as Políticas criadas como maneira de organização da saúde da população. Por meio dessas políticas, enfatizam-se as ações a serem desenvolvidas nos diversos programas que estão se criando, como maneira de abranger a população integralmente, conforme estratégias definidas pelo Ministério da Saúde. A Enfermagem cria possibilidades de investimento na área de saúde por atender às necessidades da população, no sentido de ouvir, assistir, organizar, supervisionar, reabilitar, com o objetivo principal de

buscar qualidade de vida de toda a população. No entanto, existe a necessidade de atualizar os conhecimentos e aplicabilidade da prática de Enfermagem nas Instituições de formação profissional, de maneira a modificar a formação, construindo o conhecimento e preparando o profissional para mudanças do setor de saúde. Qualificar a formação de enfermeiro hoje é pensar na inclusão de disciplinas voltadas não somente às atividades em ambiente hospitalar, mas também ao primeiro nível de complexidade dentro do SUS, que é a Atenção Básica.

Esse nível engloba um grande contingente da população, pois funciona como porta de entrada para o SUS. As Políticas criadas pelo Ministério da Saúde atuam diretamente na Atenção Básica, com enfoque na saúde, proteção, promoção e recuperação, não mais restritas à cura de doenças. Os profissionais dessa área devem ser qualificados, incluindo-se no aprendizado o que vem sendo exigido no processo de reforma da saúde. Isto é de responsabilidade da Instituição de Ensino, que deve adequar-se à grade curricular do curso, ou melhor, às diretrizes curriculares. Aqueles profissionais já formados devem hoje buscar atualização, pois a formação do conhecimento foi direcionada para a cura de doenças, em um modeloologista.

O currículo constitui, entre outras estratégias, segundo Ferreira e Ramos (2006), o perfil dos egressos em Enfermagem no Brasil, profissionais capazes de intervir nos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade. O profissional enfermeiro tem saído das Instituições de Ensino com perfil hospitalocêntrico. No entanto, há alguns anos, o currículo do curso de Enfermagem vem sendo alterado para formar profissionais capazes de atuar de maneira global, unificando os conhecimentos e aplicando-os em todas as circunstâncias, mediante a incorporação do discurso da Reforma Sanitária.

Diante do trabalho executado como docente do curso de graduação em Enfermagem e sendo sujeito da transmissão de um saber, pude acompanhar como a formação vai construindo diversas marcas identitárias, que contornam tanto o modo de ser enfermeiro quanto a própria maneira de o enfermeiro se reconhecer como tal. No que se refere às maneiras pelas quais o enfermeiro vem executando o seu trabalho, o que de certa forma é reconhecido pela população, considerando-se a forma de atuação no serviço e a aplicabilidade de suas atribuições, como a Consulta de Enfermagem, demonstra-se que este profissional é capaz de colaborar com condições de acesso às possibilidades de vida, atuando em prevenção, promoção e recuperação da saúde. O fato de executar a Consulta demonstra que a população vem aceitando a atuação e participação do profissional com maior ênfase na Atenção Básica.

A oportunidade de ministrar aulas e acompanhar estágio supervisionado com os acadêmicos do curso de Enfermagem proporcionou-me vários questionamentos referentes à formação e construção do profissional enfermeiro. A possibilidade de estudar a formação deste profissional nestes últimos anos irá contribuir para pensar na formação do profissional de outro modo.

Para perscrutar as marcas identitárias que se pretende identificar na formação do profissional enfermeiro, elegeu-se como campo de análise as Diretrizes Curriculares do curso, que abordam as normas que se devem seguir e determinam as atividades a serem desempenhadas pelos alunos e professores (FERREIRA; RAMOS 2006). Consideraram-se o Projeto Político Pedagógico de 2006 (PPP/2006) e o currículo do curso de Enfermagem de 2006 a 2009 de uma Instituição de Ensino do Mato Grosso do Sul; o currículo mínimo do Decreto n. 27.426, de 14 de novembro de 1949, que regulamenta a Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949; as diretrizes curriculares mencionadas na Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE) (BRASIL, 1949a, 1949b; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

O material utilizado foi retirado da base de dados de uma Instituição de Ensino por meio da fonte virtual, e foi realizado o mapeamento das diretrizes curriculares do curso para discutir sua construção e os discursos em que está baseada. As ferramentas teóricas permitem tanto a formação dos problemas de pesquisa quanto a forma de analisá-los: as relações entre poder/saber que se baseiam nas estratégias utilizadas para modificar a construção de sujeitos nas relações estabelecidas que produzem marcas identitárias, em uma concepção foucaultiana. Portanto, mediante estas ferramentas possíveis, chega-se aos questionamentos e à possibilidade de realizar esta pesquisa, com intuito de contribuir para possíveis mudanças.

Os objetivos desta pesquisa são analisar o processo de construção identitária do enfermeiro durante a Graduação; descrever as principais características da formação do profissional enfermeiro; analisar as práticas discursivas presentes na formação da Enfermagem; considerar os discursos da formação em Enfermagem.

A necessidade de considerar as implicações tidas como campo de análise deste estudo está enfocada na Psicologia Social, especificamente na vertente construcionista, e utiliza-se da Genealogia como procedimento investigativo. A Psicologia Social não é uma teoria, mas um campo constituído por diversas teorias. A escolha do Construcionismo Social como campo de análise da Psicologia Social é feita por tratar-se de ferramenta de reflexão interdisciplinar, ou

seja, o próprio Construcionismo Social é fruto de uma articulação entre distintas disciplinas, tais como Psicologia, Filosofia, Antropologia, Sociologia, etc. Essa composição teórica permite que o conhecimento seja compreendido como um processo de construção que necessita de diversas interfaces, de acordo com as características dos objetos de investigação. Essas interfaces possibilitam que os profissionais não psicólogos também se utilizem de ferramentas particulares dessa disciplina. A Psicologia Social, na vertente construcionista, acaba por servir de interlocutor/interrogador de outros campos disciplinares — no caso desta dissertação, da Enfermagem. Uma das ferramentas utilizadas pelo Construcionismo para os processos de interrogação é nomeada Genealogia. A Genealogia oferece ao Construcionismo tanto conceitos, tais como o de poder e verdade, quanto um modo de investigação, ou seja, um caminho investigativo.

É importante compreender a genealogia descrita por Foucault (2009b) sob o ponto de vista nietzschiano. É preciso reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, suas surpresas, as vitórias, as derrotas, suas intensidades, seus desfalecimentos, suas agitações. A genealogia é vista em articulações: proveniência por estar relacionada com um conjunto de acontecimentos, não se pensando metafisicamente, mas no sentido de justificar, enunciar a verdade às atitudes que se tornam práticas, pois existe uma proveniência para justificar determinada ação/atitude; emergência designa o ponto de surgimento, como princípio de um aparecimento, e se produz sempre em um determinado estado das forças, ou seja, no momento em que os relacionamentos cotidianos se submetem aos jogos de forças, de afrontamento.

A genealogia será o caminho investigativo desta pesquisa, que auxilia a pensar na proveniência e emergência como condições para a produção da figura do profissional enfermeiro.

Dessa maneira, surge o problema de pesquisa: *de que modo se constituem as marcas identitárias que conformam a figura do enfermeiro?*

Para respondê-la, em um primeiro momento, será discutido o processo de construção do objeto de pesquisa. Em um segundo momento, será feita uma genealogia da formação, iniciando-se com a construção do objeto com base na modernidade/pós-modernidade, relações de poder/saber e marcas identitárias. Depois, parte-se para a ontologia do presente, utilizando-se os materiais citados anteriormente.

## **2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO**

---

## 2.1 O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM SOB O CONSTRUCIONISMO SOCIAL

Para pensar os processos de investigação e, com eles, a construção dos objetos de pesquisa, é necessário compreender a modernidade, caracterizada por transformações sociais, econômicas e políticas circunscritas em certo período histórico. Este, por sua vez, é difícil de ser precisado de modo homogêneo, pois abrange desde o século XV até, para alguns autores, a atualidade. Isso porque a modernidade inaugura uma forma de produção de conhecimento tardio que terá legitimidade científica. Bauman (2001, p. 15) denomina esta modernidade como sendo modernidade líquida: “[...] a modernidade começa quando o espaço e o tempo são separados da prática da vida e entre si [...]”. O tempo tornou-se a arma na conquista do espaço – o espaço era o lado sólido e impassível, pesado e inerte, e o tempo era o lado dinâmico e ativo, a força invasora, conquistadora e colonizadora.

Devido à metáfora de os líquidos não se fixarem no espaço e não se prenderem no tempo, o conhecimento produzido por uma sociedade não coincide com o de outras. Os conceitos são produzidos por práticas individuais e coletivas que não são iguais em todo o mundo, o que leva a interpretar que o conhecimento implica, nesta pesquisa, a forma de construção que, no âmbito da saúde ou da Enfermagem propriamente dita, modifica as relações existentes no cotidiano da vida e que, de certa forma, produz outras maneiras de pensar e refletir as ações executadas pelo profissional enfermeiro. Pelo simples fato de falarmos, estamos construindo maneiras de agir, portanto, criando novas marcas identitárias.

A modernidade, para Hammouti e Íñiguez (2002a, p. 108), “[...] é um discurso totalizante, no sentido de que se apresenta como válido para todo mundo. Válido em todo mundo e em todos os tempos [...]”. A modernidade é tida como uma época de movimento do pensamento, um momento particular da história.

A modernidade objetivou o universalismo: a crença em uma fundamentação segura da verdade, uma ideologia do indivíduo com valor fundamental, em que o conhecimento é a representação do mundo, centrada no sujeito cognocente, mas que deve ser considerada como descontinuidade no tempo, em sua heterogeneidade, em sua variabilidade, pois deve ter altos e baixos, maneiras diferentes de pensar e agir. Ela possui rupturas, fragmentações e descontinuidade, por isso não é homogênea, mas tende à totalização, por meio da lógica do universalismo.

O conhecimento, na modernidade, é representação do mundo, ou seja, a realidade vivenciada como forma de representar os objetos do mundo. O sujeito reflete tanto o individual quanto o coletivo, pois somos capazes de estabelecer relações, produzir conhecimento sobre práticas do nosso cotidiano. O pensamento moderno está embasado nas discontinuidades, nas rupturas existentes em todo processo de questionamentos, ou seja, deve-se interrogar sobre a realidade permanentemente, mas não a existência do sujeito que conhece. Para tanto, é necessário definir o funcionamento e a estrutura da realidade e das coisas, nas explicações fundamentadas em metanarrativas, nas grandes compreensões do mundo, devido às modificações marcadas nos diversos períodos de construção do conhecimento (HAMMOUTI; ÍÑIGUEZ, 2002a).

Ao falar em sujeito, Hammouti e Íñiguez (2002a) enfatizam que ele é visto na modernidade como autônomo, que pode chegar a ser dono de si mesmo e que é responsável e agente da própria situação. A centralidade do sujeito está igualmente presente; somos capazes, então, de encontrar, estabelecer e desenhar nossas próprias opções, de ser donos de nossas vidas. A modernidade é o processo social que produz a subjetividade, pois modela a forma como o sujeito percebe a si mesmo. O sujeito tem que ter independência do objeto, ser uma entidade distinta.

Por outro lado, a dicotomia do sujeito e objeto dentro do campo da modernidade, para Latour (2001), dá sentido claro ao valor de verdade do que se fala (assertiva). A verdade é um critério que deve ser universal; dessa forma, trata-se de desvendar a verdade do objeto e aproximar-se o mais possível de uma essência. No entanto, o método científico possibilita a separação entre sujeito e objeto, pois o objeto é analisado e o sujeito o olha e, ainda, observa o objeto.

No século XX, emerge um processo de crítica aos valores criados no campo da ciência pela modernidade. Esse movimento é considerado por alguns autores como pós-modernidade. A pós-modernidade é vista como denominação aplicada às mudanças das ciências, entretanto, também se encontra na literatura, na arquitetura e em outros espaços de expressão humana. Segundo Hammouti e Íñiguez (2002a, p. 111), “[...] a pós-modernidade parece referir-se a uma coisa que está aí – é uma antimodernidade: um posicionamento crítico contra a modernidade [...]”, mas não é um discurso homogêneo, sistemático, regular.

Para Hammouti e Íñiguez (2002a), o objeto não é denominado como imagem do objeto que vemos exteriormente, mas o que existe materialmente é a maneira como nos referimos a este objeto. A verdade não está mais unicamente naquilo que convencionamos como realidade; a verdade não está mais nos fatos, e sim nas informações.

Considerando os campos da modernidade e pós-modernidade, a Enfermagem é uma área em processo de construção e pode ser precisada como um campo que produz objetos e sujeitos na lógica moderna. A história vem sendo modificada por meio do conhecimento que caracteriza as marcas identitárias do profissional. A Enfermagem surge na modernidade com conteúdos que a caracterizam como tal, como, por exemplo, as marcas identitárias que tornaram possível a construção da Enfermagem, o atendimento caritativo, os cuidados prestados aos pobres, a utilização da roupa branca, o fato de acompanhar os atendimentos médicos. A Enfermagem moderna constrói seu sujeito e objeto por meio das marcas produzidas pela Medicina Moderna e pelo assistencialismo. Com as modificações que ocorrem no campo da saúde e no próprio processo de profissionalização da Enfermagem no século XX, ela passa a constituir-se de outras formas. Nesse sentido, se se considera a pós-modernidade como um modo de colocar a modernidade em análise, cria-se a possibilidade de analisar e discutir a Enfermagem como profissão construída, como produção de um tempo-espaço e como produtora de sujeitos e objetos de acordo com as articulações com a Medicina, a Saúde e as Políticas Públicas.

O Construcionismo Social é uma forma de criticar a modernidade no que diz respeito ao Universalismo como prática ideológica do indivíduo, à dicotomia do sujeito e objeto, à separação de um e do outro, à centralidade do sujeito devido às suas características, e ao conhecimento como representação. O Construcionismo Social emerge no campo da Psicologia Social a partir do momento em que esta começa a fazer uma crítica ao conhecimento que produzia e às suas implicações no espaço da vida cotidiana. O Construcionismo Social é tributário das modificações no campo da ciência que passam a criticar os valores modernos, portanto, conforma-se como uma articulação na Psicologia, aquilo que se nomeou como movimento pós-moderno.

O Construcionismo Social interessa-se pela forma de multiplicidade de assuntos investigados, tem o olhar abrangente para indagar e compreender diferentes discursos e, com isso, ter mais e mais objetos de estudo para serem pesquisados. Explica o processo mediante os quais as pessoas descrevem, explicam e especificam o mundo em que vivem, incluindo a si

mesmas. Nesse sentido, o Construcionismo Social auxilia a colocar em análise a formação em Enfermagem quando a considera como campo de construção de sujeitos e objetos, portanto, de marcas identitárias – ou seja, serve como um conjunto de ferramentas que tornam a formação em Enfermagem um problema, e não uma evidência histórica.

O Construcionismo Social é essencialmente uma abordagem teórica da Psicologia Social, sendo algumas vezes classificado como um movimento, outras vezes como uma posição, uma teoria, uma orientação teórica (CASTAÑON, 2004). Segundo Hammouti e Íñiguez (2002a), uma das características desse movimento é “não admitir definição”, e não há um elemento que permita dizer “isto é construcionismo”.

Trata-se, portanto, de constituir um conhecimento especializado que será mais preciso, mais coerente, mais fundamentado e mais sólido que os conhecimentos de sentido comum (IBÁÑEZ, 1994).

Gergen (2009) diz que, do ponto de vista construcionista, o processo de compreensão das pessoas não é automaticamente conduzido pela natureza, mas é resultado das relações entre as pessoas; no entanto, a investigação é atraída por bases históricas e culturais das várias formas de construção do mundo. Nessa perspectiva, o Construcionismo Social destaca-se pelo caráter relacional, o qual envolve o diálogo e a linguagem por meio da produção gerada por sentido humano. A linguagem é formada ou construída através das atividades humanas; dessa forma, torna-se um ciclo de formações e construções a partir de relações.

Considera-se que o Construcionismo Social se constitui nas condições de possibilidade pós-modernas, pois seus postulados amparam-se nestas conformações do conhecimento pós-moderno: questionar as verdades acatadas, pôr em dúvida a maneira como nos foi ensinado a olhar o mundo e a forma que nos ensinaram a olhar para nós mesmos; considerar a especificidade e a particularidade histórica e cultural do conhecimento, pois todo conhecimento é resultado de um processo histórico particular, produzido no seio de uma cultura ou grupo cultural particular, como é o caso da Enfermagem, caracterizada em seu contexto histórico particular de profissão definida na prestação do cuidado; colocar os processos sociais como fundações ou sustentações do conhecimento, ou seja, o conhecimento sempre é resultado de uma construção coletiva; por último, considerar o conhecimento como inseparável da ação social, sendo toda construção social determinante de certo tipo de ação humana (HAMMOUTI; ÍÑIGUEZ, 2002a). Dentro dessa perspectiva, duas ferramentas conceituais tornam-se fundamentais: linguagem e cultura.

Para melhor compreensão, será necessário explanar primeiramente a virada linguística, um dos antecedentes da análise de discurso, um debate na filosofia da ciência relacionado ao fato de a linguagem científica ser ou não formal e de a linguagem cotidiana ser ou não suficiente para a ciência. Defendida por Richard McKay Rorty (1931-2007), Willard Van Orman Quine (1908-2000) e Donald Davidson (1917-2003), a virada linguística surge para entender como é o mundo – se seria suficiente a utilização de uma linguagem cotidiana e o uso ou o desenvolvimento de linguagens formais como forma de entender a realidade. Diante das implicações, considera-se que a ação dos cientistas é uma prática social igual às ações desenvolvidas pelas pessoas em seu cotidiano (HAMMOUTI; ÍÑIGUEZ, 2002b).

A virada linguística, também nomeada de “giro linguístico”, para Ibáñez-Gracia (2004), não é um fato preciso, mas um fenômeno que vai se formando e que adota várias modalidades ao longo do desenvolvimento. O “giro linguístico” modificou a própria concepção de natureza da linguagem. Íñiguez (2004, p. 55) menciona que “[...] o giro linguístico foi um giro no sentido de ter sido uma mudança radical graças ao seu questionamento se a linguagem cotidiana é suficiente para explicar o mundo e a vida real [...]”.

A linguagem é a própria condição do pensamento nos enunciados que a linguagem permite construir para representar o mundo (IBÁÑEZ-GRACIA, 2004). Hammouti e Íñiguez (2002c, p. 160) relatam “[...] que a linguagem científica nada mais é que uma gíria de um grupo social particular, o dos cientistas [...]”. Segundo Íñiguez (2004), a linguagem não é representativa da realidade, mas produz essa realidade. Todo discurso tem um contexto de produção, e esse contexto é a formação discursiva.

Para Ibáñez-Gracia (2004), considerar que a linguagem é um instrumento que manifesta as nossas ideias; e, se o nosso discurso parecer confuso, é porque nossas ideias não estão claras, o que deve ser colocado em análise pelo Construcionismo. Isso porque a linguagem é construção do mundo, pois, no ato da fala, por exemplo, não representamos objetos simplesmente, mas damos sentido a diversas ações, refletindo a comunicação e a produção de uma linguagem ambígua, imperfeita e imprecisa. Dessa forma, podemos considerar que o “giro linguístico”, de acordo com esse autor, contribuiu para que fossem esboçados novos conceitos sobre a linguagem, permitindo assim o surgimento de novos significados para aquilo que se costuma entender pelo termo realidade. A linguagem deixa de ser apenas uma representação do mundo/realidade, uma expressão de nossas ideias, e passa a ser construção da realidade.

Tomamos por conhecimento aquilo que é representado em proposições linguísticas – arquivado em livros, revistas, disquetes, etc. Estas interpretações, para continuar um tema anterior, são constituintes de práticas sociais. Sob esta perspectiva, o conhecimento não é algo que as pessoas possuem em algum lugar dentro da cabeça, mas sim algo que as pessoas fazem juntas. As linguagens são essencialmente atividades compartilhadas (GERGEN, 2009, p. 310).

Portanto, a linguagem é necessária para a compreensão do mundo em que vivemos, por meio das práticas sociais estabelecidas entre as pessoas, e não apenas representação do mundo. No que diz respeito à Enfermagem, significa considerá-la não como um campo que representa uma profissão, mas como campo construído linguisticamente por meio de práticas sociais que produzem certa realidade, sujeitos e objetos na área da saúde.

Quando falamos de linguagem e cultura, é importante caracterizar a cultura como maneira pela qual a linguagem será construída, pois cada grupo social ou sociedade constrói/produz sua linguagem, e não há coincidência de umas com as outras. Hammouti e Íñiguez (2002b) relatam que as nossas práticas cotidianas geram conceitos, taxonomias e definições que não são universais, mas funcionais em uma determinada forma de entender a própria vida. Nessa perspectiva, a história de uma sociedade e a cultura modificam as taxonomias com o passar do tempo. Portanto, por meio das condições sociais e culturais de um grupo ou sociedade geradas no tempo, é possível interrogar-se sobre a construção da Enfermagem por meio de práticas sociais – profissão submetida a condições históricas e culturais particulares. Isso nos faz pensar que abordar o tema “Enfermagem” nos condiciona a rever a história desta, o que nos é possibilitado por meio da cultura e do processo histórico.

Inserida na cultura, a linguagem deve ser vista como uma forma de ação. Por exemplo, no Brasil, atualmente as práticas de Saúde encontram-se nos enfrentamentos entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, ou discurso Biomédico e saúde ampliada, tratando-se de estratégias que modificam a atuação/formação do enfermeiro, de modo específico, e, de modo geral, do trabalho na saúde.

Hall (1997, p. 16) menciona que “toda ação social é cultural” e que na cultura há uma centralidade substantiva e epistemológica. Por substantivo, relata o lugar da cultura na organização das atividades, instituições e relações culturais na sociedade, transformações no modo da vida local e no cotidiano das pessoas. Da mesma maneira que ocorre no mundo e na vida social, acontece em termos de conhecimento, por meio da forma epistemológica, que passou a ver a cultura como uma condição constitutiva da vida social, tendo uma mudança no

paradigma, sendo conhecida como virada cultural, que se relaciona à linguagem. O discurso fornece uma linguagem para se poder falar sobre um assunto e uma forma de produzir um tipo particular de conhecimento.

A diversidade cultural, para Bhabha (1998), é um objeto epistemológico – a cultura como objeto do conhecimento empírico. O problema da interação cultural só emerge nas fronteiras significatórias das culturas, o que para muitos é compreendido como significados e valores (mal) lidos ou signos apropriados de maneira equivocada.

Entretanto, o autor quer pensar as fronteiras da cultura como um problema relativo à expressão da diferença cultural, o que significa ir além do reconhecimento das diversidades. Aqui nos interessa pensar a cultura como constitutiva de certa categoria profissional que se enquadra em um espaço nomeado de Enfermagem e, dessa forma, encontra suas possibilidades na Medicina Clássica, Medicina Social e no cuidado de forma geral, ou seja, nas fronteiras entre essas diferentes práticas sociais.

O conhecimento é construído na linguagem e pela cultura, por meio das relações, como pensamento, esperança, necessidade, amor, crença, lembrança – construções de um tempo específico, vistas no tempo e na cultura (BORGES, 2007). Hall (1997) diz que a cultura está presente nas vozes e imagens, sendo trazida para dentro de nossos lares através do conhecimento, do aprendizado voltado, por exemplo, à área da Enfermagem e ainda presente nos eventos que caracterizam uma história da profissão, sendo possível a realização de Congressos, Seminários, Encontros, que surgem como maneira de refletir sobre a profissão e repensar como está sendo vista, não deixando de ser uma forma de linguagem.

Portanto, com base nesse campo conceitual, é importante compreender como os processos sociais constroem sentidos, verdades, realidades, formas de trabalhar e reconhecer-se como trabalhador no caso da formação em Enfermagem. Nesse sentido, o Construcionismo Social utiliza ferramentas conceituais foucaultianas, entre outras. Essas ferramentas dizem respeito ao conceito de verdade na sua articulação com a virada linguística e cultural.

À luz do Construcionismo Social, a Enfermagem encontra-se em processo de construção; como maneira de analisá-la no contexto histórico cultural, o Construcionismo Social possibilita entender a construção das marcas identitárias da profissão. Com a modernidade e a pós-modernidade, a Enfermagem passa a ser vista nesse processo de construção como produtora de sujeitos e objetos, na medida em que por construção se

entendem as modificações que tornam possível pensar que um objeto não é o mesmo através dos tempos, ou seja, não é natural; tampouco se trata de uma evolução, mas de um campo de lutas por imposições de sentidos. Esse campo de lutas conforma-se mediante os jogos produzidos pelas relações de poder/saber. No que diz respeito à Enfermagem, esses jogos constituem-se pelas articulações entre Saúde, Medicina e Políticas Públicas.

## 2.2 AS FERRAMENTAS CONCEITUAIS FOUCAULTIANAS INSERIDAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

“O poder não é um objeto natural, uma coisa, é uma prática social, e como tal constituída historicamente.” (MACHADO, R., 2009b, p. x).

O poder não é tido como o poder de dominar determinada situação, no sentido de superioridade, definindo-se como ações sobre outras ações possíveis, como estratégias, táticas (FOUCAULT, 2003). Segundo Machado, R. (2009a, p. 169), “[...] o poder é uma relação de força, ou melhor, toda relação de força é uma relação de poder [...]”, e toda relação de poder pressupõe campos de saber que a atualizam.

Como verdade ou saber, Foucault (2009b) menciona um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. A verdade está ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam. Machado, R. (2009a) explica o conceito de saber em Foucault como original. O saber é constituído por dois elementos puros, duas formas, dois estratos, duas estratificações, duas qualificações, duas camadas sedentárias: ver e falar, visível e dizível, visibilidade e legibilidade, conteúdo e expressão. Esses dois elementos passam a ter expressão justamente porque se articulam às relações de poder. O saber não é poder, mas, para que um campo de saber aconteça, produza objetos e sujeitos, são necessários jogos de poder que o atualizem. O saber vê e fala, enquanto que as relações de poder fazem ver e fazem falar. O saber/verdade manifesta-se a partir de uma relação de força (FOUCAULT, 2005).

Foucault (2003) relata que verdade é um conjunto de procedimentos que permitem a cada instante que sejam pronunciados como enunciados que serão considerados verdadeiros. Eles funcionam para milhares de pessoas como verdade unicamente porque foram

pronunciados daquela maneira e não de outra, naquele momento e não em outro, por aquela pessoa e não por outra. Esse conjunto de verdades compõe uma formação discursiva.

A formação discursiva constitui-se por um conjunto que Foucault (2009a) nomeia de práticas discursivas, que são regras anônimas, inseridas no processo histórico, determinantes no tempo e delimitadas no espaço. Assim, a época, os grupos e comunidades vão definindo as condições que possibilitam qualquer enunciação, ou seja, as práticas discursivas são verdades de um determinado tempo-espaço. “As práticas discursivas deixam claro que falar não só é algo mais como também é algo diferente de exteriorizar um pensamento ou descrever uma realidade: falar é fazer algo, é criar aquilo de que se fala, quando se fala.” (ÍÑIGUEZ, 2004, p. 94-95).

Dessa maneira, a linguagem científica, como uma formação discursiva, marca certo grupo de pessoas da área da saúde, a maneira pela qual essas pessoas se relacionam e o que constitui determinados processos de formação. O espaço de formação profissional, como as Instituições de Ensino, constitui práticas discursivas que determinam a formação. É sob essa perspectiva que se quer conhecer as maneiras pelas quais é produzido o profissional de Enfermagem.

Oliveira (2006, p. 61) relata que “[...] a palavra construção tem um sentido dinâmico e não estático, por isso, o seu processo envolve idas e vindas num movimento constante [...]”. Tal movimento de construção e reconstrução de um contexto individual ou coletivo produz a formação das marcas identitárias e mudança nos processos de formação do profissional enfermeiro.

O Construcionismo permite pensar a Enfermagem como produção social mediante um conjunto de práticas discursivas entendidas como práticas culturais e linguísticas, ou seja, pensa-se a ciência tanto como uma prática social, cultural e linguística quanto ela mesma como produtora de práticas que constituem/interpelam os processos de formação profissional. A genealogia compreenderá que esse conjunto de verdades articuladas pelas práticas discursivas conforma o que Foucault (2009b) considera como proveniência. A proveniência produz tanto objetos/sujeitos quanto a possibilidade de ver e falar desses objetos e sujeitos. É justamente o conjunto de regras que tornam possível existir um objeto. Esse objeto passa a ter existência em um campo, em uma formação discursiva que é ela mesma um campo de saber.

Entretanto, na análise das proveniências, é necessário também percorrer o que as faz tornarem-se justamente práticas, e não apenas um conjunto de verdades. Para tanto, Foucault (2009b) assinala que a genealogia também focaliza as emergências. Estas se compõem como conjunto de estratégias de luta, de relações de força. As estratégias de lutas são artificios das relações de poder.

Essas relações de poder/saber contribuem com as maneiras pelas quais escolhemos determinadas coisas e não outras. Identificamos maneiras que caracterizam como somos, ou melhor, contribuem para a construção de marcas identitárias, em constantes transformações. A verdade ou saber nos interpela, está sempre em processo de construção, devido às relações de poder que nos levam a ela.

Para Foucault (2003), em todas as relações dos indivíduos, existe relação de saber e de poder, de verdade e de poder, práticas que produzem verdade por meio de mecanismos de poder, tornando possíveis as produções de verdade; por sua vez, as produções de verdade têm efeitos de poder no cotidiano. Esses efeitos referem-se à produção de sujeitos, comportamentos, formas de pensar e relações entre as pessoas e das pessoas consigo mesmas.

A Enfermagem atua de maneira a produzir suas funções em um determinado espaço, por exemplo, o hospital, com objetivo de administrar o exercício profissional e a quem este se dirige; nesse espaço, institui a utilização ordenada e controlada do tempo, a vigilância das atividades desenvolvidas, bem como a rotina, o cuidado, a postura. Nesse contexto, “[...] o poder é produtor de individualidade, o indivíduo é uma produção do poder e do saber [...]” (MACHADO, R., 2009b, p. xix). O poder é algo que circula, ou seja, algo que só funciona em cadeia, portanto, ele se exerce em rede (FOUCAULT, 2009b).

O saber e o poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber (MACHADO, R., 2009b, p. xxi).

Machado R., (2009a) afirma que a relação de poder/saber é simultânea. Portanto, para a Enfermagem, em todos os locais em que se pratica o cuidar, onde se está envolto por profissionais, não somente ocorre a aplicabilidade de técnicas do cuidado e da assistência, mas também formação, acúmulo e transmissão de saber, não apenas de forma individualizada, mas também coletiva, por meio de estratégias de poder.

É assim que as Instituições de Ensino, além de praticar a formação do profissional, se constituem como campos de poder/saber, devido às diversas relações existentes nesse espaço, sejam elas entre alunos, entre professores e alunos, professores e professores, coordenadores e professores, coordenadores e alunos, diretrizes profissionais e docência, diretrizes institucionais e docência. É dessa maneira que as relações existentes no cotidiano constroem o saber mediante práticas de poder que constituem marcas identitárias do indivíduo ou grupo.

As relações de poder são históricas justamente por constituírem-se em determinado tempo, segundo certas urgências históricas. Por essa razão, por estarem inseridas na história, as relações de poder/saber atuam nas relações estabelecidas entre pessoas em seu cotidiano, em constantes transformações, o que modifica o modo de vida das pessoas ou coletividade.

Na perspectiva dessa modificação, a Enfermagem constitui-se como campo de saber e relações de poder; ela produz o profissional enfermeiro na relação com a formação e com o trabalho. As relações de poder existentes na formação do profissional enfermeiro passam por estratégias que acabam por constituir maneiras de construir marcas identitárias, criando-se uma identidade profissional.

Machado, R. (2009b, p. xiv) “[...] enfatiza que poder não existe, mas existem práticas ou relações de poder [...]”, o que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. Existe poder nas relações entre homens e mulheres, entre pais e as crianças, entre amigos, na sociedade de maneira geral, gerando ação sobre outra ação e, por conseguinte, relações de forças que se enfrentam. Um exemplo são as estratégias de poder que os militares estabelecem nas relações, em que o poder é dito como disciplinar – seguem-se regras, e normas regulam a maneira de atuar, a forma de vestir. Aqui podemos relacionar isso com uma Instituição de Ensino Superior, que tem como método/técnica o currículo de Enfermagem, que deve ser formulado através de outras estratégias definidas pelos órgãos responsáveis pelo ensino e formação do curso, como o Ministério da Educação e Cultura (MEC). Há que se discutir as estratégias utilizadas pela própria Instituição para definir regras e formar o profissional enfermeiro. Por meio das estratégias traçadas pela Instituição e pelas políticas de formação em Enfermagem, o acadêmico do curso será formado no âmbito de certas formas estabelecidas e não de outras.

Podemos correlacionar o poder exercido por meio das estratégias estabelecidas pelas Instituições de Ensino Superior com o poder disciplinar. Segundo Foucault (2009b), a disciplina é uma técnica de poder que implica vigilância constante dos indivíduos; nesse

sentido, o poder disciplinar não deixa de estar inserido nas Instituições de Ensino Superior. As estratégias exercidas para com a formação do aprendizado dos acadêmicos, a aplicabilidade de avaliações por provas escritas e trabalhos, a vigilância por parte do docente em não permitir “cola”<sup>1</sup>, a supervisão das atividades práticas do curso de Enfermagem e em estágios supervisionados, são todas estratégias tidas como métodos de vigilância, buscando sempre o aprendizado, a prática adequada, a postura muitas vezes necessária para a área mercadológica.

Para Machado, R. (2009a), a disciplina é um tipo de organização de espaço, é um controle de tempo com o objetivo de produzir rapidez, é a vigilância como instrumento de controle. Portanto, a disciplina implica o registro contínuo de conhecimento; exercendo-se poder, produz-se um saber. A Enfermagem exerce suas atribuições mediante um poder disciplinar; em se pensando num espaço de organização, seja em um hospital ou em Unidades Básicas de Saúde, é necessário o controle e organização do serviço prestado, da assistência a ser realizada, das relações estabelecidas com a equipe e com os usuários/clientes/pacientes. Além disso, deve-se atuar com vigilância quando nos referimos ao estágio supervisionado, cujo nome vem contribuir para a afirmação deste modelo de poder disciplinar. A supervisão é considerada como poder disciplinar atuante nos locais onde os acadêmicos estão inseridos.

Pensando-se na saúde da população ou, por outro lado, na saúde do indivíduo, surgem no século XVII, a partir destas denominações de poder/saber defendidas por Foucault (2009b), a anátomo-política e a biopolítica. A anátomo-política constitui o indivíduo como corpo/máquina, sendo que as formas de controle são forjadas como necessidade social. Podemos, como exemplo, citar a quarentena: as pessoas eram controladas como forma de organização, devido às estratégias tidas com o indivíduo, quando isolado por determinadas doenças adquiridas que não eram controladas. A biopolítica visa à espécie humana; trata-se de fenômenos da população como, por exemplo: controle de natalidade, mortalidade, epidemia e endemia. A biopolítica das populações manifesta-se como dispositivos que se inserem na organização disciplinar.

Anátomo-política e a biopolítica são estratégias de biopoder. Organiza-se a vida na própria vida, mediante fenômenos globais que descrevem grupos e caracterizam fatos coletivos, atividades que, por sua vez, constituem um enquadramento do indivíduo no cotidiano. Segundo Sugizaki (2008, p. 187), “[...] anátomo-política e biopolítica não nascem

---

<sup>1</sup> Cópia de trabalhos ou de outras atividades dos colegas.

simultaneamente, mas o nascimento da biopolítica não se faz acompanhar da morte da anátomo-política [...]”.

Sugizaki (2008, p. 188) menciona “[...] uma distinção entre o poder que visa ao indivíduo e o poder que visa à espécie humana, à população, à massa dos homens [...]”. A biopolítica mostra-se por meio das políticas de saúde, que fragmentam/desmembram, modificando as formas de vida. As políticas surgem para o controle da população como estratégias organizacionais, como necessidade sociais, desmembrando-se os objetivos e as ações para diversas etapas de um ciclo, como os programas saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso. Cria-se, assim, o controle biopolítico diante da necessidade de cada grupo/população. São as relações que se estabelecem uns com os outros que proporcionam a modificação da vida individual ou em grupo. Por outro lado, não deixam de modificar a maneira de atuar do profissional enfermeiro, o que gera modificações também no âmbito da formação. As formas de caracterizá-lo surgem das mudanças ocorridas a partir das relações existentes e por meio de estratégias organizacionais que foram sendo criadas devido a uma emergência: os problemas da população.

Com a anátomo-política, o indivíduo caracteriza-se como tal; são as práticas cotidianas que criam o que somos. Trata-se de dispositivos aplicados que constroem o sujeito. Foucault (2009b) descreve as relações de poder utilizando a palavra “micropolítica” (micro: cotidiano; política: relação de poder/saber). Entende-se que as relações estabelecidas no cotidiano de um indivíduo ou grupo produzem a forma de ser. Tais relações são constituídas por estratégias de poder, o qual constrói a história e a reconstrói. À medida que as relações estão se construindo, a história se modifica de acordo com as diversas inter-relações cotidianas do indivíduo ou grupo.

Essas reconstruções são compreendidas como descontinuidades históricas, o que se pode chamar de fissura, por exemplo: a cada modificação feita no currículo de Enfermagem por meio das observações e avaliações realizadas durante o curso, a fissura ocorrida para modificação deste currículo irá transformar a formação acadêmica e outros enfermeiros serão construídos – ações sobre outras ações possíveis. Ao se modificar ou transformar uma história ou uma ação, ocorrem reconstruções, descontinuidades, acontecimentos.

Foucault (2009b, p. 221) relata que “[...] o poder é mais complicado, muito mais denso e difuso que um conjunto de leis ou um aparelho de Estado [...]”. O poder de Estado tem

como modelo o poder soberano, que objetiva proteger seu território e as coisas que pertencem ao principado, e não o território dos habitantes. Hoje, o poder estabelecido com a sociedade vindo do aparelho de Estado é tido como uma forma de governar diferentemente daquela do soberano, pois os cuidados e estratégias exercidas são para com a população e não para com o território – daí a necessidade de organização de políticas públicas voltadas para a vida da população. Nesse sentido, as relações de poder não se centralizam no Estado, mas encontram neste um dos espaços de atualização das próprias relações de poder.

No entanto, “[...] o desenvolvimento do saber científico é impossível de compreender sem considerar as mudanças nos mecanismos de poder [...]” (FOUCAULT, 2003, p. 269). Fissuras e acontecimentos auxiliam a pensar nas estratégias que produzem novos sentidos, novas verdades, por exemplo, os processos de modificação das práticas de saúde mediante o aparecimento do discurso da Saúde Coletiva no interior do discurso Biomédico hegemônico e constitutivo das práticas em saúde.

O poder organiza-se de forma ascendente e descendente. O poder ascendente é aquele em que, para governar, o Estado deve primeiro saber como os pais sabem governar sua família, seus bens, sua casa. O poder descendente é aquele em que o Estado é bem governado quando sabe governar suas famílias, seus bens, sua casa; este último modelo de governar passa-se a chamar de polícia ou gestão interna (FOUCAULT, 2008, 2009b). Por polícia ou gestão interna o autor compreende um conjunto de procedimentos que visam a organizar, controlar e vigiar a sociedade, por estabelecer estratégias que se tornam dispositivos utilizados como um conjunto heterogêneo, fruto de relações de forças que respondem a uma urgência histórica. Surge neste modelo o governo da família, que se chama de economia. A polícia está inserida na anátomo-política. Devido ao completo e exaustivo controle na quarentena, a cidade tornou-se o presídio, um lugar de total policiamento (SUGIZAKI, 2008), mas que se amplia por meio de biopolíticas, na medida em que o poder investe no viver, nas formas e possibilidades de vida. O Estado de polícia é o governo, de maneira ilimitada, de tudo aquilo que é possível governamentalizar, mas sob uma característica de vigilância (FOUCAULT, 2008).

Governar um Estado significará, portanto, estabelecer a economia ao nível geral do Estado, isto é, ter em relação aos habitantes, as riquezas, aos comportamentos individuais e coletivos, uma forma de vigilância, de controle tão atenta quanto a do pai de família (FOUCAULT, 2009b, p. 281).

Governar o modelo de economia é uma estratégia de poder – governar o homem e sua relação com as coisas, que são os meios de subsistência, a fome, a epidemia, a morte, a riqueza, o clima, a fertilidade. Quando pensamos na palavra governar, imaginamos a coordenação de diversas atividades mediante a construção de leis e regras, de normas e normatizações; no entanto, o ato de governar as coisas intensifica a criação de táticas, estratégias com que se pode atingir o objetivo do governo, e não apenas pela existência da lei, como no caso das políticas públicas (FOUCAULT, 2009b). A Enfermagem, nesse sentido, é considerada como uma estratégia de governo, pois se torna uma forma de ação sobre a relação que os sujeitos têm com os processos de saúde-doença, ou seja, é um mecanismo biopolítico. Da ação de governar, incumbem-se também as Instituições de Ensino no seu interior, sob as diversas estratégias traçadas, como as diretrizes curriculares, suas normas e normatizações, criadas para o exercício de suas funções na prática da formação de profissionais.

Para Sugizaki (2008), poder e saber estão articulados em anátomo-política e biopolítica, que de certa forma desenham o quadro das identidades e diferenças. Mediante as maneiras pelas quais os indivíduos são governados por estratégias que delineiam o modo de vida das pessoas e, por sua vez, pelas microrrelações existentes no cotidiano das pessoas ou de um grupo de pessoas, pode-se pensar que o poder/saber existente produz marcas identitárias de um indivíduo ou grupo. No caso da Enfermagem, de acordo com certas construções histórico-culturais voltadas para uma prática assistencial, apresenta-se o uso do uniforme de cor branca, que identifica a área da saúde. Além disso, há o fato de essa profissão ter sido anteriormente exercida por mulheres, na medida em que era uma extensão dos cuidados domésticos, devido a práticas das mulheres como donas de seus lares, cabendo-lhes os cuidados com os filhos e marido, bem como um suporte às práticas médicas. Essa articulação entre o cuidado, a mulher e a extensão do espaço doméstico conforma as relações de gênero no espaço da saúde: à Enfermagem cabe o cuidado, enquanto que à Medicina cabe o curar, sendo o cuidar secundário ao curar.

Portanto, pensar na Enfermagem da maneira que ela é torna possível a determinação do que é e do que não é, caracterizado como o uniforme; o que não se caracteriza por roupa branca não é da área da saúde, por exemplo, e não se identifica assim a Enfermagem. Isso nos leva a considerar o que Silva (2000) denomina de identidade e diferença, pois esta dicotomia aponta declarações sobre quem pertence e sobre quem não pertence, sobre quem está incluído e sobre quem não está. Entretanto, por se tratar de relações entre o que se é e o que não se é, podemos considerar que a identidade está ligada ao interstício, ao terceiro espaço, às

fronteiras mencionadas por Bhabha (1998), ou seja, é no encontro entre fronteiras que emergem identidades, ou melhor, marcas identitárias. São estas as demarcações de fronteiras produzidas pelas relações de poder/saber.

Considerar que as relações de poder/saber forjam a própria Enfermagem, ou seja, que esta emerge como efeito dos processos de lutas por imposições de sentidos, é pensá-la como um objeto construído. Essas ferramentas de poder/saber permitem não apenas circunscrever a construção desse campo, mas também e fundamentalmente a forma como esse campo produzirá o próprio profissional. Nesse sentido, pensar a Enfermagem como uma construção é também entender que o profissional da Enfermagem faz parte desse processo. Faz parte do processo no sentido de que também é ele fruto dessas relações que se estabelecem em um determinado tempo-espço; assim como são forjadas as marcas da Enfermagem, são edificados também os modos de trabalhar e de se reconhecer como profissional da Enfermagem. Para tanto, torna-se importante compreender que as relações de poder/saber produzem marcas – marcas identitárias de quem somos ou no que nos tornamos.

### 2.3 AS MARCAS IDENTITÁRIAS: UM OLHAR PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Faz-se necessário compreender a subjetividade e a identidade como resultados dos processos de significação e controle das relações de poder/saber. Para Woodward (2000), a subjetividade está relacionada com a compreensão que temos sobre o nosso eu; ela constitui nossas concepções sobre “quem nós somos”. Vivemos nossa subjetividade em um contexto social em que a linguagem e a cultura dão significado às experiências, onde adquirimos uma identidade. O sujeito é aquele que é interpelado, de maneira que ele é construído, produzido por meio de práticas e processos simbólicos. Para Jódar e Gómez (2004, p. 150), “[...] a identidade torna-se um espaço de conflito, de crítica e de possível modificação. O sujeito, portanto, não é uma instância dada, algo a ser descoberto [...]”.

É importante distinguir três concepções diferentes do conceito de identidade constitutivas do campo das ciências. Como relata Hall (2006), o sujeito do iluminismo baseia-se numa concepção da pessoa humana como um indivíduo centrado, unificado, com capacidades de razão, de consciência e de ação; seu “centro” consistia num núcleo interior, e o centro essencial do eu era a identidade de uma pessoa. O sujeito sociológico reflete a

crescente complexidade do mundo moderno, formado na relação com “outras pessoas importantes para ele”, envolvendo os valores, sentidos e símbolos e a cultura que as pessoas habitam; a identidade é aqui formada pela interação entre o eu e a sociedade. O sujeito pós-moderno é conceitualizado como não tendo uma identidade fixa, essencial ou permanente; ele assume, posiciona e é posicionado em identidades diferentes em diferentes momentos históricos.

A noção de sujeito do iluminismo é criticada neste estudo, por se relacionar ao indivíduo centrado, unificado, e por ser uma concepção individualizada tanto do sujeito quanto da identidade, fora de um contexto sócio-histórico. O sujeito sociológico enfatiza as relações estabelecidas com outras pessoas, e esta interação entre o eu e a sociedade visa à identidade, porém marcas diferem o eu e a sociedade. Por outro lado, o sujeito pós-moderno pode ser pensado como produção social, como efeito de relações de poder/saber. Devido às modificações e histórias ocorridas no cotidiano, deparamo-nos com identidades possíveis com que poderíamos nos identificar, devido às diversas situações que, estando inseridas nas relações existentes, acabam por ser objetos de formação, caracterizando-se como marcas e assim modificando a identidade individual ou coletiva. Há, ainda, o fator cultural, a maneira como as pessoas foram sendo construídas, moldadas no ambiente familiar, na cultura, na classe social à qual pertence, envolvendo os relacionamentos estabelecidos durante toda a vida e as ligações afetivas, condições que fazem com que as pessoas difiram umas das outras.

Para Woodward (2000, p. 28), a identidade está inserida na cultura de duas diferentes formas: a primeira, quando se busca a “verdade” sobre o passado na “unicidade” de uma história e de uma cultura partilhada que poderiam ser representadas; a segunda é aquela que vê a identidade como “uma questão tanto de tornar-se quanto de ser”. Isso nos faz refletir que a identidade não é desfeita e que não há passado; mostra que a identidade é reconstruída e que, desse modo, o passado é transformado.

“As revoluções da cultura em nível global causam impacto sobre os modos de viver, sobre o sentido que as pessoas dão à vida, sobre suas aspirações para o futuro – sobre a “cultura” num sentido mais local.” (HALL, 1997, p. 18).

As mudanças culturais estão criando rápidas modificações no contexto social, e a Enfermagem como profissão está inserida nessas modificações, com base na perspectiva de seu passado, pois acaba por ser transformada à medida que as mudanças ocorrem e outras

identidades são construídas. Nesse sentido, a identidade torna-se marca de uma produção sócio-histórica.

A teoria cultural ressalta que os processos de hibridização nascem de relações conflituosas entre diferentes grupos. O hibridismo está ligado aos movimentos demográficos, que permitem o contato entre diferentes identidades como, por exemplo, o cruzamento de fronteiras. “Cruzar fronteiras” significa não respeitar os sinais que demarcam os limites entre os territórios de diferentes identidades (SILVA, 2000). Silva (2006) diz que vivemos num mundo onde as identidades culturais e sociais estão se afirmando num cotidiano em que se transgridem proibições e tabus identitários, ocorrendo cruzamento de fronteiras; por isso, não é possível falar em identidade, e sim em marcas identitárias que se constituem em cruzamentos de fronteiras.

O processo de classificações que se estabelece entre as fronteiras é entendido como um ato de significação, um ato de produção de identidades e diferença. Estas classificações estruturam-se em torno de oposições binárias, como a Saúde Coletiva e a Saúde Pública. Não é preciso dizer qual o termo aqui privilegiado (SILVA, 2000); trata-se de demarcar qual é a identidade – Saúde Pública – e qual é a diferença – Saúde Coletiva.

Hall (1997) aponta que o atravessamento de velhas fronteiras pode não ser a obliteração do velho pelo novo, mas possíveis alternativas para uma sociedade multicultural e culturalmente diversificada. Há aqui que se discutir o fato de que a mudança cultural produz com frequência os jogos de forças; suas resistências podem ser positivas ou reações defensivas. Dessa maneira, modifica-se uma forma de viver; por exemplo, a grande importância da saúde das pessoas hoje no mundo aparece em jogos de forças, como modificação de fronteiras. Há algum tempo, por se tratar no passado de interesse particularmente do indivíduo em não adquirir doenças, ele é que procurava o serviço de saúde. Diante de uma emergência no setor saúde, várias estratégias são traçadas, surgindo mudanças, a partir do século XX, com as lutas feministas e pelos direitos da população. Essas proveniências, tanto no âmbito internacional, como a Conferência de Alma-Ata, quanto a Reforma Sanitária no Brasil, acabam por modificar a estrutura do sistema de saúde, bem como a própria forma de pensá-la no País.

Portanto, foi possível atuar no setor de saúde com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e recuperar a saúde. A partir de certos acontecimentos históricos –

movimentos sociais, baixos indicadores de saúde, ditadura militar, conferências mundiais –, a saúde, no Brasil, passou a ser modificada. Na perspectiva de hoje, há uma co-responsabilização pelos cuidados em saúde – trabalhadores da saúde, usuários da saúde e gestores da saúde, que criam o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF); dentre diversos objetivos, está acompanhar a saúde de todos os membros da família também no domicílio.

Isto é apenas uma ruptura ocorrida na vida local e no cotidiano das pessoas. É pelo fato de modificar as estratégias de poder/saber que se modificam o cotidiano e a cultura. A cultura, para Hall (1997, p. 23), “[...] aprofunda-se na mecânica da própria formação da identidade [...]”. Ela está presente nas vozes e imagens, no contexto da Intuição de Ensino, na sala de aula, no professor, nas provas aplicadas, nos estágios que interpelam o acadêmico a todo momento.

Retomando, Woodward (2000) descreve que a identidade é relacional, marcada pela diferença, sustentada pela exclusão, marcada por símbolos, por gênero. Enfatiza que redescobrir o passado faz parte do processo de construção de identidade, pois aquilo que parece ser um simples argumento sobre o passado e a reafirmação de uma verdade histórica pode nos dizer mais sobre a nova posição de sujeito. Neste caso, a Enfermagem é marcada por meio de símbolos, como o uso de uniforme de cor branca, pois o branco representa a paz; o gênero, por a Enfermagem tornar-se uma profissão eminentemente exercida por mulheres; a lâmpada, que se tornou o símbolo da enfermagem no mundo devido à prática realizada pela pioneira da Enfermagem, Florence Nightingale (1820-1910), que, em sua ronda solitária no hospital após o silêncio e escuridão, empunhava uma pequena lâmpada para clarear/iluminar o caminho e ver as condições dos pacientes; pela cobra e a cruz, ambas posicionadas juntamente com a lâmpada, significando ciência. Essas marcas são um conjunto heterogêneo de práticas discursivas que constituem as formas de trabalhar e reconhecer-se como enfermeiro. São consideradas como práticas de significação, pois não apenas identificam a profissão, mas, sobretudo, a produzem, na medida em que esses símbolos, neste estudo, não são considerados como representações, e sim como ações de significação (FOUCAULT, 2009a).

A representação inclui as práticas de significação e os sistemas simbólicos por meio dos quais os significados são produzidos, posicionando-os como sujeito. É por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos (WOODWARD, 2000, p. 17).

Nessa perspectiva, podemos refletir que os sistemas simbólicos tornam aquilo que somos e o que podemos nos tornar. Pensando assim no que se refere à Enfermagem, que práticas de significação estão produzindo significados e construindo um sujeito, ou melhor, o enfermeiro? As estratégias utilizadas no interior das Instituições de Ensino ajudam a construir certas identidades em momentos particulares por meio de diversos dispositivos de poder (o currículo, o plano de ensino, as provas, os estágios, aulas teóricas, relações existentes), diversas práticas de significação (postura do acadêmico de Enfermagem, as atribuições destinadas ao enfermeiro, os símbolos, as resoluções destinadas à regulamentação da prática da profissão). Portanto, todas as práticas de significação que produzem significados envolvem relações de poder/saber.

Quando definimos as diferenças como produções simbólicas constituídas por relações de poder/saber, como, por exemplo, sexo/gênero, natureza/cultura, não se deve deixar de explicitar que, por meio dessas diferenças, os significados são produzidos. Para Hall (1997), se a cultura regula nossas práticas sociais a cada passo, então aqueles que precisam ou desejam influenciar o que ocorre no mundo ou com as pessoas, como o governo, de alguma forma, deverão ter a “cultura” em suas mãos, para moldar os indivíduos e regulá-los de determinado modo para certo controle. Nesse sentido, continua-se dizendo que a cultura está inserida e sempre funciona no interior de “jogos de poder”.

Com relação ao ato de regulação, Hall (1997) menciona o fato de a regulação normativa dar forma, direção e propósito à conduta e à prática humana. Neste caso, temos as regras e normas das Instituições de Ensino Superior que regulam as práticas acadêmicas para a formação do profissional enfermeiro. O autor descreve outra maneira de regular culturalmente, por meio dos sistemas classificatórios que pertencem e delimitam cada cultura. Por exemplo, o que caracteriza uma pessoa com quem não nos identificamos é algo que nela é inaceitável; assim, a conduta em relação a essa pessoa é modificada, sendo isso mais uma forma de regulação cultural. Portanto, a forma de acadêmicos aceitarem as atitudes de determinados professores ou vice-versa é regulada culturalmente devido à diversidade de ações que se interligam em um determinado espaço e nas relações estabelecidas. Regular os tipos de sujeitos existentes, trabalhar com suas subjetividades, nas estratégias traçadas pelas Instituições, produz marcas identitárias mediante as práticas de poder/saber. Por último, há a regulação por meio da mudança cultural, no sentido de integrar no interior de um novo conjunto de disciplinas organizacionais. Ocorre, também, a regulação da produção de novos

sujeitos. As Instituições de Ensino definem disciplinas a serem cumpridas, modificando o processo de subjetivação e categorizando novos sujeitos ao posicioná-los identitariamente.

Bhabha (1998) relata que o ato de significação e os símbolos estão inseridos na prática cultural, o que tem a ver com a identidade como forma de estar inserido nos sistemas culturais em que a identidade produz outra identidade. Diante das formas de viver culturalmente, estamos construindo identidades e reconstruindo-as, de maneira a estabelecer identidades entre culturas. Silva (2006, p. 40-41) aponta que “[...] a língua é um sistema social e não um sistema individual [e que] o significado é inerentemente instável: ele procura o fechamento (a identidade), mas ele é constantemente perturbado (pela diferença) [...]”.

Hall (1997) menciona que o significado surge não das coisas em si, mas a partir dos jogos de linguagem e dos sistemas de classificação (taxonomias) nos quais as coisas são inseridas. A cultura não é nada mais que a soma de diferentes sistemas de classificação ou taxonomias e diferentes formações discursivas a que a língua recorre.

Segundo Silva (2000), a identidade e a diferença são criações sociais e culturais, são resultados de atos de criações lingüísticas. Isso significa, então, que são criadas por meio de atos de linguagem – quer dizer, a identidade e a diferença constituem-se mediante práticas de significação (saber/poder). Para Woodward (2000, p. 67), “[...] a diferença é um elemento central dos sistemas classificatórios por meio dos quais os significados são produzidos [...]”.

Portanto, não há como falar de identidade sem falar em diferença. De acordo com Woodward (2000), é fundamental compreender que o processo de construção de identidade aparece comumente sob a forma de oposições binárias ou dicotomias, pois um dos termos é mais valorizado que o outro na nossa sociedade.

É difícil unificar a identidade focalizada na saúde ou doença. Devido às suas definições e diferenças, os termos são tidos em seus sistemas de representação e práticas sociais, que diretamente têm características distintas – uma pessoa doente e uma pessoa sadia, por exemplo. Ao se correlacionar, então, a dicotomia de saúde e doença, observa-se essa diferença. A doença é mais enfatizada, abordada, definida, conceituada do que a saúde, uma vez que doença é vista pela sociedade como qualquer alteração do corpo e da mente. É na concepção desta diferença que se criaram marcas identitárias; por exemplo, para o profissional médico, que categoricamente “cura doenças”, o foco principal é evitar, controlar e curar doenças. A Enfermagem insere essa concepção desde o princípio, mas, mediante as

modificações no setor saúde, aderiu à maneira de atuar como enfermeiro; segundo o Conselho Nacional de Educação (2001), o enfermeiro deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, e não mais apenas colocar o foco na doença. Dessa maneira, a formação deste profissional passou a ser alvo de transformações. O objetivo para a formação de enfermeiros foi sendo moldado por meio do currículo do curso, sob diversas formas de abordar a saúde, caracterizando novas marcas identitárias deste profissional.

Nesta discussão de dicotomias, atualmente, a Enfermagem vem buscando a saúde, no que se refere a atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integridade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Para o enfermeiro, este fato foi modificado de acordo com todas as mudanças, acontecimentos, rupturas que surgiram no transcorrer da história. O currículo de Enfermagem foi um instrumento que esteve sob constantes alterações, com objetivo de preparar a formação acadêmica mais apropriada para os dias de hoje.

Nesta perspectiva, o discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva enfrentam-se sob a lógica de suas diferenças, entendendo-se que esses discursos constituem a formação discursiva da saúde na contemporaneidade. Geovanini (2002a) descreve que a Enfermagem exerce um trabalho centrado na execução de tarefas e procedimentos rápidos e eficientes, comandados por uma estratégia disciplinar. Tal disciplina foi sendo modificada com o passar dos anos em algumas Instituições de formação de enfermeiros, devido às modificações ocorridas na saúde do mundo e principalmente do Brasil. A Enfermagem foi atuando em espaço cada vez mais diverso, com profissionais diversificados, implicados com novas marcas identitárias.

As mudanças nos processos identitários dos indivíduos e do coletivo fazem com que nos deparemos com mudanças relacionadas às profissões. Envolvida nesta perspectiva, a Enfermagem vem sendo caracterizada de maneira diferente, devido às crescentes atribuições. Foram implantadas modificações desta categoria a partir de inúmeras situações, como a VIII Conferência Nacional de Saúde. O SUS determinou mudanças e formas de atendimento, modificando as marcas identitárias da profissão, com um olhar para a saúde, e não para a doença.

As Instituições de Ensino Superior que formavam profissionais no âmbito dos cuidados hospitalares voltados para o suporte à Medicina e cura de doenças passam a alterar as Diretrizes Curriculares do curso de Enfermagem, visando a atender às particularidades das emergências surgidas com o movimento feminista, as comunidades de base, os movimentos sociais e de trabalhadores da saúde, a Reforma Sanitária, sendo possível visualizar outra maneira de prestar atendimento à população, na medida em que não se tinha somente o espaço chamado de hospital. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi possível a atuação de profissionais em outros espaços de atendimento à população. Não se tinha mais o olhar somente para as doenças, mas também para a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Haja vista que o objetivo é a saúde da população em geral, o cuidado será na base, ou melhor, em locais próximos da comunidade, como as Unidades de Saúde, localizadas nos bairros das cidades, e mais tarde o domicílio.

Com o novo sistema de saúde atuando na promoção da saúde e do bem-estar da população, houve a necessidade de profissionais da saúde atuarem de forma a contemplar as atribuições que agora o novo sistema está buscando. Assim, as Instituições de Ensino Superior modificaram seus currículos à luz das Diretrizes Curriculares de Enfermagem, desenvolvendo atribuições do profissional enfermeiro sob a ótica da prevenção, promoção e recuperação, em espaços como Unidades de Saúde, domicílios e Centros de Atendimentos, dando atenção integral à saúde de indivíduos, famílias e comunidades (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Dessa forma, percebe-se que o enfoque da biopolítica foi sendo direcionado não mais somente ao indivíduo, mas à população. Políticas foram e estão sendo criadas para modificar o paradigma individual corpo/máquina, visando à população em massa. As políticas focam este novo modelo em programas criados com o objetivo de agrupar ou taxonomixar a população. Neste caso, as Instituições definem estratégias com vistas a um profissional que corresponda às novas formas de atendimentos de Enfermagem, com o objetivo de atender às necessidades sociais da saúde, conforme mencionam as diretrizes do Conselho Nacional de Educação (2001), com ênfase no SUS e na integralidade da atenção, bem como na qualidade e humanização do atendimento, atuando nas políticas de saúde, como a saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso.

As modificações foram necessárias para o profissional enfermeiro, que também começa a se familiarizar com atribuições frente à Atenção Básica, com as políticas públicas

que vêm sendo implantadas. Estas modificações na formação do enfermeiro somente são possíveis devido aos dispositivos utilizados no interior da Instituição que possibilitam a formação deste profissional no âmbito das relações existentes e de novas marcas identitárias.

No entanto, o Construcionismo Social permitiu considerar o processo de construção de um objeto em uma investigação. Isso significa, partindo dos pressupostos construcionistas, que a Enfermagem não é um objeto dado, natural, mas sim fruto do que se considera produção de uma realidade a partir da linguagem. Assim, no primeiro momento, foi preciso percorrer um campo de reflexão para inquietar-se com a própria Enfermagem e colocá-la em análise. Colocar em análise trata-se de um exercício em que se elegem certas ferramentas conceituais que tornam possível distanciar-se do objeto e estranhá-lo como algo natural. Esse primeiro momento inseriu a Enfermagem como objeto da Psicologia Social, no sentido de se passar a interrogá-la não como uma disciplina propriamente dita, mas como um espaço construído a partir de certas práticas que se articulam na modernidade e que produzem sujeitos e objetos.

Para compreender essas práticas, foi necessário recorrer a ferramentas mais específicas, como relações de poder/saber/marcas identitárias. Essas três ferramentas dão à Enfermagem o contorno que o Construcionismo Social propõe em termos de práticas de investigação. Esse contorno diz respeito à necessidade de situar o objeto de investigação no tempo, ou seja, pensá-lo como efeito de um conjunto heterogêneo de sentidos produzidos em um contexto histórico-social. Esse contexto histórico-social não apenas compreende a própria emergência da Enfermagem, mas o modo como produz o profissional da Enfermagem. Dessa forma, essas ferramentas permitem considerar uma ontologia do presente ou como um sujeito se torna enfermeiro. O tornar-se enfermeiro relaciona-se com as marcas construídas pela profissão. Essas marcas, consideradas identitárias, forjam os modos de se trabalhar em Enfermagem.

Para investigar essas marcas, ou seja, a construção de uma ontologia da Enfermagem, precisa-se percorrer um campo de práticas que a tornaram e a tornam possível. Esse campo de práticas será investigado mediante a análise de documentos/bibliografias que constroem a emergência de certas marcas da profissão. Esse processo de investigação, nomeado de Genealogia, objetiva compreender como certas práticas, tais como Medicina, Assistencialismo, Políticas Públicas e profissionalização da Enfermagem, ao articularem-se, produzem certas formas de ser enfermeiro.

### **3 GENEALOGIA DA ENFERMAGEM**

---

### 3.1 A GENEALOGIA IMPLICADA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Considerando a genealogia como método e ferramenta teórica desta pesquisa, ela deve ser entendida como um acoplamento dos conhecimentos que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização desse saber nas estratégias atuais (FOUCAULT, 2005). A genealogia percorre um solo de lutas por imposições de sentidos que se instituem no currículo do curso de Enfermagem, o qual baseia a construção de certas marcas identitárias do profissional. Para Foucault (2005), a genealogia analisa táticas que tornam possíveis certas discursividades, neste caso, o discurso da Saúde Coletiva e o discurso Biomédico.

Neste capítulo, são abordados os conceitos históricos da Enfermagem, aqui utilizados para explanar as relações existentes de poder/saber/marcas identitárias, demonstrando os mecanismos, os efeitos, os diferentes dispositivos utilizados para caracterizar as marcas identitárias do profissional enfermeiro nos dias atuais.

Parte-se da perspectiva da Enfermagem com atuação no ambiente hospitalar – um local para diagnóstico, tratamento, cura, pesquisa dos problemas de saúde cada vez mais complexos. Como tal, esse espaço necessita de especialidades e trabalho em equipe, tendo como base toda a exclusividade da Medicina na arte de curar; assim, as demais profissões, como a Enfermagem, tornar-se-iam auxiliares no processo de tratamento e cura (RIZZOTTO, 1999).

A Enfermagem surge dos assuntos médicos, sociais e religiosos, onde se dependia estreitamente do conceito de saúde e doença. A doença era tida, pelos povos primitivos, como um castigo de Deus ou efeitos do poder diabólico exercido sobre os homens. Isso leva os indivíduos a recorrer a sacerdotes e feiticeiros, que eram tidos como médicos, farmacêuticos e enfermeiros (PAIXÃO, 1960). Com as práticas executadas por sacerdotes, a construção de hospitais era feita próxima às igrejas, na vizinhança dos mosteiros, sob direção religiosa (GEOVANINI, 2002a).

Do ponto de vista histórico, o hospital surgiu para se prestarem os cuidados aos pobres moribundos, que eram assim classificados. No entanto, com a formação e criação do hospital, a prática de atendimento aos doentes partiu de outras definições. Foucault (2009b) relata as características relacionadas ao hospital, segundo técnicas de poder disciplinar:

- 1) O hospital, no século XVIII, é visto como espaço ou diferentes espaços, dados como região sombria, obscura, confusa, em pleno coração da cidade, para onde as pessoas migram no momento da morte. Local definido como espaço destinado a todos aqueles que precisam de cura ou que se encontram “à beira da morte”. O enfermeiro, na sua atuação, é responsável por realizar as atividades necessárias para cada paciente; mediante o atendimento prestado pelo médico, indicava-se o procedimento, como administração de medicamento, verificação de sinais vitais, realização de curativos, etc.;
- 2) Por outro lado, o hospital era um espaço de transformação do sistema de poder interno, pois, até meados do século XVIII, quem controlava os hospitais eram os religiosos, responsáveis pela salvação da assistência alimentar das pessoas internadas. Os médicos e os enfermeiros eram subordinados aos religiosos, e as freiras prestavam também atendimentos de Enfermagem. Porém, o atendimento médico era prestado uma vez por dia. A partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura e ocorre a redistribuição do espaço, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Diante da presença do médico no hospital, são avaliadas as visitas realizadas por eles, e elas começam a ser feitas mais de uma vez por dia. Com os médicos residindo nos hospitais, eles passam então a acompanhar o doente por 24 horas. Já os enfermeiros continuaram prestando assistência em todos os períodos; devido à demanda de serviço, os funcionários realizavam rodízio do trabalho.

Dessa maneira, o hospital passou a ter outros administradores – não mais os religiosos –, que utilizaram a disciplina para executar o trabalho. A Enfermagem foi se caracterizando, e, devido à atividade relacionada com seus serviços, o número de enfermeiros tornava-se cada vez maior do que o número de profissionais médicos, pois havia médico assistencialista durante todo o período, designando atividades a serem executadas. A Enfermagem, como equipe, era responsável por todos os pacientes ali internados, prestando cuidados de maneira geral. Observam-se, a partir daí, estratégias de controle do grupo de Enfermagem, como determinar o que deve ser feito para cada paciente, a medicação a ser utilizada/administrada. Havia necessidade de a Enfermagem aguardar a “ordem” médica para execução de determinadas atividades. A partir dessas atividades executadas, surge a necessidade de um controle de serviços no que diz respeito ao que já foi realizado e o que não foi, evitando

duplicidade de atendimento, como administração de medicamento, por exemplo. Passou-se, assim, a necessitar de enfermeiros responsáveis pela ordem do serviço de Enfermagem, como consolidar os dados informados, organizar a assistência prestada, número de leitos desocupados, os pacientes e as doenças que os afligem, criando-se normas e rotinas a serem seguidas naquele ambiente.

Segundo Rizzotto (1999), a Enfermagem organizou-se num trabalho em equipe, marcado pela divisão técnica, vindo a assumir um papel de subalternidade em relação à Medicina por diversas razões, dentre elas, a questão de gênero, a transmissão do saber das disciplinas em comum e o significado social dos objetos dessas profissões: o “curar” – objeto da prática da Medicina – e o “cuidar” – objeto da prática da Enfermagem, sendo este, na visão dominante, considerado secundário em relação ao primeiro. A Enfermagem, como profissão comumente formada por mulheres, caracterizou-se por ser subalterna à categoria Médica, cuja maioria era formada por homens. No que concerne à transmissão do saber, este pouco se difundia, tendo a Medicina aprimorado o conhecimento sobre as doenças, e a Enfermagem desenvolvido somente o enfoque da técnica dos procedimentos solicitados pelo médico.

Com as categorias da Enfermagem, desde o século XVIII, foi sendo discutida e analisada a utilização do nome enfermeira, sabendo-se que a palavra se encontra no feminino por ter atuação de mulheres. Surge, no entanto, em 1822, os nomes *diáconos* (enfermeiros) e *diaconisas* (enfermeiras), dados por Theodor Friedner (1800-1864), na Alemanha. Theodor visitou vários lugares, observando como eram tratados os pobres e doentes. Visitou hospitais, escolas e asilos, interessando-se pela Enfermagem e pela assistência aos doentes. Após retornar de suas viagens, fundou uma escola de Enfermagem com o nome de Diaconisas de Kaiserswert. Ele se encarregou das aulas de ética e princípios religiosos, e Frederika, sua esposa, dos princípios sobre as práticas de Enfermagem. As alunas tinham de prestar cuidados em todos os serviços de Enfermagem, ao mesmo tempo em que recebiam orientações mais específicas de médicos e farmacêuticos (OGUISSO, 2007). As alunas formadas eram chamadas de diaconisas, devido às práticas de generosidade aos necessitados. Assim, a primitiva assistência prestada levou a denominar os locais de recolhimento das pessoas doentes de diaconias, como os hospitais (PAIXÃO, 1960). Diáconos e diaconisas, como primeiras nomenclaturas do profissional de Enfermagem, produzem uma ontologia que contribuirá para as próprias hierarquias, separações e especificidades que se encontram posteriormente na formação em Enfermagem e na própria relação desta com a Medicina. As palavras *diáconos* e *diaconisas*, utilizadas na teologia, são tomadas pela Enfermagem da

mesma maneira que se utilizam no modelo teológico, como modo de hierarquizar as funções. Isso contribui para uma das marcas constitutivas da Enfermagem como subalterna à Medicina. Os diáconos ocupam o papel daqueles que curam, e as diaconisas são aquelas que dão assistência em termos de cuidados. Isso eleva o primeiro grupo a um grau de importância e reconhecimento social maior, com a responsabilidade de conduzir e supervisionar os demais, enquanto que o segundo grupo se caracteriza como secundário e assistencial das determinações do primeiro.

Em 1840, Elizabeth Fry (1780-1845), responsável por organizar a primeira ordem religiosa protestante na Inglaterra, passou a chamar as integrantes que recebiam treinamentos para cuidar de doentes de *Irmãs de Misericórdia ou Irmãs de Enfermagem* (OGUISSO, 2007). Assim, outra ontologia vem a ser construída, direcionada a um ato de misericórdia de religião e devoção.

Por meio da escola fundada por Theodor Friedner, Florence Nightingale, conhecida como a pioneira da Enfermagem, atuou na Guerra da Crimeia (1854-1856), cuidou dos soldados feridos após ter passado por aulas teóricas e práticas na escola de Diaconisas de Kaiserswert. Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas (GEOVANINI, 2002a). Paixão (1960) descreve que Florence Nightingale previa, na escola de Enfermagem, dois tipos de formação profissional: o das supervisoras, ou superintendentes de serviço, e o das enfermeiras para o serviço direto com os doentes. Desde o início, essas categorias eram definidas como *ladies* e *sisters*, demonstrando uma característica dessa ciência considerada como Enfermagem. Para Geovanini (2002a), as escolas nightingaleanas formavam duas categorias de enfermeiras: as *ladies*, que procediam da classe social mais elevada e desempenhavam funções como supervisões, administração, direção e controle dos serviços de Enfermagem; e as *nurses*, que pertenciam a níveis sociais mais baixos e eram subordinadas às *ladies*. As *nurses* e *ladies*, diferentemente dos diáconos e diaconisas, marcam outra ontologia. Não se trata, neste caso, de uma hierarquia em termos de conhecimento, mas sim de classe social. Isso significa uma modificação na própria profissão, que passa a incorporar uma hierarquia interna baseada em fatores socioeconômicos, e não teológicos. Essas nomenclaturas marcam outra ontologia, a voltada à classe social; neste caso, rompeu-se com o modelo teológico, como diáconos e diaconisas, e com o modelo religioso, da Irmã de Misericórdia ou de Irmãs de Enfermagem.

No século XIX, o trabalho da Enfermagem foi dividido entre as *matrons*, que faziam a chefia dos serviços de enfermagem, as *sisters*, que ficavam responsáveis por cuidar dos doentes, e as *nurses*, responsáveis pelos cuidados diretos aos pacientes (MACHADO, W., 2002b). Nesta ontologia, marca-se a divisão social do trabalho em Enfermagem, constituída pela diferença do fazer como atividade manual e o saber como uma função intelectual.

No Brasil, com o desenvolvimento da Saúde Pública, visando a atender à prevenção, e não à cura de doenças, passou-se a ter as *enfermeiras visitadoras*, mais precisamente, *sanitaristas* (PAIXÃO, 1960). Mais tarde, outra nomenclatura foi mencionada pelo senso comum, e a palavra *padrão* foi utilizada por muito tempo pelas pessoas como forma de designar a profissional enfermeira – *enfermeira-padrão* (OGUISSO, 2007). Isso perdura até os dias de hoje quando se identifica o enfermeiro em relação às demais categorias como enfermeiro-padrão.

Entre a década de 1930 e a década de 1960, o crescimento do setor privado e o modelo de assistência adotado pela Previdência determinaram uma ampliação na prática de Enfermagem; assim, os profissionais considerados hoje de nível superior passaram a ser absorvidos pelo setor público, enquanto o setor privado buscou profissionais que auxiliassem nos serviços como forma de reduzir custos. Essa situação refletiu-se na educação em Enfermagem, não enfatizando a saúde pública no currículo, mas privilegiando o ensino especializado e a assistência curativista, além de fazer proliferar os cursos de atendentes, de auxiliares e, mais tarde, de técnicos de Enfermagem (GEOVANINI, 2002b). Cria-se, assim, uma ontologia destinada às questões científicas, rompendo com as ontologias já mencionadas. A Enfermagem vem a ampliar suas atribuições, mas também suas categorias, reforçando a fragmentação e a subdivisão do trabalho na área.

Pela aprovação da Lei do Exercício Profissional (Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986) são reconhecidas as categorias de Enfermagem formadas por: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira. Esta denominação foi modificada, devido às atividades executadas; no entanto, à formação de um grupo que pudesse atuar diretamente nos cuidados específicos, tendo a formação destes profissionais algumas diferenças, considerando-se um preparo maior na formação de enfermeiros devido à sua responsabilidade no serviço do grupo. A divisão Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem emerge com o processo de profissionalização em termos de disciplina científica. O conhecimento científico passa a ser o organizador das diferenças internas do campo da

Enfermagem. Essa profissionalização como disciplina científica acaba por criar novas marcas, ou seja, outra ontologia, não mais com sentidos caritativos e de classe social, mas como apropriação técnica e científica. Isso significa tanto a elevação a um estatuto de Ciência quanto a necessidade de conformar as diferenças com outras disciplinas da área da saúde.

Podemos considerar que essas modificações não são um processo de desenvolvimento da profissão. São processos de rupturas, isso por entendermos a forma de pensar e construir esta categoria profissional não como uma revolução através dos tempos da profissão, não como aperfeiçoamento, mas como mudanças que modificam a própria história, e esta modifica a profissão.

A Enfermagem, em termos assistenciais, vem demonstrando seu foco em torno do cuidado do doente em razão dessa forma de construção da profissão, como categoria eminentemente feminina, caritativa e assistencial. Esse foco no cuidado constitui-se como um modo de diferenciação da prática médica, na medida em que, para Merhy e Queiroz (1993), a Medicina direciona sua prática à doença, e não ao doente em um modelo Biomédico. Neste caso, ficaria a cura de doenças como um domínio médico, enquanto que o cuidado com os enfermos ficaria sob responsabilidade da Enfermagem. O cuidado apresenta-se como uma consequência da cura no discurso Biomédico, portanto, a Enfermagem surgiria como prática secundária na relação com a medicina.

Outro tema importante relacionado às práticas em saúde que recai sobre a formação em Enfermagem diz respeito ao que Foucault (2009b) descreve como a maneira de identificar os pacientes, por meio de etiqueta, constando em cima do leito a ficha com o nome e a doença do paciente. Portanto, aparece também uma série de registros que acumulam e transmitem informações sobre o atendimento dado ao paciente, o diagnóstico médico, o registro da enfermeira dos cuidados por ela prestados, o banho, procedimentos invasivos, como punção venosa, troca de sonda vesical de demora, etc., bem como o registro da farmácia, no qual se anotam as medicações fornecidas para o paciente.

Diante das mudanças ocorridas no século XIX, no que diz respeito ao desenvolvimento das ciências experimentais, como a biologia, a anatomia, a fisiologia, a patologia clínica e a microbiologia, a teoria médica torna-se inadequada neste período. A divulgação do Relatório Flexner (1910) contribui com a permanência do modelo Biomédico na formação de médicos, pois recomendou alterações que contribuíssem para a melhoria do

curso de Medicina; por outro lado, tornou possível a concretização do discurso Biomédico na formação da Medicina. A Enfermagem também é atingida em consequência da sua dependência e da relação com a Medicina. As propostas mencionadas no Relatório, dentre outras, foram a duração mínima de quatro anos para os cursos, a introdução do ensino em laboratório, a expansão do ensino clínico em hospitais e a ênfase na pesquisa biológica (RIZZOTTO, 1999). Essas modificações no campo da medicina acabam por engendrar novas conformações ontológicas na Enfermagem. As conformações ontológicas circunscrevem-se pelo modo como se organizará a formação, pela ênfase nos aspectos clínicos/hospitalares e pela divisão entre o teórico e o prático. Isso significa inscrever a Enfermagem também no âmbito de uma formação de cunho Biomédico.

Nesse sentido, podemos analisar a identidade da Enfermagem, que, segundo Hall (2000), traz heranças de um discurso Biomédico no que se refere à questão da utilização dos recursos não daquilo que nós somos, mas daquilo no qual nos tornamos. É nesta perspectiva que a Enfermagem foi sendo modificada por meio de suas categorias e foi se caracterizando como tal; hoje o enfermeiro é visto de maneira diferente devido às marcas identitárias que são modificadas. Antes, a Enfermagem era vista como um auxiliar da Medicina, e hoje sua categoria se expande e se diferencia para melhor atuação profissional. O enfermeiro atua de maneira a coordenar todo o processo do cuidado, além de executá-lo quando necessário, e permite organizar administrativamente os serviços de Enfermagem. Dessa maneira, as marcas identitárias são construídas dentro de um discurso, produzidas em locais históricos e institucionais, no interior de formações e práticas discursivas, estratégias e iniciativas específicas.

No Brasil, a Enfermagem foi sendo implantada nas escolas. Paixão (1960) relata que, em 1890, se cria a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO. Depois de alguns anos, em 1916, a Escola Prática de Enfermeiros da Cruz Vermelha fundou um curso de socorristas para atender às necessidades da primeira Grande Guerra. Funcionaram, pois, os dois cursos: o de profissionais e o de voluntárias (MOREIRA, 2007). Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública; em 1926, o Decreto n. 17.268 (não publicado) estabelece a criação da Escola de Enfermagem de alto padrão no Brasil. A escola levou o nome da primeira enfermeira voluntária na guerra do Paraguai (1864-1970), D. Anna Nery (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

A partir de 1949, acelerou-se o ritmo da criação de novas escolas. E com a criação das escolas, o processo de profissionalização foi definido no Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, que determinou o preparo para o profissional exercer um cargo público e a aquisição de um saber especializado (MOREIRA, 2007).

Com a fundação das escolas de Enfermagem por todo o Brasil, começam a se estabelecer legislações necessárias para regulamentar o ensino padrão. A Associação Nacional de Enfermeiras Brasileiras Diplomadas, fundada em 1926, foi um marco como ruptura, um movimento social em busca dos direitos dessas profissionais. Trata-se de uma entidade de direito privado, de caráter científico e assistencial, não-governamental, que agrupa profissionais enfermeiros, obstetrizes, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e estudantes de graduação e de educação profissional de nível técnico. Em 1929, no Canadá, em Montreal, a Associação Brasileira de Enfermagem foi admitida no Conselho Internacional de Enfermeiras. Em 1964, passou a ser denominada de Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), assim permanecendo até os dias de hoje (LIRA; BOMFIM, 1989; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2005).

A ABEn colabora com o Governo através de Comissões de Legislação, Ensino, Assistência geral e especializada, bem como por meio de Comissões especiais organizadas e convocadas para atender a assuntos de interesse público [...] (PAIXÃO, 1960, p. 89).

Hoje a ABEn tem responsabilidade de proporcionar encontros, seminários e congressos que reúnam todas as categorias de Enfermagem, como forma de atualizar o conhecimento, trocar experiências e buscar uma Enfermagem cada vez mais presente. Dá oportunidade para exposição do conhecimento por meio de pesquisas executadas e relatos de experiências, também como forma de efetivar o ensino e a pesquisa em Enfermagem (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2005). Contribui para o conhecimento de pesquisas interligadas aos discursos Biomédico e da Saúde Coletiva. Nesses encontros, pode-se verificar a prática da profissão sob diversos ângulos, inclusive as práticas Biomédicas ou da Saúde Coletiva.

O Decreto n. 27.426/1949 dispendo sobre o ensino da Enfermagem no Brasil, como descreve no artigo 1º: “[...] O Curso de Enfermagem tem por finalidade a formação profissional de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários e de especialização nos quais serão incluídos os aspectos preventivos e curativos da Enfermagem”. Diz o artigo 2º:

“[...] O Curso de Auxiliar de Enfermagem tem por objetivo o adestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa.” (BRASIL, 1949a).

Como podemos verificar, a lei descreve apenas a categoria de enfermeiro e auxiliar de Enfermagem. Mais tarde, é incorporado o Técnico de Enfermagem à categoria de Enfermagem pela Lei n. 7.498/1986, que descreve a regulação do exercício da Enfermagem, sob o Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987 (BRASIL, 1986, 1987). O artigo 2º, parágrafo único, da Lei n. 7.498/1986, diz: “[...] A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira.” (BRASIL, 1986).

A Enfermagem, com suas categorias em desenvolvimento, orienta-se por princípios da assistência ao usuário/cliente/paciente em seu contexto preventivo e curativo. As categorias passaram a ter importante papel na execução das funções.

Na Enfermagem, cujo trabalho é realizado por uma equipe com diferentes graus de formação, mas com atribuições semelhantes no que se refere ao cuidado com o paciente ou cliente, a versão dessa tecnificação deu-se na elaboração de procedimentos, normas e rotinas que asseguram uma certa homogeneidade na assistência de Enfermagem, mesmo sendo desempenhado por pessoas com qualificações diferenciadas. Isso materializou-se de tal forma no trabalho de Enfermagem que, por mais esforço que se faça para distinguir as diversas categorias que compõem a equipe de Enfermagem, a sociedade de um modo geral não parece perceber essa diferença (RIZZOTTO, 1999, p. 43).

As marcas identitárias da profissão são produções sociais caracterizadas pela profissão. Para a sociedade, o profissional que realiza o banho tem a mesma formação do profissional responsável pela parte burocrática em qualquer local de atendimento à saúde. Isso mostra que as marcas tidas como exemplo – o gênero, as diversas funções não especificadas no espaço de atendimento à saúde, o uniforme branco utilizado pelas três categorias de Enfermagem – são marcas identitárias que demonstram às pessoas que a Enfermagem é uma só, não distinguindo formação e conhecimento. Isso nos faz pensar que a cultura propicia os meios pelos quais podemos dar sentido social, pois há, entre os membros de uma sociedade, um grau de consenso e aceitação sobre como classificar as coisas com o objetivo de manter uma ordem social. Estes sistemas partilhados de significação são denominados de cultura, e é por meio deles que a sociedade caracteriza as categorias de Enfermagem como sendo uma só (WOODWARD, 2000).

No que tange ao aprendizado da Enfermagem, muitas mudanças ocorreram com a criação das Escolas. O artigo 2º do Decreto n. 27.426/1949 assim define: “[...] O Curso de Enfermagem terá a duração de trinta e seis meses compreendidos os estágios práticos, de acordo com o Regulamento que for expedido.” (BRASIL, 1949a). O mesmo dispositivo descreve o modelo de currículo (ANEXO A) com disciplinas a serem ministradas no curso de Enfermagem, servindo como um modelo a ser utilizado pelas Instituições de Ensino Superior. Este currículo foi criado mediante as técnicas realizadas pela Enfermagem. Como a Enfermagem era atuante na execução de procedimentos voltados à doença, a base de conhecimento transmitido foi sobre este foco, por isso a inserção de disciplinas direcionadas ao discurso Biomédico.

Como sabemos, as relações de poder/saber produzem sujeitos, e a Medicina também foi foco de modificações. Abraham Flexner (1866-1959) é considerado o grande responsável pela reforma das escolas médicas nos Estados Unidos, por meio do Relatório Flexner (1910). Uns o aclamam como grande reformista e transformador da educação médica em todos os tempos, e outros o consideram o principal responsável pelo modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde da sociedade. O adjetivo “flexneriano” é aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos (PAGLIOSA; DA ROSA, 2008).

Algumas Instituições de Ensino acataram as recomendações do Relatório Flexner (1910), como: “[...] o currículo de quatro anos, divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital, exigência de laboratórios e instalações adequadas [...]” (PAGLIOSA; DA ROSA, 2008, p. 496).

Por sua vez, a Enfermagem também foi marcada por modificações no currículo do curso, com o Relatório Goldmark, também conhecido com *Nursing and Nursing Education in United States*, ou relatório de Winslow-Goldmark, iniciado em 1919 e publicado em 1923, que contribuiu com algumas recomendações que padronizavam o ensino nas escolas de Enfermagem americanas, como: a duração do curso de 28 meses, sendo quatro meses de treinamento e 24 meses, incluindo férias, destinados ao curso com teoria e prática de Enfermagem, além de se pontuar a relação com cursos de treinamento para Enfermagem e pós-graduação. Esse modelo de formação do relatório influencia a organização da Escola de

Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FREIRE; AMORIM, 2008).

No Brasil, algumas recomendações contidas no Relatório de Goldmark foram incorporadas pela Escola Ana Nery, como, por exemplo, a duração dos cursos de dois anos e quatro meses, e a opção por um dos cursos eletivos, no caso, Saúde Pública, Experiência Administrativa ou Hospitalar, a ser realizado no último semestre (RIZZOTTO, 1999, p. 57).

O que podemos notar é que a modificação do currículo levou a incorporar ainda mais as atribuições do profissional no âmbito da Saúde Pública, Experiência Administrativa e Hospitalar, por meio de relações de poder/saber engendradas em um discurso Biomédico. Em 1949, o currículo do curso de Enfermagem era realizado no período de três séries ou, como chamamos hoje, de três anos. O currículo compreendia a técnica na primeira série, englobando disciplinas focalizadas no discurso Biomédico, como Anatomia, Fisiologia, Química, Microbiologia e Parasitologia, Patologia Geral, sendo diretamente focada a profissão na disciplina de História da Enfermagem.

Na segunda série, vários setores foram sendo envolvidos nas atribuições de Enfermagem, como sala de operações. Aprendiam-se as técnicas a serem realizadas no acompanhamento do paciente na sala de cirurgia, clínica ortopédica, fisioterápica e massagem. Ainda nesta série, é inserida a disciplina de clínica neurológica e psiquiátrica, urológica e ginecológica e também a Ética, diretamente focada na profissão.

Na terceira série, a proposta continuou sendo a dos setores de clínica de otorrinolaringológica e oftalmológica, o que nos mostra a familiaridade da Enfermagem com a Medicina, devido às atribuições médicas voltadas a estas áreas. A Enfermagem exercia a sua contribuição nos atendimentos voltados aos setores, portanto, a formação era focada na técnica de realização de procedimentos que auxiliavam os afazeres médicos. No currículo de Enfermagem em Saúde Pública, voltada à epidemiologia e bioestatística, saneamento e higiene da criança, não se realizava o acompanhamento do paciente e de sua família de maneira integral.

Com relação ao curso de Enfermagem, descreve o artigo 7º, parágrafo único, do Decreto n. 27.426/1949, que os estágios eram realizados mediante o rodízio dos alunos nos serviços hospitalares, ambulatorios e unidades sanitárias; para cada estágio, a duração mínima era de quinze dias, além de sete dias em estágio noturno (BRASIL, 1949a). O estágio em

Saúde Pública ocorria no período de três meses. Aqui se percebe a grande influência da formação de enfermeiros no trabalho noturno, pensando-se na realidade dos acontecimentos do serviço de 24 horas, por exemplo. Vale a pena ressaltar, ainda, a contribuição do estágio em Saúde Pública, enfoque nas situações de saúde que colocam em risco a saúde da população em geral, com tempo maior de aprendizado. É possível analisar que, mediante a carga horária distribuída, já se modificava o aprendizado somente em um espaço considerado de doenças, e passou-se a incluir a saúde pública como fator considerável para a atuação da Enfermagem.

Nesta perspectiva, a anátomo-política ainda é o foco na Enfermagem. Pensa-se no homem como máquina, na doença, no indivíduo e seus problemas – o indivíduo será modificado mediante a conformação de estratégias biopolíticas, a partir de ações em saúde pública voltadas para os fenômenos da população, caracterizando uma Enfermagem mais sanitaria. Assim, o currículo do curso modifica-se, incluindo a Saúde Pública como artefato da forma de governar a saúde.

Por outro lado, pretendendo diferenciar-se como profissão, com base na Medicina, a Enfermagem segue parâmetros ainda titulados como sendo auxiliares à categoria médica, talvez por receber conhecimentos de professores com formação médica. Portanto, é possível pensar que, devido ao número de profissionais médicos inseridos no curso de Enfermagem no início da história da Educação da Enfermagem, as disciplinas ministradas eram voltadas ao conhecimento médico, o qual não tinha a prática e atuação da Enfermagem propriamente dita, com conhecimentos focalizados a diversos setores, à patologia do usuário/cliente/paciente e enfoque na doença. Isso justifica a criação do currículo de 1949, voltado às disciplinas técnicas e às patologias, deixando de focar o cuidado ao usuário/cliente/paciente, a necessidade básica do cuidado ao doente, a prevenção da doença, a busca da qualidade de vida do indivíduo e da sociedade. Rizzotto (1999, p. 57) afirma que “[...] 60% das disciplinas teóricas eram dadas por médicos, reforçando o discurso Biomédico e na definição do serviço prestado pelas enfermeiras [...]”, realizado diretamente com base nas orientações médicas. Isso possibilitou a construção de marcas identitárias do enfermeiro de sempre atender às solicitações médicas, deixando de lado um trabalho sistematizado do cuidado ao doente, e não à doença.

Stroebe e Stroebe (1995) descrevem que o modelo Biomédico ignora o fato de que muitas doenças são resultantes de uma interação de acontecimentos sociais, psicológicos e

biológicos, visto que as doenças podem ser identificadas por causas externas e internas. Para o discurso Biomédico, a concepção das doenças muitas vezes não era investigada – sendo que as doenças poderiam ser concebidas por aspectos psicossociais – e os atendimentos não eram dados integralmente.

Embora este discurso não praticasse formas de prevenção e promoção, inseridas a partir da Reforma Sanitária, era necessário para reduzir os riscos de agravos à saúde. Ele foi sendo modificado a partir das proposições da Conferência de Alma-Ata, em 1978, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, novembro de 1986, no âmbito internacional, bem como a VIII Conferência Nacional de Saúde, também realizada em 1986, no Brasil (BRASIL, 2002).

Assim, o discurso Biomédico insere-se com a Medicina no campo da saúde, por compreender práticas desenvolvidas pelo médico, que busca obter a cura das doenças desenvolvidas pelo organismo humano. Isso levou a Enfermagem a atuar ainda com práticas destinadas a este objetivo, o corpo humano apenas, e como auxiliar da prática médica. Essas marcas tributárias do discurso Biomédico produzem distintas ontologias, de acordo com as articulações que acontecem com o campo teológico, a classe social e a própria ciência. Essas articulações tonalizam a Enfermagem tanto como disciplina caritativa/assistencialista, quanto como suporte ao trabalho da Medicina. A hierarquia interna da própria Enfermagem acaba por reforçar essas marcas do discurso Biomédico na articulação com o teológico, a classe social e a ciência.

### 3.1.1 A reforma sanitária como acontecimento na genealogia da Enfermagem

Uma das primeiras observações relativas ao cuidado da saúde que extrapola a tradicional abordagem da atenção médica constitui o relato das missões enviadas à China em 1973 e 1974, quando se consideraram as atividades para a melhoria da saúde realizadas em ambiente rural, com atividades de promoção, prevenção, orientação e tratamento (BRASIL, 2002).

O modelo da Reforma Sanitária nasce na segunda metade dos anos 1970 e modifica a saúde no Brasil. Segundo Dâmaso (2006), a Reforma Sanitária foi e está sendo instituída

enquanto saber devido às transformações contemporâneas e subsequentes ao regime militar pós-64 ocorridas no setor saúde, exigindo críticas ao saber hegemônico na área e um saber contra-hegemônico.

Para Ceccim e Ferla (2009), o fator de luta pela reforma setorial em saúde fez nascer o campo de estudos da Saúde Coletiva e o campo de intervenções do Controle Social em Saúde. Ambos os campos distinguem a exigência de uma atenção integral à saúde e a assistência e prevenção centradas nos adoecimentos ou agravos à saúde, com a promoção de saúde por políticas específicas.

A Reforma Sanitária ocorre como movimento na saúde, de maneira que o conhecimento é modificado devido às transformações ocorridas. Diante da modificação, permitiu-se observar que o eixo político e o eixo discursivo são marcados como campos complexos, onde se organizam e se confrontam saberes. O eixo político do discurso sanitário toma como ponto de partida a reorganização das forças democráticas na década de 1970, história de uma política. O eixo discursivo das políticas e práticas de saúde não pode recolher-se nos limites da reorganização democrática da sociedade.

Diante do movimento da Reforma Sanitária, o conceito de saúde/doença foi sendo conceitualizado de outra maneira; com isso, a democratização sugerida exigia um sistema de saúde descentralizado, viabilizando uma participação popular em todos os níveis de saúde. Isso recai diretamente sobre as profissões, o que é observado no Decreto n. 94.406/1987, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências (BRASIL, 1987). Inclui no seu artigo 8º como incumbência do enfermeiro a participação em programas e atividades de assistência integral à saúde do indivíduo e de grupos específicos e em atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral. Assim, determina-se um novo olhar para a atuação do profissional enfermeiro, voltado à Saúde Coletiva, e um novo discurso começa a se destacar na profissão.

Nessa perspectiva, surgida diante de uma emergência na saúde, as modificações ocorridas no campo das políticas públicas têm de formar profissionais capazes de acompanhar as novas problemáticas da área mercadológica. A partir da Reforma Sanitária, a Enfermagem, como curso, procura modelar-se de acordo com as mudanças. Procura-se formar profissionais capazes de atender às exigências colocadas no âmbito da Saúde Coletiva. Os diversos programas criados e ainda em projeto são capazes de modificar marcas identitárias do

enfermeiro diante de uma necessidade. Neste contexto, as modificações da atuação do enfermeiro estão sendo trabalhadas na formação do acadêmico do curso de Enfermagem. O enfermeiro deve ser formado segundo a realidade que hoje se vive, ou seja, a Saúde Coletiva cria novas necessidades em termos de marcas identitárias.

Buscaram-se, assim, modificações curriculares para todos os cursos de graduação devido às transformações no modelo de saúde no Brasil, antes tido como hospitalocêntrico, mas agora muito mais atuante na busca de prevenir doenças e promover saúde. Isso ocorre diante de estratégias de poder que focalizaram a saúde da população, com novos mecanismos de poder aplicados.

Segundo Gallo e Nascimento (2006, p. 93), “[...] a luta para que a saúde seja ‘um direito de todos e um dever do Estado’ – lema da VIII Conferência Nacional de Saúde e uma das bandeiras do movimento Sanitário [...]” – abrange os setores da população pertencentes a diferentes grupos, classes e estratos sociais.

A partir da Reforma Sanitária, deixando de ser um fator secundário, a saúde passou a ser a prioridade. O foco é promover saúde, qualidade de vida. O sistema modifica-se no sentido de focar nos saberes médicos uma prática preventiva, e não mais apenas curativa, denominando-se a Saúde Coletiva como foco na preservação da saúde. Assim, a Enfermagem também foi sendo inserida, de maneira a modificar suas atuações no cuidado ao paciente, visando agora à saúde, e não mais apenas tratando a doença.

É neste contexto das relações existentes entre a prática da Enfermagem e da Medicina que Foucault (2009b) relata as relações de poder/saber que modificam marcas identitárias, antes no campo hospitalocêntrico/biomédico e hoje no campo da Saúde Coletiva. Esta última, ao focar a promoção e proteção em saúde, e não apenas a cura de doenças, permitiu a emergência de outras práticas, mediante os enfrentamentos entre ambos os discursos, que acabam por criar novas formas de produção em saúde.

A Reforma Sanitária enfatizou a ideia da saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo estar inserida em um Sistema Nacional de Saúde descentralizado e unificado, com efetiva participação tanto dos profissionais quanto da população. Isso implica mudança para a sociedade, como também mudança nos valores e normas que norteiam a atividade dos profissionais de saúde (GALLO; NASCIMENTO, 2006). Nessa perspectiva, observa-se a necessidade de modificar a profissão e a maneira como é exercida.

Refletindo a Reforma Sanitária e sua contribuição para a Saúde de hoje, podemos considerar as políticas sociais, entendidas no plano estrutural, como um instrumento de regulação política ou de criação de condições socioestruturais. É uma reação aos problemas ou demandas sociais, uma forma de diminuir as desigualdades sociais por meio do acesso às condições e determinantes de saúde (GERSCHMAN, 2006). Por outro lado, as desigualdades que permeiam a sociedade estão relacionadas com o que pode se denominar de identidade e diferença.

Nesse sentido, a identidade e diferenças surgem como maneira de produzir marcas sociais e contribuem com o surgimento de políticas sociais voltadas para grupos e comunidades em uma determinada sociedade (SILVA, 2000). Por meio do conceito de governamentalidade, descrito por Foucault (2003), é possível considerar que a prática de governar um Estado se constitui como parte de uma economia política, uma economia no nível de todo o Estado, ou seja, ter para os habitantes, as riquezas, a conduta de todos e de cada um, uma forma de vigilância, de controle; portanto, governar é governar as coisas, e, como prática de governar, se insere de fato o poder mediante as relações com o saber. Essas relações de poder/saber como estratégias da arte de governar acabam por produzir justamente o conjunto de marcas identitárias organizadas segundo critérios de identidade e diferença entre grupos sociais. Contudo, a transformação da arte de governar engendra a emergência de novos problemas; conseqüentemente, haverá relações que possibilitam determinar práticas diferentes de aceitar ou não a maneira pela qual o Estado insere estratégias de controle. Isso ocorrerá continuamente, tanto para a população quanto para a Enfermagem, no sentido de aplicabilidade de estratégias determinadas pelos Conselhos da Categoria em nível Federal ou Regional. Por outro lado, há a formação acadêmica, através das estratégias determinadas pelas Instituições de Ensino Superior, em sua atuação sobre os docentes e coordenadores, e o que podemos chamar de documentos, como o currículo do Curso, provas, plano de ensino, referência bibliográfica. Estas são, em seu contexto, estratégias que levam a relações de força e modificam a forma de nos constituirmos.

Ceccim e Ferla (2009) mencionam que o conceito de educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de aspectos cognitivos e tecnológicos às novas gerações profissionais, para tornar a formação um campo de construção de militantes do setor saúde na execução de um projeto de sociedade e, inserido nele, um projeto tecnoassistencial, em busca de uma sociedade onde a saúde se relacionasse com a qualidade de vida e trabalho. O setor da

saúde, com o SUS, mobilizou academia, trabalhadores de saúde, classe trabalhadora e movimentos sociais.

Mobiliza-se, dessa forma, a formação do profissional enfermeiro, criando-se novas marcas identitárias por meio do currículo do curso. Este é um instrumento em que se baseia toda a atividade a ser desenvolvida na Instituição de Ensino Superior. Como instrumento, facilita a criação de outros, como: o plano de ensino, as referências utilizadas e os objetivos; por outro lado, não há como agir individualmente, havendo ainda a necessidade de atores denominados docentes, que também não deixam de utilizar estratégias para formação de profissionais enfermeiros.

### 3.2 A HISTÓRIA REPERCUTE NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Segundo a Academia Brasileira de Letras (2008, p. 386), o currículo “é um conjunto de matérias de um curso”. Além de pontuar as matérias a serem desenvolvidas num determinado curso, ainda pode trazer reflexões sobre as disciplinas impostas em determinados semestres e não em outros, o que necessariamente consta em planos de ensino e nas referências bibliográficas utilizadas pelo professor na construção do aprendizado do acadêmico para cada disciplina. São questões que interferem na construção do profissional enfermeiro – de certa forma, estamos construindo marcas identitárias.

[...] Para as teorias críticas, o currículo não é a simples transmissão de fatos e conhecimentos objetivos. Ele é um instrumento que propicia a produção e criação de significados sociais que estão estreitamente ligados às relações sociais de poder. (SILVA et al., 2008, p. 7).

Silva (2006) menciona que o currículo se corporifica entre saber, poder e identidade, ele está no centro das relações educativas. Os currículos são elementos centrais para a educação. O currículo atua na modificação e caracterização dos acadêmicos, que estão inseridos no cumprimento das disciplinas preconizadas para o curso. É tido como conjunto de jogos de forças, pois está baseado nas relações existentes entre as disciplinas, devido aos significados que representa no contexto social ou político.

As políticas curriculares são importantes elementos simbólicos e atuam como signo, como um significante. Interpelam indivíduos nos diferentes níveis institucionais, atribuindo ações e papéis específicos, como supervisores, professores, coordenadores, diretores. A política curricular é transformada em currículo e tem seu efeito na sala de aula e fora dela (SILVA, 2006). A realização de estágios, os acompanhamentos extracurriculares, a atuação do professor/docente, as relações estabelecidas entre professores e acadêmicos caracterizam uma hierarquia. Albuquerque et al. (2009) refere-se à educação como passiva, nomeando de grade o currículo e de disciplinas os conteúdos.

O currículo deve ser analisado como um signo, como um significante. O currículo produz verdades de forma escrita, por meio dos objetivos, métodos de avaliação, referências, normas, livros, disciplinas. Hammouti e Íñiguez (2002b) mencionam a teoria do signo como sendo a teoria do significado e do significante, ambos sendo uma produção seguramente conjunta e histórica. Woodward (2000, p. 17) descreve ser “[...] por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos [...]”.

Nesta perspectiva, os significados, os sentidos constituídos, devem ser analisados como um complexo processo de transformação, no sentido de criar novas marcas identitárias, construindo novos sujeitos. O currículo atua no âmbito de modificações, sobre acontecimentos que surgem a partir dos relacionamentos existentes e que caracterizam novos sujeitos. Assim, as significações existentes num projeto de formação acadêmica permeiam e criam identidades por meio das estratégias utilizadas no interior de uma Instituição de Ensino. Dessa maneira, o acadêmico de Enfermagem vem sendo subjetivado e caracterizado como enfermeiro diante das atividades a serem seguidas, das relações estabelecidas, do cumprimento das normas exigidas pelo currículo de Enfermagem, das disciplinas e da forma como são transmitidas, da roupa que usamos – tudo isso constitui modos de subjetivação, produzindo marcas identitárias mediante as quais o aluno se torna um enfermeiro.

O currículo, em sua gênese como macrotexto de política curricular até sua transformação em microtexto de sala de aula, evidenciado por diretrizes, livros didáticos e plano de ensino, tem registrado lutas por meio das negociações de sentido existentes: de um lado, os saberes oficiais, a hierarquia de coordenadores e professores; de outro lado, os saberes subordinados, leigos. Quanto à distinção e hierarquização de saberes, no que diz respeito à formação em Enfermagem, é possível considerar a relação entre o discurso

Biomédico e o da Saúde Coletiva. O currículo, sendo um produto supostamente acabado, sempre terá um novo trabalho de significação, baseado no contexto das relações sociais, que necessariamente são relações de poder: “Todas as práticas de significação que produzem significados envolvem relações de poder [...]” (WOODWARD, 2000, p. 18).

Os valores explícitos no currículo formal precisam estar presentes na atitude dos docentes diante das situações concretas vivenciadas nos espaços pedagógicos, pois o exemplo também é uma estratégia de ensino que favorece o desenvolvimento moral do educando (FERREIRA; RAMOS, 2006, p. 230).

Podemos, assim, pensar que o currículo consiste em estratégias de poder estabelecidas no início da vida acadêmica. Mediante exercícios ou mecanismos, o currículo é visto como ato político, no sentido de coordenar a maneira pela qual se forma o profissional enfermeiro. Quem quer uma postura adequada, um enfermeiro preparado, com liderança, ética, conhecimento teórico e prático, deve demonstrar como docente suas habilidades e posicionamento. Conforme descreve o Conselho Nacional de Educação (2001), o profissional deve possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas adequadas, baseadas em evidências, bem como manter confidencialidade das informações, ter habilidades na escrita e na leitura, compromisso, responsabilidade, empatia, tomar iniciativas, ser capaz de aprender continuamente para sua educação e para treinamento/estágios das futuras gerações.

Estas atitudes são exemplo de construção de marcas identitárias. Quando nossos conhecimentos, questionamentos, se deparam com os acadêmicos, imediatamente somos avaliados estrategicamente como maneira de seguir ou não, de agir conforme o professor indica ou não. O acadêmico é interpelado pela maneira como se produzem marcas identitárias na formação do enfermeiro. Para Silva et al. (2008), o modo como uma equipe de professores define os objetivos, métodos, conteúdos e a forma de avaliação diz respeito a estratégias de poder, apoiadas em mecanismos que se apresentam como forma de produção de profissionais.

Foucault (2009b) descreve a governamentalidade como um fator determinante nas estratégias de poder, modificando o cotidiano das pessoas e as relações estabelecidas, modificando o sujeito. Ainda por governamentalidade, Foucault (2009b, p. 291) aponta “O conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem como alvo

a população.” A Instituição de Ensino Superior, como estratégia de governamentalidade, existe por meio da coordenação de diversos mecanismos estabelecidos, conforme critérios determinados pelo PPP do Curso, e ainda por meio do currículo do curso, o qual descreve as diversas maneiras de se trabalhar e executar ações, conforme uma política disciplinar.

O PPP atua centrado na formação e caracterização de indivíduos ou grupos preparados para o mercado de trabalho, ou seja, trata-se de uma forma de governamentalidade por agir de maneira geral na conduta, no pensamento das pessoas, de modo que elas questionem a si mesmas o que é necessário para suas vidas; assim, se intervém na forma de produzi-las como sujeitos. O que é estabelecido pelas Diretrizes Nacionais de Educação são formas de governamentalidade organizadas segundo certas leis, resoluções e decretos que incidem sobre as maneiras como se constitui o profissional de Enfermagem.

O currículo formulado pelas Instituições de Ensino vem sendo modificado na medida da necessidade mercadológica, em razão de as políticas públicas criarem novas demandas de mercado de trabalho, de mão-de-obra. Silva (2006) relata que o currículo é um dos espaços centrais da construção, pois nele se entrecruzam práticas de significação, de identidade social e de poder. O currículo trava lutas, jogos de forças. Como macrotexto, expressa o projeto dominante e ajuda reforçá-lo. Como microtexto, como prática de significação em sala de aula, expressa visões e significados e contribui para formar as marcas identitárias sociais que lhe sejam convenientes, conforme a necessidade da área mercadológica.

Ao pensar no currículo de Enfermagem, é necessário analisar que é elaborado de acordo com o que se pretende formar, ou seja, como o acadêmico de Enfermagem deve sair da academia. Neste caso, é importante ressaltar as modificações ocorridas na profissão. Diante das estratégias definidas, várias maneiras de atuar são colocadas em prática – por exemplo, a atuação do enfermeiro no SUS. Sem levar em consideração que os acadêmicos eram formados ou construídos seguindo o discurso Biomédico, hoje podemos pensar que vários são os enfermeiros que atuam no ensino/aprendizagem. O conteúdo transmitido e ensinado visa a uma formação com características próprias da Enfermagem, mas ainda persiste o discurso Biomédico.

O SUS surge após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que delimita atribuições específicas, criando diversas Políticas Públicas voltadas aos diversos Programas de Saúde, por exemplo: o Saúde da Família. O enfoque na Saúde da Família surge em 1994 e modifica o

currículo do curso de Enfermagem em todo o Brasil, devido à necessidade mercadológica, como estratégia para atuar na formação de profissionais qualificados para este serviço. Modifica-se, assim, a formação do profissional de acordo com um acontecimento ocorrido na história da Enfermagem, da Saúde.

Portanto, é necessário discutir o conjunto de regras que regem o currículo, devido às especificações destinadas à educação superior. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem trazem responsabilidade para as Instituições de Ensino Superior – a responsabilidade de formar profissionais que vêm sendo requisitados na área mercadológica, bem como a organização para o curso.

Com os avanços na área da Saúde na Atenção Primária, a Portaria MEC n. 1.721, de 15 de novembro de 1994, atendendo aos avanços da saúde no Brasil, propôs a mudança no chamado currículo mínimo de Enfermagem, enfatizando uma abordagem generalista. (BRASIL, 2007).

Por motivos de mudança no âmbito da saúde e da área mercadológica, as formas de governamentalidade modificam a formação do enfermeiro, considerando-se as mudanças que ocorreriam na atuação deste profissional no campo da saúde, principalmente em Nível Primário. Neste caso, a atuação do enfermeiro modificará a saúde da população no que se refere às suas atribuições.

Portanto, analisar a formação deste profissional implicará a forma de exercício das relações de poder/saber que constituem a formação em Enfermagem, por meio de instrumentos considerados necessários para a profissão. São as formas de regulação que determinam o que o enfermeiro pode ou não fazer/executar, como ser, quem ser, como trabalhar. A produção de formas de ser enfermeiro, de trabalhar em Enfermagem, ou seja, a constituição de uma ontologia da Enfermagem, encontra suas marcas tanto na construção desta categoria profissional, mediante certas articulações, tais como com a teologia, a classe social, a Medicina e as políticas públicas em saúde, quanto naquilo que constituirá os currículos na contemporaneidade.

O currículo, como um dos artifícios da formação, engendra-se por discursos que constituem as práticas em saúde e aquelas mais específicas da Enfermagem. Dessa forma, o currículo, como estratégia de poder, faz parte dessa ontologia do presente, é ele mesmo uma tecnologia que se compõe por proveniência e por emergência. O currículo, como um

procedimento estratégico na formação, frente a esses modos de construção desta, acaba por tornar-se um território de lutas por imposições de sentidos. Esses jogos de sentidos fazem com que as marcas migrem, se transformem, incorporem distintas produções de verdades: de *diáconos e diaconisas* para *nurses e ladies*; de *nurses e ladies* para *enfermeiras visitadoras/sanitaristas*, depois para *enfermeiras-padrão* e atualmente *enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem*; de cuidados caritativos/assistencialistas para cuidados em saúde. Essas marcas encontram no campo epistemológico e político as suas formas de expressão e organização: discurso Biomédico e Saúde Coletiva.

### 3.3 A CONSTRUÇÃO DA ENFERMAGEM NOS DISCURSOS

A Enfermagem construída a partir do PPP e seus discursos determinam uma formação com marcas identitárias cada vez mais diferentes, o que se torna possível por meio das estratégias utilizadas. A análise desses discursos será apresentada neste capítulo da seguinte forma: primeiramente, uma explanação dos discursos encontrados por meio das Áreas de Conhecimento descritas pelo PPP/2006, que foi elaborado através das Diretrizes Curriculares de 2001; depois, uma reflexão sobre o discurso Biomédico de acordo com as marcas encontradas no currículo do curso de Enfermagem, assim como o discurso da Saúde Coletiva e seus efeitos na construção do profissional enfermeiro; por último, discussão dos enfrentamentos entre os discursos Biomédico e da Saúde Coletiva, que consideram a Enfermagem como outro processo de construção, portanto, de novas marcas identitárias.

#### 3.3.1 Discurso e áreas de conhecimento: uma análise da proveniência

Para se fazer uma ontologia do presente, com base na genealogia, ou seja, percorrer o conjunto de procedimentos técnicos e teorias que produzem marcas e constituem formas de ser enfermeiro, focalizaram-se em um primeiro momento as Áreas de Conhecimento que compõem uma grade curricular de formação em Enfermagem. No entanto, é importante problematizar, com base nas ferramentas poder/ saber/ marcas identitárias, a maneira pela qual foi possível construir tais áreas, ou seja, compreender a construção do currículo do curso de Enfermagem por meio do PPP/2006, que elaborou três Áreas Temáticas, conforme pode ser visto no Quadro 1: Núcleo Fundamental (Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências

Humanas e Sociais), Núcleo Profissionalizante (fundamentos de Enfermagem, assistência de Enfermagem e administração em Enfermagem) e Núcleo de Diversificação da Formação (Trabalho de Conclusão de Curso, Estágio Supervisionado e atividades complementares). Estas áreas são ferramentas de construção para a formação do profissional. Mediante uma compreensão genealógica, a análise de proveniência considera os acontecimentos que formaram e que constituem hoje as Áreas Temáticas do currículo do curso (FOUCAULT, 2009b). Pois é por meio das áreas temáticas, consideradas como proveniências, que é possível construir o enfermeiro, ou seja, as áreas temáticas atuam como proveniência da formação do profissional.

**QUADRO 1** - Distribuição das áreas temáticas e áreas de conhecimento – PPP/2006

<b>Áreas temáticas</b>	<b>Área de conhecimento</b>
Núcleo Fundamental	Ciências Biológicas e da Saúde: - Biologia - Fisiologia - Morfologia - Patologia Ciências Humanas e Sociais: - Exercícios da Enfermagem - História da Enfermagem - Psicologia - Construção do Conhecimento - Sociologia e Antropologia
Núcleo Profissionalizante	Ciências da Enfermagem: - Fundamentos de Enfermagem - Assistência de Enfermagem - Administração de Enfermagem - Ensino de Enfermagem
Núcleo de Diversificação da Formação	Trabalho de Conclusão de Curso Estágio Supervisionado Atividades Complementares

Fonte: Suélen Ribeiro Miranda Pontes Duarte, 2010.

Vejamos as três Áreas Temáticas:

a) Núcleo Fundamental:

Ao refletir sobre as Áreas Temáticas para o curso de Enfermagem, vale ressaltar que, conforme o PPP elaborado, as Áreas de Conhecimento Ciências Biológicas e da Saúde e Ciências Humanas e Sociais estão inseridas como Núcleo Fundamental para a formação do profissional. Diferem uma da outra no sentido de que a primeira, de acordo com o PPP/2006, enfoca ferramentas necessárias para a compreensão e funcionamento do corpo humano, com suas alterações e adaptações, atuando como base para a atuação técnica e teórica. A segunda é colocada como maneira de capacitar o acadêmico do curso de Enfermagem a perceber determinantes socioculturais do processo saúde/doença, possibilitando o entendimento da sociedade no contexto social, histórico, cultural, econômico e epidemiológico que interfere no processo saúde/doença.

A partir da Área Temática Núcleo Fundamental, inserida nos primeiros semestres da formação acadêmica, observou-se que a Área de Conhecimento denominada Ciências Biológicas da Saúde incorpora um foco maior nas estratégias traçadas pelo curso, com base para uma formação centrada no discurso Biomédico, por ser oferecida até o quinto semestre do curso, correspondendo a mais da metade da formação, vinculada à maneira de compreender o corpo humano e suas adaptações. Considera-se como ligada ao discurso Biomédico porque não vê o corpo simplesmente como uma máquina, mas como uma máquina que tem ou terá disfunções. Sendo assim, a prática desse discurso segue tratamentos que reestruturam o funcionamento do corpo e se relaciona à anátomo-política, por se tratar do indivíduo, em suas adaptações de corpo\organismo, e à aplicabilidade da disciplina no cotidiano da vida, por implicar organização e controle de doenças (KOIFMAN, 2001). Percebe-se a preocupação com o indivíduo, pois a anátomo-política é uma estratégia de poder que se inseriu na grade curricular do curso de Enfermagem quando esta também tornou-se uma tecnologia de controle no campo da saúde, construindo enfermeiros que atuam na organização da sociedade. Sob esse aparato, a vida passou a ser de prática médica, e o corpo humano era tido como máquina, sede das doenças – o paciente era visto apenas como portador de uma doença (KOIFMAN, 2001).

É possível identificar, por meio desta Área de Conhecimento, que o enfermeiro é construído pelo conhecimento biologista, com características do discurso Biomédico, por

assim dizer, até o quinto semestre, incluindo-se características das Ciências Humanas e Sociais, que abrangem disciplinas no primeiro e terceiro anos. A Área de Conhecimento Ciências Humanas e Sociais determina uma abordagem ética, social, cultural e histórica, visualizando um enfoque no contexto integral da sociedade. Dessa maneira, observa-se a necessidade de inserção, de compreensão, de entendimento de todos os contextos disciplinares para uma formação voltada a características sociais, o que não é visto no currículo de 1949.

As Áreas de Conhecimento passam por enfrentamentos – de um lado, o modelo biologista; do outro, as ciências humanas. O modelo biologista surge da necessidade de conhecimento amplo para a aplicabilidade da técnica. Já as ciências humanas e sociais fazem parte da profissão e da saúde, colaborando no posicionamento perante a sociedade quando no exercício da profissão. Os modelos enfrentam-se por fazerem parte de um contexto voltado à saúde do indivíduo em si, homem/corpo/máquina, e à saúde da população como sendo social, psicológico, cultural, histórico. Portanto, é preciso reconhecer os acontecimentos da história para construir determinados efeitos na saúde (FOUCAULT, 2009a). A entrada das Ciências Humanas e Sociais no campo da Saúde dá-se a partir da Carta de Ottawa, em novembro de 1986, que ocorreu em resposta às expectativas por uma nova Saúde Pública. Levou-se em consideração que, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar suas aspirações, satisfazer necessidades e modificar o meio-ambiente; a saúde, no entanto, deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (BRASIL, 2002). Por outro lado, isso passa a ser reforçado na VIII Conferência Nacional de Saúde, como a proposta de que saúde diz respeito às condições de acesso ao trabalho, educação, habitação, alimentação, lazer, etc.

Nesta perspectiva, entende-se que a Enfermagem é construída, de maneira que se concretizam as diversas atividades em que essa profissão vem se modificando. De certa forma, o Núcleo Fundamental determina o discurso Biomédico, por procurar destrinchar as disciplinas da formação médica; por isso, este discurso ainda é eixo estruturante do corpo de formação em Enfermagem. A verdade está inserida nas relações existentes, e, inserido no Núcleo Fundamental, o discurso Biomédico atua como mecanismo de verdade que constrói certas ontologias, certas formas de ser sujeito de uma determinada profissão, por exemplo. Da mesma maneira que se constitui um campo de saber, há relações de poder, e, onde há relações de poder, há formação de um saber. Portanto, a elaboração da grade curricular do curso de Enfermagem atua como mecanismo de poder/saber por atualizar, por meio das Áreas de Conhecimentos, exercícios de poder e formação de saberes.

Constatam-se descontinuidades ocorridas, por exemplo, do currículo de 1949 (ANEXO A) do curso para o currículo de 2006 (ANEXO B), com a utilização de Núcleos e Áreas de Conhecimento neste currículo e não no primeiro, dando espaço para as Áreas das Ciências Humanas e Sociais. Isso foi possível pelo processo de construção de relações de poder/saber, a partir de acontecimentos como a Reforma Sanitária na década de 1970-1980 e também, mais tarde, por meio da Lei Orgânica de Saúde, Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Cabe aqui discutir que o Núcleo Fundamental inserido na construção do currículo do curso de Enfermagem foi possível devido às relações de poder/saber existentes num determinado tempo, a partir de uma emergência/acontecimento (FOUCAULT, 2009b). Assim, pode-se pensar como o discurso das ciências biológicas, humanas e sociais na Enfermagem cria e elabora o currículo mediante um conjunto de verdades heterogêneas (ciências humanas/sociais e biológicas). Para Foucault (2009b), a genealogia é cinza – não é preta não é branca –, busca o que é bom e o que é ruim, não somente o que é bom ou o que é ruim; então, não se trata de oposições binárias, e sim de elementos distintos articulados no interior do curso de Enfermagem.

Demonstrando que a genealogia é cinza, os enfrentamentos entre um discurso Biomédico e um discurso da Saúde Coletiva na formação do enfermeiro, sob a lógica de oposições binárias, encontra-se no próprio surgimento de um acontecimento como o SUS e as diretrizes criadas e descritas pelo artigo 198, da Constituição Federal de 1988, como o atendimento integral (BRASIL, 1988). O SUS visa às atividades preventivas para todo usuário/cliente/paciente, demonstrando que o conhecimento adquirido na formação acadêmica deve ser integral, e também aparece no próprio campo da saúde a necessidade de um discurso Biomédico, quando este é constitutivo do currículo até o terceiro ano da formação. Assim, um aprendizado amplo das atividades a serem executadas de maneira integral e holística, ou o atendimento às Políticas Públicas criadas a partir do SUS, criam a necessidade de conhecimentos distintos, porém articulados na construção de uma profissão que atende às demandas existentes nas Leis, Decretos, Resoluções e Diretrizes que norteiam a Enfermagem.

Conhecimentos distintos fazem parte da construção de profissionais capazes de atender a um acontecimento, à área mercadológica. O conhecimento do Núcleo Fundamental, como o corpo humano e suas adaptações, bem como o contexto social, cultural e histórico do usuário/cliente/paciente, determina a necessidade de o discurso Biomédico estar inserido no currículo e atuar como estratégia de poder/saber na construção do profissional.

A denominação e criação da Área Temática e Núcleo Fundamental foi possível a partir de uma emergência ocorrida no campo da saúde, onde a Enfermagem foi tida como uma profissão atuante na proposta de organização dos serviços de saúde. A denominação surgiu com a elaboração do PPP/2006 do curso, que seguiu recomendações para elaboração da grade curricular e afirmou, mediante a VIII Conferência Nacional de Saúde, uma modificação diante deste acontecimento. Incluiu-se uma revisão dos currículos profissionais, possibilitando modificações das realidades sociais, étnico-culturais e epidemiológicas da população, garantindo uma visão integral, formação geral e compromisso social por parte dos profissionais de graduação. Por conseguinte, a Portaria MEC n. 1.721/1994, visando a atender as mudanças curriculares, estabelece um currículo de Enfermagem integrado, construindo as áreas temáticas já citadas (BRASIL, 2007).

O PPP/2006 elabora o currículo de Enfermagem conforme as modificações na área da saúde e da formação para o trabalho na saúde. Isso demonstra que, a partir do novo modelo de saúde no Brasil (SUS), foi possível outro currículo do curso, diferente do primeiro currículo de Enfermagem, que caracteriza uma formação técnica, curativa, e não preventiva, devido às relações, à emergência, ao espaço e ao tempo que possibilitaram que fosse daquela forma, e não de outra.

Os profissionais formados nos dias de hoje têm características constituídas pelos discursos Biomédico e de Saúde Coletiva; a ênfase é a Atenção Básica, devido às estratégias utilizadas, como, por exemplo, a implantação do SUS, que possibilitou à Enfermagem assumir outras atribuições, valorizando a coordenação e supervisão de equipes. Em 1949, os cuidados a serem prestados voltam-se para pessoas que necessitam de cuidados curativos e caritativos, e o local do atendimento é o hospital. Já o currículo de 2006 direciona-se à formação de profissionais com atribuições do cuidado preventivo, para com um grupo de pessoas, ou seja, indivíduo/família e comunidade. Outra Enfermagem vem sendo caracterizada não mais pela questão social, religiosa, mas por questões técnicas.

#### b) Núcleo Profissionalizante:

Este núcleo é marcado pelas Áreas de Conhecimento que estão voltadas à profissão, determinando um núcleo que engloba a ciência e a técnica de Enfermagem. Determina os aspectos de Fundamentos, Assistência, Administração e Ensino.

Fundamentos de Enfermagem possibilita aos acadêmicos a aproximação dos métodos de atuação do enfermeiro, das formas de atuar tecnicamente. Servem como base para a prática profissional e direcionam o acadêmico na maneira de compreender e atuar nas práticas de Enfermagem. São a base para a Assistência de Enfermagem, que proporciona a aplicabilidade prática, com o conhecimento já construído, determinando o enfermeiro assistencialista, aquele que presta o cuidado ou assistência de maneira a abranger determinados grupos ou locais. Aqui o enfoque maior são crianças, adolescentes, mulheres, atendimento em pronto socorro e na Saúde Coletiva, tendo-se visto o ciclo de vida (PPP/2006). Importante ressaltar que, no Núcleo Profissionalizante, a biopolítica tem destaque, por estarem inseridas disciplinas com enfoque no atendimento à população, não somente ao indivíduo, anátomo-política.

A biopolítica é abordada partindo-se do controle da sociedade sobre os indivíduos sob o aspecto biológico, não simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começando no corpo, com o corpo, pois o corpo é uma realidade biopolítica (FOUCAULT, 2009b). Os serviços prestados pelas enfermeiras eram primeiramente voltados aos cuidados para pobres e doentes e às visitas sistemáticas aos pobres e doentes. Esses serviços foram marcados pelo desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil sob a responsabilidade de dois grandes nomes da medicina preventiva, Carlos Chagas (1878-1934) e Oswaldo Cruz (1872-1917), atuando mais na prevenção do que na cura de doenças (PAIXÃO, 1960). Essa reforma de Carlos Chagas e Oswaldo Cruz recai sobre a Enfermagem no que tange à sua aproximação com práticas sanitaristas, porém, a lógica desse sanitarismo do início do século XX constituía-se por um discurso Biomédico e práticas biopolíticas.

O currículo de 1949 não especifica a aplicação de núcleos, divisões ou taxonomias que caracterizam a construção de profissionais qualificados às necessidades mercadológicas, mas constrói uma formação que possibilitou uma reconstrução da profissão e desenhou uma nova ciência – uma ciência voltada a cuidados preventivos e curativos, para assistir o usuário/cliente/paciente em todos os ciclos de vida. A biopolítica proporciona a valorização das atribuições do profissional enfermeiro.

O enfoque neste núcleo é a assistência, e observa-se uma grande preocupação com o fato de a Enfermagem estar inserida neste contexto permanente, procurando-se criar disciplinas que pudessem abordar a atuação da Enfermagem. Nesta perspectiva, a Enfermagem vem sendo modificada devido às políticas criadas. Não existe apenas a preocupação de trabalhar com mulher, criança e adolescente; não se pensa somente em ambiente hospitalar para atingir este público. Há a possibilidade de se criarem outras maneiras

de construir o profissional, partindo-se da necessidade, da realidade, da área mercadológica e dos acontecimentos ocorridos no campo da saúde, biopoder constitutivo das formas de cuidado em saúde. Foucault (2005) descreve uma nova técnica de poder que se refere à vida dos homens, e não mais ao seu corpo – trata-se do homem vivo, o homem ser vivo, e é o homem espécie que interessa. A nova tecnologia investe no viver; não é individual, como a primeira, mas voltada à população, à massa, aos problemas econômicos e políticos da vida humana, da espécie humana.

O currículo serve como ferramenta que constrói o profissional, devido à existência de estratégias, como a elaboração e construção do PPP/2006, que atua como elo na criação do currículo e inserção de núcleos. Ele funciona como macrotexto de política curricular até sua transformação em microtexto de sala de aula, passando por outros procedimentos, como diretrizes e referências bibliográficas, subjetivando e construindo marcas identitárias, sob um contexto de relações sociais, ou seja, necessariamente relações de poder (SILVA, 2006).

O currículo como texto, como discurso, como matéria significativa, não pode ser separado de relações de poder, pois as relações de poder são inseparáveis das práticas de significação que formam o currículo (SILVA, 2006). Assim, os mecanismos utilizados no interior da sala de aula, juntamente com o professor, os relacionamentos existentes, os encontros em Congressos e Seminários que possibilitam o envolvimento e participação nos acontecimentos, aparecem como estratégias de poder/saber para interpelar a maneira de pensar, de atuar e possivelmente de modificar a construção do profissional, com base no que passa a ser nomeado de ciência da Enfermagem.

É possível verificar que o currículo analisado tem como ferramenta a construção do enfermeiro focado no atendimento a determinado público em determinado espaço. O PPP/2006 descreve que a prática a ser executada, ou seja, o Estágio Supervisionado, deve ser realizada em hospital do SUS, bem como a prática de funções administrativas e da gerência do cuidado em Enfermagem em Unidade de Saúde Pública. O PPP/2006 ainda afirma, por meio do Regulamento do Estágio Supervisionado, em seu Capítulo II – da obrigatoriedade –, que as atividades devem ser desenvolvidas em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidade. Assim, os locais descritos para a prática do Estágio Supervisionado levam em consideração uma construção no contexto da Enfermagem, no entanto, não se especificam os locais de atuação como Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Unidade 24 Horas.

O Núcleo Profissionalizante direciona Áreas de Conhecimento voltadas para a Enfermagem, não englobando aqui a Área de Conhecimento Estágio Supervisionado. As Áreas de Conhecimento envolvidas são Fundamentos, Assistência e Administração em Enfermagem, itens que constam no PPP/2006, e menciona que o Estágio Supervisionado deve ter aplicação do conhecimento adquirido (Fundamentos de Enfermagem), prática de funções administrativas e gerenciais (Administração de Enfermagem) e assistência fundamentada na sistematização de enfermagem (Assistência de Enfermagem).

Após a Reforma Sanitária ter aberto o campo da saúde, fundamentalmente, para a atenção básica e não hospitalar, foi possível construir um currículo com enfrentamentos, microlutas. A preocupação é com a transformação dos espaços de produção de saúde em espaços de aprendizagem também, para que a formação proporcione um contato do acadêmico com a população, baseando-se no modelo de atenção centrado no cuidado e na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, para que assim se integre ao SUS (SILVA et al., 2008). Tal modelo tem foco na biopolítica, na população, e não mais no indivíduo, diferentemente do atendimento prestado em ambiente hospitalar, que se caracteriza como uma anátomo-política.

Assim, a anátomo-política deixa de ser enfatizada, para que a biopolítica seja contemplada. A população como um todo é vista incessantemente como objetivo principal da saúde – busca-se a saúde da população e do indivíduo integralmente. Estratégias vêm sendo modificadas para atuação da Enfermagem no atendimento integral em todas as etapas da vida, o que se pode verificar na Lei n. 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e enfatiza a participação e atuação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população (BRASIL, 1986).

O Núcleo Profissionalizante – Administração de Enfermagem – aborda a formação de habilidades de gerência e liderança profissional. Visto que o enfermeiro é a categoria responsável pela organização e determina/supervisiona as demais categorias, fazem-se necessários conhecimento e postura para atuação em ambiente hospitalar e em Saúde Pública. Esta última tem um enfoque maior no trabalho em equipe, por abranger outros profissionais e por ser uma das mudanças na Enfermagem, voltada à Atenção Primária. No artigo 8º, do Decreto n. 94.406/1987, algumas atribuições do enfermeiro são a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica de instituição de Saúde Pública e privada e a

chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; organização e direção dos serviços de Enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem, sendo necessária a inclusão de habilidades voltadas à gerência e liderança em qualquer espaço para execução da prática da Enfermagem (BRASIL, 1987).

Assim, estes aspectos atuam como mecanismos disciplinares, pois a disciplina age dentro de um lugar, dentro da casa, na escola, no trabalho, nas Unidades de Saúde, em ambiente hospitalar. A disciplina nos confina, leva o enfermeiro a executar suas atribuições por meio de poder disciplinar, e isso é possível devido a uma transformação no saber de Enfermagem. A disciplina é uma técnica de exercício de poder, executada em todo momento da prática do exercício da Enfermagem, na prática gerencial ou na prática assistencial (FOUCAULT, 2009b).

As práticas disciplinares executadas pela Enfermagem tornam-se marcas identitárias à medida que são desenvolvidas, pois a disciplina exerce seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento (FOUCAULT, 2009b). Na prática gerencial, as atribuições são exercidas mediante mecanismos disciplinares, como forma de coordenar, planejar, liderar a equipe e o espaço de trabalho, caracterizando a profissão com mais uma marca identitária que difere das de outras profissões.

As disciplinas voltadas para a Área de Conhecimento Administração em Enfermagem são Enfermagem em Administração Hospitalar e Enfermagem em Administração em Saúde Pública, ambas ministradas no sexto semestre, ou seja, no terceiro ano do curso, comparado com o currículo descrito pelo Decreto n. 27.426/1949 (BRASIL, 1949a). Este pontua somente no último ano a disciplina de Princípios de Administração Sanitária, que engloba um conjunto de ações para eliminar, diminuir, prevenir riscos à saúde, com o intuito de intervir nos problemas sanitários em decorrência do meio ambiente. De maneira geral, são as atividades voltadas aos modos de vida da população que causam danos à saúde.

A formação para a administração em Enfermagem é compreendida como uma estratégia biopolítica, ou seja, como a profissão entra na esteira dos jogos de poder do campo da saúde. Trata-se de mecanismos ou tecnologias que atuam na construção do enfermeiro na prática gerencial, tecnologias que trabalham com a administração de pessoal e dos serviços, com o foco nos fluxos de trabalho, e não propriamente no cuidado. Isso foi possível devido à emergência das Ciências Humanas e Sociais no campo da Enfermagem, bem como da

biopolítica como estratégia de governo da saúde da população. A emergência se produz, e ninguém é responsável por ela (FOUCAULT, 2009b). Em determinado momento da história, quando nos espaços hospitalares, as práticas administrativas e gerenciais se enfrentam com as práticas assistenciais, como quando na coordenação não se tinha mais os religiosos, e sim os médicos. A Enfermagem caracteriza-se pelos jogos de forças existentes na prática gerencial dos setores, passando a construir a formação no Núcleo Profissionalizante, que engloba áreas direcionadas à prática de Enfermagem.

Diante da construção do currículo no Decreto n. 27.426/1949, percebe-se que os acontecimentos na saúde que contornam a trajetória da Enfermagem possibilitaram que a visualização de atribuições cada vez mais voltadas à Saúde Pública só foi possível mediante as relações estabelecidas no cotidiano da prática de Enfermagem juntamente com a atuação do Estado, aprovando-se as Leis e Diretrizes que enfocam o SUS. O profissional antes era formado para “a cura de doenças”, e hoje já se tem um profissional sendo formado para a prática da assistência e gerência em serviços de Saúde Pública. Isto dá significado a uma das marcas identitárias do profissional enfermeiro, que é construído para atuar na assistência tanto em ambiente hospitalar como em Saúde Pública, por outro lado, este sujeito é interpelado pelas estratégias descritas no currículo do curso por um período de quatro anos. Para caracterizar a identidade, é necessário que ela seja reconstruída, o que é possível à medida que mecanismos são inseridos durante o curso e interpelam os alunos. Porém, a marca identitária com maior ênfase ainda é a atuação em ambiente hospitalar, que se perpetua durante todo o curso. O que a princípio se apresenta como incoerência — atenção hospitalar/curativa e atenção básica/cuidado — é a própria tensão produzida pela negociação desses diferentes discursos e acaba por tornar-se uma marca identitária do profissional.

As diferenças na formação, segundo práticas assistenciais e gerenciais, levam a construir profissionais que se caracterizam por separações, tidas como enfrentamentos, jogos de poder, mas possibilitam uma marca identitária voltada para a construção de profissionais com mais atuação em práticas gerenciais ou assistenciais, sendo oportuna uma construção diferente do que se descreve no PPP/2006, como proposta que permite a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Essa separação proporciona que o acadêmico tenha uma construção tanto assistencial quanto gerencial, seja em ambiente hospitalar ou na comunidade, em um discurso Biomédico com um discurso de Saúde Coletiva. Várias marcas identitárias tornam-se espaço de conflito, de crítica e de novas mudanças (JÓDAR; GÓMES, 2004). Para

Woodward (2000), a identidade é marcada pela diferença, por símbolos, por gênero, sendo caracterizada também pelas separações existentes na formação do profissional, em que é possível identificar várias marcas identitárias, como a assistência curativista/individualista e a assistência integral/coletiva.

O Núcleo Profissionalizante – Ensino de Enfermagem aborda como disciplina a Educação Continuada em Enfermagem, disciplina esta não incluída no currículo analisado, do ano de 2006, embora este item tenha sido descrito no PPP/2006. Vale a pena ressaltar que a disciplina está voltada para a formação de um profissional mais preparado para planejar, avaliar e executar ação pedagógica para qualificar a equipe de enfermagem e faz parte das políticas públicas de saúde. A Educação Permanente é uma estratégia que contribui para processos formativos, articulando um trabalho entre o sistema de saúde e as instituições formadoras (BRASIL, 2004). A Educação Permanente é o encontro da formação e do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações de saúde. A formação e o desenvolvimento são modos de produção de subjetividade e devem ser priorizados em todas as equipes de saúde.

A Educação Permanente atua de forma ascendente, partindo da análise coletiva do processo de trabalho. De qualquer maneira, são caminhos necessários para a formação profissional com o objetivo de agrupar conhecimentos para melhor atuação do enfermeiro, tendo em vista que, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e segundo o Conselho Nacional de Educação (2001), a Educação Permanente é critério necessário para a formação do profissional, e este deve ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática diária. A Educação Permanente é uma proposta política do Ministério da Saúde que constitui o discurso da Saúde Coletiva.

A Educação em Saúde, item descrito no Relatório Goldmark (1923) – que subsidiou a criação da atual Escola de Enfermagem Anna Nery –, destaca o serviço do enfermeiro de Saúde Pública por realizar função de educar, ensinar, cuidar, pois se acreditava que renderia maiores resultados para prevenção de doenças e de uma vida saudável. Porém, dentro de um discurso Biomédico, organizavam-se todas as práticas em saúde constitutivas do modelo sanitário, que tinha como foco a cura de doenças de massa, e não um investimento nas condições de vida da população (FREIRE; AMORIM, 2008). A necessidade de inclusão da Educação em Saúde, tanto continuada quanto permanente, é importante desde o Relatório Goldmark (1923); mais tarde, com o novo modelo de saúde no Brasil, aponta-se não mais

como especificidade da Enfermagem, e sim como política de formação de trabalhadores da saúde.

O Núcleo Profissionalizante menciona a Educação em Saúde como disciplina, mas esta é uma disciplina que não consta no currículo da Instituição. Ela é descrita e enfocada apenas no PPP/2006. A Educação Continuada e a Educação em Saúde são disciplinas que o PPP/2006 descreve, no entanto, estão sendo trabalhadas mediante as referências bibliográficas. Partiu-se de uma atuação dos microtextos em sala de aula, como o mecanismo de poder/saber, por meio do plano de ensino. Assim, podemos observar que a construção deste currículo, no ano de 2006, se modificou sob uma lógica de trabalhar determinadas disciplinas como estratégia de microtextos, e não como macrotexto inserido no PPP/2006.

Por outro lado, a disciplina Educação em Saúde, inserida no Núcleo Profissionalizante, demonstra que há uma parte da formação não sendo construída, mesmo que a política seja defendida pelo Ministério da Saúde, afirmando que os trabalhadores da saúde, a Enfermagem, devem ser subjetivados pelo aprendizado desta política como maneira de preparar o profissional para essa necessidade.

c) Núcleo de Diversificação:

O Núcleo de Diversificação da Formação está inserido nas Áreas de Conhecimento que proporcionam um conhecimento amplo e colaboram para a atuação de maneira a compreender o contexto de vida da população, bem como a prática e a atuação em pesquisa na área da saúde. “Diversificação” por abranger diversos campos que ajudam na formação de um profissional qualificado. Significa estratégias que possibilitam profissionais com marcas identitárias diferentes das de outros cursos – marcas identitárias que Nascimento e Gomes (2008) descrevem como referentes à cultura e à subjetividade.

Pode-se relacionar a cultura na história da Enfermagem, no sentido, por exemplo, da prática do discurso Biomédico, que perdura até os dias atuais e ainda se tem como marca identitária do profissional. De acordo com Hall (1997), a cultura está presente nos diversos mecanismos utilizados para interpelar o acadêmico e construí-lo de uma forma, e não de outra. Guatarri e Rolnik (1986) relatam que a produção de subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção. Assim, ter o Núcleo de Diversificação inserido no currículo demonstra que a subjetivação do acadêmico contribui para a formação voltada à

Enfermagem. Este núcleo difere do Núcleo Fundamental e do Núcleo Profissionalizante por abranger conteúdo diferenciado, complementando o conhecimento do acadêmico.

É importante ressaltar que o currículo de 1949, tido como atuação técnica da Enfermagem, não proporcionou um olhar para a diversificação e complementaridade da profissão, mas modificou a maneira de elaborar currículos, atuou como mecanismo de poder/saber que tornou possíveis as modificações ocorridas na formação do profissional enfermeiro, atuando também como processo de diferenciação que possibilitou outras marcas identitárias e que tornou necessária a modificação da Enfermagem em suas categorias (Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro), a partir da Lei n. 7.498/1986 (BRASIL, 1986). O curso de Enfermagem foi inserido como curso superior, mantendo no currículo o que já foi visto durante a história e criando o Núcleo de Diversificação.

Já o Estágio Supervisionado é uma Área de Conhecimento que, a partir das referidas Diretrizes Curriculares instituídas (2001), é incluída nos cursos de Enfermagem. O Estágio Supervisionado é realizado em hospitais, ambulatorios, rede básica de saúde e comunidade. O estágio torna-se a instância de aplicabilidade do conhecimento teórico e prático por um tempo maior, permitindo uma construção voltada à realidade, sendo importante para a subjetivação. Para Guatarri e Rolnik (1986), a subjetividade não se encontra no campo da individualidade, mas em todo o processo de produção social e material, inclusive nos locais onde os acadêmicos executam o Estágio Supervisionado. A construção da subjetividade não se refere a colocar coisas essencialmente exteriores, mas estas coisas são, por exemplo, certo jeito de lidar com os usuário/cliente/paciente, de utilizar a linguagem para o atendimento de Enfermagem, a relação com a equipe nas tomadas de decisões, a relação com a sociedade – elementos constitutivos da subjetividade, possivelmente encontrados na realização do Estágio Supervisionado. Essas formas de trabalhar acabam por criar marcas relativas às práticas hospitalares e da atenção básica. As práticas hospitalares conformam o trabalho da Enfermagem a partir da prática médica e curativa, enquanto que as práticas na atenção básica circunscrevem as ações a partir das Políticas Públicas, com ênfase nos cuidados em prevenção de doenças e promoção de saúde.

O currículo destina a formação do profissional enfermeiro demonstrado pelo Núcleo Profissionalizante e também pelo Núcleo de Diversificação da Formação. Estes núcleos têm por objetivo construir um campo de marcas identitárias específicas da profissão de

Enfermagem. Essas marcas construídas são articuladas com outros núcleos, como o Núcleo Fundamental, que inclui a ciência médica. Portanto, isso condiz com o que Bhabha (1998) denomina de terceiro espaço, tido como atravessamentos de fronteiras. Aqui, a Enfermagem torna possível, mediante a Medicina e as Ciências Humanas e Sociais, a existência deste espaço, deste interstício. A profissão é um processo de hibridização, de mistura, uma construção do novo – não é nem Medicina, nem Ciências Humanas e Sociais, mas Enfermagem. Ela não é nem um, nem outro, por isso a inserção da Enfermagem na construção de um terceiro espaço. Na fronteira desses dois campos, constrói-se a profissão sobre suas características próprias – não como somatória dos campos, mas como o terceiro espaço, que possui marcas identitárias próprias.

Para Silva (2006), o currículo é o espaço onde se concentram as lutas em torno de diferentes significados – neste caso, tanto do discurso Biomédico quanto do discurso da Saúde Coletiva. Dessa forma, o poder atualiza-se no discurso que produz subjetividades e, portanto, marcas identitárias. As relações de poder tornam o discurso possível por meio de enfrentamentos, microlutas, imposição de sentidos (FOUCAULT, 2003).

O currículo atua como dispositivo do poder com estratégias heterogêneas, frutos de relações de forças, num campo de lutas entre distintas verdades que respondem a uma emergência histórica. Assim, o currículo construído encontra-se num campo de enfrentamentos por demonstrar, nos Núcleos Fundamental, Profissionalizante e Diversificação, dispositivos que se enfrentam a todo momento na construção do profissional. Isso é possível devido aos acontecimentos existentes proporcionarem modificações, tidas como jogos produzidos pelas necessidades de saúde da população, pela política de formação de trabalhadores da saúde a partir das diretrizes do SUS, bem como pela necessidade curativa e hospitalocêntrica de um discurso Biomédico.

Os núcleos inseridos no currículo produzidos pelo discurso da Saúde Coletiva e pelo discurso Biomédico caracterizam uma ciência da Enfermagem, um processo de enfrentamentos. De um lado, o que denomina a Enfermagem, considerando o que Silva (2006) descreve, como sendo o currículo, visto como macrotexto de uma política curricular, como discurso, como matéria significativa nas relações de poder; de outro lado, os núcleos na visão do currículo como microtexto, este inserido em sala de aula como diretrizes descritas no PPP/2006, por exemplo. Isso se torna possível devido ao conjunto heterogêneo de saberes que constituem o currículo.

Isso ocorre com base nos conceitos de proveniência e emergência. Pensando como Foucault (2009b), a proveniência está relacionada com não pensar metafisicamente, mas descobrir como indivíduos se tornam enfermeiros, por exemplo. Trata-se de pensar num campo de justificativas, de verdade que tornou possíveis as modificações no currículo. A emergência produz-se em um determinado estado das forças. A análise da emergência deve mostrar a maneira como se luta num jogo de forças, como é o caso do discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva, ou como foi possível a entrada do discurso da Saúde Coletiva no currículo do curso de Enfermagem. Esta entrada é caracterizada como emergência, um lugar de afrontamento, um interstício. E é por isso que a genealogia precisa da história; é preciso reconhecer os acontecimentos da história, neste caso, as várias reformulações do currículo do curso de Enfermagem. São marcas identitárias que permitiram a construção de profissionais sob a lógica de dois campos: o discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva. Esses campos estão estreitamente numa relação de dependência, como identidade e diferenças. Neste caso, compreender que o discurso Biomédico é inseparável do discurso da Saúde Coletiva é determinar que a identidade seja inseparável da diferença. O discurso Biomédico é discurso Biomédico – ele não é o discurso da Saúde Coletiva –, assim como o enfermeiro é enfermeiro, não é médico, não é dentista (SILVA, 2000).

Essas áreas de conhecimento são desdobradas em disciplinas e acabam por organizar uma formação segundo dois eixos principais, como já foi apontado ao longo do estudo: discurso Biomédico e discurso da Saúde Coletiva. Os Quadros 2, 3 e 4 foram organizados como modo de colocar em análise esses eixos a partir das disciplinas.

### 3.3.2 Discurso Biomédico e práticas curativas

O Quadro 2 apresenta o discurso Biomédico com as Áreas de Conhecimento, e as Disciplinas relacionadas. A sua construção partiu das ferramentas utilizadas: poder/saber/marcas identitárias, que possibilitaram a identificação do discurso Biomédico nas disciplinas.

**QUADRO 2** - Distribuição das áreas de conhecimento e disciplinas relacionadas ao discurso Biomédico

<b>Discursos</b>	<b>Áreas de conhecimento</b>	<b>Disciplinas/semestre</b>
Biomédico	....	Cultura Teológica/ 1 sem.
	Ciências Biológicas da Saúde	Anatomia I/ 1 sem.
		Biofísica / 1 sem.
		Bioquímica/ 1 sem.
		Citologia/ 1 sem.
		Fisiologia/ 2 sem.
		Genética/ 2 sem.
		Anatomia II/ 2sem.
		Microbiologia/2 sem.
	Ciências da Enfermagem	Suporte Básico de Vida/2 sem.
	Ciências Biológicas da Saúde	Histologia e Embriologia/ 3 sem.
		Farmacologia/ 3 sem.
		Patologia/ 3 sem.
		Parasitologia/ 4 sem.
	Ciências da Enfermagem	Enf. Clínica/ 5 sem.
		Enf. Cirúrgica/ 5 sem.
		Enf. em Pronto Socorro/ 6 sem.
Ciências Humanas e Sociais	Psicologia da Saúde/ 2 sem	
	Legislação e Exercício Profissional/ 5 sem.	

Fonte: Suélen Ribeiro Miranda Pontes Duarte, 2010.

O discurso Biomédico concentra-se no combate e na cura de doenças orgânicas, a fim de restituir a normalidade e o funcionamento perfeito ou fisiológico do organismo (RIZZOTTO, 1999). A Medicina atua neste contexto como forma de curar a doença, e não o paciente. É sob esta lógica que a assistência prestada tem enfoque nos hospitais, constituídos como espaços apropriados para a prática deste discurso.

Inserir o discurso Biomédico no currículo do curso coloca este modelo como forma de construir profissionais que valorizam a assistência individualista. Assim, o hospital deixava de ser um depósito de marginalizados que ali ficavam até morrer, para transformar-se num local para cura, tratamento e pesquisa, o que exigia pessoas com conhecimento técnico/científico que prestavam cuidados aos doentes e manipulavam os instrumentos, necessitando-se,

portanto, dos serviços da Enfermagem. A prática médica, sob os avanços da biologia, da patologia clínica, da fisiologia, da microbiologia e da genética, é consequência do modelo biomédico (RIZZOTTO, 1999), que faz parte da construção de profissionais de Enfermagem.

O primeiro semestre agrupa em maior número a Área de Conhecimento Ciências Biológicas da Saúde, constituída por um discurso Biomédico. O mecanismo utilizado para a formação do profissional segue por meio do aprendizado biomédico, haja vista que as disciplinas Anatomia I, Biofísica, Bioquímica e Citologia descrevem em sua bibliografia livros destinados ao entendimento clínico, sobre o qual os alunos serão interpelados cotidianamente para a atuação biomédica.

As relações de poder/saber, como as referências utilizadas, são estratégias desenvolvidas no interior da sala. Sendo assim, interpelam o aluno ao ponto de fazer pensar, refletir, adquirir o conhecimento sobre a maneira de atuar como enfermeiro.

Devido ao fato de o saber médico compartilhar seus pressupostos desde o início da atuação da Enfermagem – pelas relações estabelecidas, pelo desenvolvimento das atividades no mesmo espaço, como, por exemplo, o hospital, por atuar como transmissor do saber, etc. –, é notório que a Enfermagem foi sendo construída pelo discurso médico, caracterizando uma marca identitária do profissional que persiste até os dias de hoje em algumas Instituições. Isso acaba por tornar a Enfermagem uma auxiliar no processo de tratamento e cura, considerando o saber médico como responsável pelo atendimento a ser prestado. Segundo Rizzotto (1999), fica difícil afirmar que a Enfermagem moderna possa ter percorrido um caminho diferente do da Medicina, haja vista que ambas têm uma relação predominantemente na assistência individual e hospitalar, na assistência médica e de Saúde Pública na década de 1920.

A participação da Medicina tornou possível a construção da Enfermagem como profissão e modela o currículo na sua característica biomédica. Tendo o currículo suas técnicas de formar e caracterizar os profissionais enfermeiros, as disciplinas voltadas ao discurso Biomédico também se caracterizam como técnicas de construção do profissional. Este será produzido pelas disciplinas que abrangem assuntos amplamente direcionados à Medicina; dessa maneira, há técnica de poder e de saber quando as relações estabelecidas geram verdades (FOUCAULT, 2003).

É possível que as estratégias utilizadas para a participação da Medicina no curso de Enfermagem sejam para a construção do enfermeiro, pois possibilitam uma construção do

profissional no âmbito da cura de doenças, devido ao fato de as disciplinas inseridas no currículo serem direcionadas para a doença, ou melhor, para a anátomo-política. Observou-se que, das estratégias utilizadas, a inclusão do profissional médico no curso como transmissor de saber abriu um leque de relações de um profissional da saúde que conhece a realidade (médico) e outro que está sendo construído (enfermeiro). Esta participação possibilitou uma marca identitária do profissional caracterizada pelo discurso Biomédico.

A anátomo-política, segundo Foucault (2009b), compreende mecanismos disciplinares e controle sobre o corpo. Entende o corpo como máquina composta por partes: os órgãos, os sistemas e aparelhos. No entanto, as disciplinas em que constam estes conteúdos atuam como técnica de poder. O conhecimento das disciplinas voltadas ao discurso Biomédico tem o enfoque no tratamento prestado ao doente, ao corpo-máquina, à doença. Por outro lado, curar doenças surge, na lógica da saúde, como ausência de doença, sendo que, por meio de instrumentos adequados, é possível interferir no funcionamento do corpo, no homem-máquina. Assim, a concepção mecanicista da vida possibilitou o conhecimento do corpo no que se refere à forma – anatomia – e no que se refere ao funcionamento – fisiologia (RIZZOTTO, 1999).

A assistência prestada tem enfoque no combate dos sintomas e das causas das doenças, sem se preocupar com outros aspectos, como os psicossociais. Assim nesta perspectiva, a assistência era executada em ambiente hospitalar, sob a responsabilidade dos médicos, que se firmaram na organização do hospital, antes a cargo de religiosas. Mais tarde, a Medicina concretiza-se na coordenação e direcionamento da assistência, definindo o modelo a ser seguido: o biomédico (RIZZOTTO, 1999).

O saber biomédico está inserido em outros cursos da área da saúde, na forma de disciplinas básicas para o entendimento de outras disciplinas relacionadas ao curso propriamente dito, como o da Enfermagem. Sendo assim, modifica a construção ou formação do profissional. Isso marca as primeiras inserções na área, pois a palavra disciplina surge como aplicabilidade do conteúdo para os cursos, sendo as disciplinas taxonomizadas para melhor compreensão. Por outro lado, a disciplina mencionada por Foucault (2009b) é uma técnica de poder exercida sob um poder disciplinar, implicando vigilância constante do indivíduo, ou seja, a anátomo-política. Ela implica a contínua pirâmide de olhares, necessária para o acompanhamento do indivíduo. Sob a lógica do Panopticon de Bentham, é possível conhecer o corpo/organismo em suas necessidades e, assim, atuar na assistência, na

organização, evitando piora do quadro. A disciplina está sendo discutida sob o olhar de Foucault (2009b), como ferramenta de poder/saber.

A Disciplina de Cultura Teológica descreve na ementa: Definição de Cultura Teológica, Fé, Experiências, Religiões, Histórias, Aplicações. No conteúdo, enfatiza a definição da cultura teológica, a fé antropológica e a fé religiosa, a fenomenologia da religião, princípios fundamentais, religiões históricas e religiões estruturais, a postura do estudante diante da religião e provocações atuais, moldando o enfermeiro de maneira a aplicar os conhecimentos no seu trabalho segundo o PPP/2006. O profissional está em contato com todo tipo de usuário/cliente/paciente; em seu contexto individual, está à religião. Uma marca identitária do profissional enfermeiro é a compreensão das diversas religiões, que traçam regras para atendimento à saúde. Não são todas as Instituições de Ensino Superior que proporcionam esta técnica para a construção do profissional.

O conteúdo é necessário para o entendimento da religião inserida na Enfermagem devido à História, pois a Enfermagem surge a partir de práticas religiosas realizadas por freiras e irmãos de caridade atuantes em guerras, no atendimento ao próximo. Destaca-se, no entanto, a atuação de religiosos no hospital, devido à caridade, à vontade de ajudar o próximo, executando o trabalho sem fins lucrativos. Estas pessoas conseguem atuar na organização da Santa Casa de Misericórdia, construindo uma história de atuação presente nos cuidados executados. Assim, conforma-se uma marca identitária da história da profissão, que ainda é conhecida como prestativa ao atendimento ao próximo e voltada sempre à religião; denomina uma profissão constituída de entendimento religioso e caritativo, uma vocação voltada para situações de fragilidade, desespero, desorientação.

A inserção da religião como um marca identitária para a Enfermagem está relacionada com a história. Segundo Paixão (1960), a Enfermagem surge de assuntos médicos, sociais e religiosos. Religiosos por ser a doença e a cura consideradas, até a modernidade, como um desígnio divino. Além dessa condição, a função caritativa dos hospitais engendra-se por serem Instituições inicialmente construídas por missões religiosas. Esse caráter inicial dos hospitais fez com que tanto fossem administrados por religiosos quanto as práticas do cuidado executadas por sacerdotes e freiras, marcando uma característica da Enfermagem como profissão, ou seja, uma prática de cunho caritativo, direcionado a cura da doença. Tem visão de que a fé a religião são itens necessários contra a doença.

As disciplinas taxonomizadas no currículo e inseridas no discurso Biomédico - Anatomia I, Biofísica, Bioquímica e Citologia – trazem, na ementa do PPP/2006, assuntos relacionados ao conhecimento do corpo humano, células, biomoléculas, sua ação e composição, mas as referências utilizadas são biomédicas. Isso determina, no plano de ensino, as estratégias pelas quais os alunos estão sendo incitados, interpelados quando se produz necessidade de resposta.

É possível verificar, no primeiro currículo de 1949 (ANEXO A), a presença de disciplinas voltadas para a atuação técnica da Enfermagem, direcionadas ao espaço hospitalar, os procedimentos técnicos, diferentemente do currículo aplicado em 2006, com finalização em 2009 (ANEXO B), que não abrange apenas o discurso Biomédico. Surgiram também com ênfase no discurso Biomédico as demais categorias de Enfermagem (Técnico e Auxiliar de Enfermagem e Enfermeiro), sob a visão individualista, curativista do atendimento de Enfermagem. Estas categorias hoje se distinguem umas das outras pelas técnicas assistenciais executadas e pela inserção da organização e gerenciamento dos serviços.

O currículo de 1949 traz um foco anátomo-político por pensar no indivíduo, na doença que o usuário/cliente/paciente adquire. Assim, a governamentalidade atua num espaço denominado de hospital por manter constante vigilância do indivíduo portador da doença, dividindo, fragmentando este espaço em setores, com a denominação de um pequeno espaço para determinado tipo de doença. A governamentalidade abrange táticas, procedimentos realizados no interior de hospitais, como forma de poder que atua na execução e no funcionamento do local, no interior das Instituições, inserida como arte de governar e construir, por exemplo, o profissional enfermeiro (FOUCAULT, 2009b).

Como instrumento de poder/saber, o currículo descreve um campo direcionado ao indivíduo no que se refere ao corpo/organismo como os Eixos Temáticos: Morfologia, Fisiologia, Biologia, Patologia. Como já foi mencionado na discussão sobre o Relatório Goldmark (1923), observa-se que a construção do currículo da Enfermagem se modifica em vários momentos da história. Segundo Costa e Germano (2007), no currículo de 1923, havia destaque para o ensino da Enfermagem com disciplinas de Saúde Pública, no entanto, isso era contraditório devido ao direcionamento dado à área hospitalar, que exigia oito horas diárias, totalizando 48 horas semanais de atividades teórico-práticas. No entanto, a primeira escola a ministrar o ensino sistematizado de Enfermagem no Brasil foi a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola Anna Nery (EEAN). As escolas que

surgiram posteriormente adotaram o currículo da Escola de Enfermagem Anna Nery; o curso era intensivo, e as alunas estudavam sob o regime de internato ou semi-internato. Em 1949, o ensino da Enfermagem foi regulamentado pelo Decreto n. 27.426/1949 e promulgação da Lei n. 775/1949, ficando o cargo do MEC (BRASIL, 1949a, 1949b); o currículo da EEAN foi base para a Lei das Diretrizes Básicas. Em 1962, o currículo mínimo foi regulamentado pelo Parecer n. 272/1962, que modificou a carga horária semanal para 20 horas, devido à redução da duração do curso de quatro para três anos. Um novo currículo foi constituído para a Enfermagem, conforme Parecer n. 163/1972. As aulas práticas continuaram, e surge o Estágio Supervisionado com disciplina de Administração Aplicada à Enfermagem, valorizando a organização, o gerenciamento e a coordenação das atividades da equipe de Enfermagem (COSTA; GERMANO, 2007).

Examinando-se as modificações dos currículos do curso de Enfermagem, é possível verificar que a construção ainda tem base no modelo médico assistencialista. A história segue na década de 1920 tendo a Medicina e a Saúde Pública entendidas como campos distintos, uma para curar através da clínica, da patologia e da terapêutica, e a outra para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde. De 1930 a 1937, a Saúde Pública reduziu sua ação campanhista, sendo no final da década de 1940 que os gastos públicos favoreceram a assistência médica com relação à saúde pública, possibilitando, em 1964, a estruturação de um modelo centrado na assistência médica, tendo a saúde pública um braço auxiliar (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Os primeiros currículos de Enfermagem foram os de 1923 e 1949; este último está sendo considerado nesta pesquisa como um regulamento para os cursos de Enfermagem e auxiliar de Enfermagem. Pelo Decreto n. 27.426/1949, ele dá ênfase a uma formação direcionada ao combate das doenças de massa que ameaçam a economia do país; de certa maneira, atuou como biopolítica, sob uma política pública de governamentalidade da época (BRASIL, 1949a). Governar, para Foucault (2008), é tornar sólido e permanente aquilo que possa se tornar forte diante de tudo que pode destruí-lo, que é uma realidade específica e descontínua, o que levou ao surgimento de práticas que possibilitaram a construção de novos currículos. O governante governa, regulamenta a vida dos indivíduos, sua atividade econômica, sua produção, seu modo de vida. Assim, sob uma governamentalidade, as Políticas Públicas foram criadas de acordo com o tempo e espaço em que ocorrem determinados acontecimentos históricos, e os currículos foram estratégias de certas formas de governo. A biopolítica, portanto, aparece como consequência da governamentalidade, devido

à governamentalidade lidar com fenômenos que demandam respostas em termos de organização social. A biopolítica constitui-se como tecnologia que responde a emergências relacionadas aos fenômenos característicos da população em seu conjunto. Neste caso, a governamentalidade também opera sobre a organização dos currículos, na medida em que estes são parte de um conjunto estratégico de formas de controle e regulação.

A disciplina Genética aponta, em sua ementa do PPP/2006, bases genéticas, mutações, genética, bioquímica, cromossomos e suas alterações, genes em populações, doenças poligênicas, herança. No conteúdo descrito, verifica-se um conhecimento relacionado com genética, noções bioquímicas, mutações e também doenças que se desenvolvem geneticamente. Portanto, o que consta no currículo é produto de uma história, o que caracteriza questões ideológicas e políticas envolvidas no processo e, principalmente, no poder que se exerce como forma de subjetivar o acadêmico (SILVA et al., 2008). Assim, a disciplina de Genética contribui para um aprendizado voltado ao discurso Biomédico por trazer conteúdo referente ao funcionamento do organismo, do indivíduo, na lógica de um saber científico que possibilita práticas individuais para uma determinada necessidade do corpo.

As marcas identitárias estão inseridas como composição do discurso Biomédico para serem incorporadas como discurso da Enfermagem, pois o enfermeiro é o que se tornou, ou o discurso Biomédico é o que se tornou, o que significa que pode também tomar agora e no futuro outra forma. Entretanto, a disciplina atua como estratégia de poder para caracterizar o enfermeiro – não como espaço de transmissão de conhecimentos, mas como espaço de significação, vinculado ao processo de identidades, de marcas identitárias (SILVA, 2006), como, por exemplo, relacionar a palavra enfermidade com a construção da profissão enfermeiro. Esta marca identitária vem referenciar que o nome dado ao profissional se relaciona com a história, por cuidar dos enfermos, da enfermidade, da doença, predominando o discurso Biomédico. Esse discurso Biomédico caracterizou uma marca identitária das próprias palavras enfermeiro e enfermagem.

A racionalidade, entendida aqui como conjunto de verdades, que predomina nessas primeiras marcas que constituem as formas de pensar e trabalhar em Enfermagem conforma-se pelo discurso Biomédico, que preenche grande parte do currículo. Isso é observado quando as disciplinas consideradas necessárias para um conhecimento básico são aquelas produzidas pelo discurso Biomédico, ou seja, atualiza-se na formação a noção de que o conhecimento do

corpo/organismo/doença é o primeiro, ou um núcleo fundamental, para a construção de um campo de trabalho na saúde. Isso acaba por reforçar esses jogos por imposições de sentidos forjados por um discurso Biomédico que se estabelecem na formação em saúde.

A Fisiologia é a disciplina necessariamente base do entendimento para o funcionamento do corpo humano. A ementa descreve o conhecimento da fisiologia geral e celular, fisiologia do nervo e das células musculares, do Sistema Nervoso Central e Muscular, o sangue, a respiração, o coração, nutrição, reprodução (PPP/2006). O conteúdo aborda itens necessários ao conhecimento do enfermeiro, mas a bibliografia adotada é toda criada para a prática médica, demonstrando que o instrumento utilizado como ferramenta para a construção do enfermeiro é a prática médica, ao invés de se formar para a prática da Enfermagem. Tendo a Fisiologia conteúdos amplos para entendimento e compreensão, é necessária uma dedicação maior para um estudo aprofundado, principalmente seguindo referências utilizadas pela Medicina. Na formação do enfermeiro, são utilizadas referências bibliográficas de Fisiologia Médica, uma marca da Medicina. É importante questionar: até que ponto o acadêmico será influenciado pelas estratégias do ensino para construir marcas da Medicina ao invés de marcas da Enfermagem? A Enfermagem, nesses primeiros momentos da formação, não acaba por constituir-se como uma derivada do saber médico?

A disciplina Anatomia II desenvolve conteúdos direcionados aos aspectos morfológicos dos sistemas digestório, urinário, genital, nervoso, endócrino e tegumentar, possibilitando a continuidade da Anatomia I, ministrada no 1º Semestre do Curso (PPP/2006). Porém, a bibliografia básica utilizada compreende conceitos e fundamentos de Anatomia – Anatomia Humana e Anatomia Clínica – produzidos pelo discurso Biomédico que se conformam mediante a racionalidade da anátomo-política. Esta disciplina deve ser utilizada pela Enfermagem para a compreensão e atuação nas diversas áreas, pois se trata do funcionamento do corpo humano.

A disciplina de Microbiologia está inserida no eixo de Ciências Biológicas de Saúde. A ementa aponta o conhecimento de fundamentos da microbiologia, os microorganismos, crescimento, sobrevivência e morte, bem como métodos para classificação e identificação dos microorganismos. A disciplina possibilita um conhecimento que contribui para a identificação de doenças provocadas por fungos, vírus, bactérias (PPP/2006). Mesmo inserida no eixo de Ciências Biológicas, esta disciplina tem conteúdos básicos para uma compreensão das doenças, e aqui o foco está na anátomo-política, permanecendo o discurso Biomédico por

serem indicados livros voltados à área médica. O conhecimento da doença se insere no currículo e na formação marcada como algo a ser executado pela Enfermagem.

Diante das Áreas de Conhecimentos descritas, foi possível caminhar para a elaboração de uma área voltada à Enfermagem, especificamente, com uma preocupação de desenvolver o conhecimento do enfermeiro e suas atribuições, conformando-se ao que se considera como Núcleo Profissionalizante. Por meio da Área de Conhecimentos Ciências da Enfermagem, a disciplina Suporte Básico de Vida ressalta em sua ementa, segundo o PPP/2006, ações do enfermeiro em situações de urgência e emergência de âmbito pré-hospitalar, abordando as formas de proceder com “vítimas” que necessitam de cuidados pré-hospitalares. Neste caso, as referências utilizadas abordam assuntos direcionados a técnicas e procedimentos imediatos no atendimento. Tem um foco na anátomo-política. Devido ao aprendizado anterior, é possível aplicar procedimentos que se direcionam ao corpo/máquina. Não se leva em consideração uma política para diminuir as condições de vulnerabilidade da população, e sim procedimentos curativos. Assim, o enfoque da anátomo-política nesta disciplina é devido ao controle do atendimento prestado, como refere Foucault (2009b) sobre a quarentena, como forma de organização das ações. O investimento é no indivíduo e nas formas de isolamento; ele recebe atendimento de profissionais da saúde, inclusive da enfermagem, que sistematiza o atendimento imediato sobre a vida de cada pessoa.

De acordo com o PPP/2006, a disciplina Histologia e Embriologia descreve na ementa o conhecimento sobre os tecidos fundamentais do corpo humano e suas funções, as necessidades básicas para a sobrevivência dos tecidos epitelial, conjuntivo, adiposo, cartilaginoso, ósseo, sanguíneo, muscular e nervoso e, ainda, a reprodução e fecundação como parte da embriologia e da compreensão do desenvolvimento embrionário. Já se percebe que o conhecimento começa a ser dividido, primeiramente, pela formação do embrião até o nascimento. O enfermeiro tem conhecimento básico para atuar no acompanhamento e evolução do embrião/feto. Esta disciplina contribui como mecanismo de poder que interpela o acadêmico para uma Consulta de Enfermagem, atribuição esta que vem sendo implantada a partir da década de 1960 e descrita pela Lei n. 7.498/1986, sendo atividade privativa do enfermeiro e constituindo uma marca identitária mediante uma taxionomia do desenvolvimento humano (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993). Essa lógica taxionômica é herdeira de um discurso Biomédico, que estratifica o humano em órgãos, tecidos, escalas de desenvolvimento, entre outros elementos que acabam por caracterizar dimensões de especialidades.

A Farmacologia, disciplina inserida na Área de Conhecimento Ciências Biológicas da Saúde, contempla em sua ementa assuntos relacionados ao conhecimento de farmacologia direcionado para cada sistema – nervoso autônomo, nervoso central, inflamação, diuréticos, digestório, quimioterapia (PPP/2006). Assim sendo, a disciplina descreve, em sua tecnologia de poder, temas que contribuem para o conhecimento relacionado às atribuições do enfermeiro descritas no artigo 1º, da Resolução COFEN n. 271, de 12 de julho de 2002, que se refere à prática da prescrição de medicamentos respaldada pelos protocolos existentes e aprovados, demonstrando que, por meio das legislações, as Instituições são interpeladas a desenvolver estratégias para subjetivar o acadêmico em diversos conteúdos. Prevalece o discurso Biomédico, por enfatizar a doença.

As resoluções criadas e aprovadas no âmbito desta profissão consideram que o currículo dos cursos de graduação de Enfermagem deve, além de outros objetivos, preparar o acadêmico para a realidade mercadológica (art. 7º, da Resolução COFEN n. 271/2002). As Políticas de Saúde elaboradas exigem mais atividades, como, prescrição de medicamentos, abordada na disciplina de Farmacologia, que constrói este conhecimento necessário para aplicabilidade na profissão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002).

Portanto, sendo o currículo atuante como técnica de poder em sala de aula, com o professor transmitindo o conteúdo e as atividades a serem executadas, ele atua como significação; por conta disso, constrói marcas identitárias da profissão. Por sua vez, as Resoluções que definem regras e normas necessárias para a atuação na profissão, também determinam e atuam como técnica de poder. É o caso das Políticas Curriculares, que interpelam os indivíduos em seus diferentes níveis, como as diretrizes, as normas voltadas à profissão, legislações e livros que contribuem para a construção do currículo. A Política Curricular, agora transformada em currículo, tem efeitos em sala de aula, efetuando a inclusão de certos saberes, neste caso, o da Enfermagem (SILVA, 2006).

Assim, Foucault (2009b) defende que poder/saber é disperso, é capilar. Por meio das relações existentes em micropolíticas, no cotidiano das vidas das pessoas, podem-se modificar as formas de governamentalidade no interior das Instituições de Ensino, que modificam a maneira de agir. Isso significa compreender que não se trata de “a identidade da enfermagem”, mas de marcas forjadas histórica e culturalmente.

A disciplina Patologia pontua a origem e o desenvolvimento dos processos inflamatórios, crescimentos e diferenciação celulares, com foco nas doenças neoplásicas, é constituída em um discurso Biomédico (PPP/2006). O acadêmico tem em sua formação o conhecimento do processo da doença, no indivíduo em si – anátomo-política. A bibliografia básica utilizada reflete a patologia de forma estrutural e funcional. O objetivo é conhecer a evolução da patologia, sendo possível a identificação e colaboração do profissional enfermeiro nos atendimentos prestados. Esta disciplina, como mecanismo formador do profissional enfermeiro, faz-nos refletir sobre a questão da marca identitária, uma vez que é disciplina de Patologia, e não de saúde, por exemplo. A diferença de ser uma e não ser outra é vista pelo conceito de signo que Silva (2000) relata estar no lugar de alguma outra coisa. O mecanismo utilizado como disciplina no currículo produz signo do que ele é (identidade) e do que ele não é (diferença). A disciplina de Patologia, no entanto, permeia a construção do profissional desde o primeiro currículo e ainda atua como mecanismo da marca identitária voltada ao discurso Biomédico. É voltada à doença (Identidade) e à saúde como não-doença (Diferença).

A Área de Conhecimento Ciências Biológicas da Saúde é utilizada como ferramenta para a compreensão do funcionamento do corpo humano, inserindo a disciplina Parasitologia, que descreve em sua ementa aspectos gerais da relação parasito-hospedeiros, conceitos de biologia, epidemiologia, noções sobre principais técnicas de diagnóstico e profilaxia para o tratamento (PPP/2006). A base do conhecimento servirá para compreensão do processo das doenças infecciosas e parasitárias. Embora esteja voltada ao aprendizado da doença, a disciplina enfoca o modelo de doença. Utiliza referências cada vez mais completas, amplas, exigindo um estudo aprofundado sobre os assuntos; de certa forma, produz um profissional mais direcionado à doença, utilizando ainda o discurso Biomédico.

A área de Conhecimentos Ciências Humanas e Sociais destaca a disciplina Psicologia da Saúde, que descreve em seu nome um direcionamento à saúde, o que se modificou com relação ao primeiro currículo, de 1949, que continha a disciplina Psicologia. Segundo o PPP/2006, a ementa descreve a saúde e a doença, o espaço denominado de hospital e sua equipe multidisciplinar, as reações dos pacientes frente à doença e a família participativa no processo adoecer. Observa-se que a prevenção e promoção não são destacadas. A família é hoje um importante instrumento no processo de prevenção de doenças, mas também de promoção da saúde. A disciplina posiciona-se nas diversas formas de exercer a Enfermagem, nos momentos tidos com paciente, família e equipe. Portanto, o que é demonstrado na ementa

reforça o discurso Biomédico, o que contradiz a nomenclatura da disciplina no atual currículo – Psicologia da Saúde –, lembrando que o objetivo é a saúde, e não a doença; é a população, e não o indivíduo. Mesmo com a disciplina estando no campo das Ciências Humanas, o discurso segue a esteira das verdades biomédicas.

No quinto semestre, algumas disciplinas têm um maior enfoque nas ações da Enfermagem por estarem direcionadas à Área de Conhecimento Ciências da Enfermagem, mas modelam o acadêmico com marcas de um discurso Biomédico, destacando uma marca cada vez mais voltada para a anátomo-política. Dessa maneira, a disciplina Enfermagem Clínica enfatiza um campo direcionado à doença, no espaço considerado hospital. Em sua ementa, descreve Enfermagem neurológica e cardiovascular, em afecções do sistema respiratório, em distúrbio hidroeletrólítico, dentre outros, noções de Enfermagem em pacientes críticos e interpretação de exames laboratoriais e complementares (PPP/2006). Isso demonstra que a doença ainda é trabalhada e que o ambiente hospitalar continua sendo um foco do aprendizado do profissional. Diferentemente, do primeiro currículo que descreve a Enfermagem Clínica de forma a trazer uma disciplina para cada clínica a ser trabalhada, como: clínica neurológica e psiquiátrica, ortopédica, fisioterápica e massagens, além de clínica médica e clínica cirúrgica. As clínicas, conforme mencionadas, são taxonomizadas mediante o conhecimento do corpo humano, com olhar diferente no que se refere ao indivíduo e às suas partes. As implementações contidas no discurso da Enfermagem possibilitaram a amplitude destas áreas, como menciona Foucault (2009b) sobre proveniência, quando foi possível a formação de divisões, pois a proveniência fragmenta o que se pensava ser unido e mostra heterogeneidade. Os setores de aprendizado foram se fragmentando, a partir do conhecimento único do indivíduo corpo e máquina, sendo possível dissociar este conhecimento e criar novos acontecimentos.

Esses setores ou clínicas demonstram que o conhecimento em Enfermagem abrange não somente um determinado local, mas diversos locais, estabelecendo situações divergentes umas das outras. Isso se torna possível conforme as especialidades trabalhadas, como é o caso do primeiro currículo do curso, que demonstra estar direcionado ao modelo de educação em Medicina quando determina setores que têm por objetivo o aprendizado especificamente no controle das doenças.

A disciplina Enfermagem Cirúrgica, descrita no PPP/2006, trata de assuntos referentes ao histórico de cirurgias, princípios de anestesiologia, tubos, sondas, drenos, assistência de

Enfermagem nos diversos tipos de cirurgias, intervenções de Enfermagem no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Segue no campo da anátomo-política, por referir-se a assuntos que interpelam o acadêmico nas habilidades direcionadas ao conhecimento de cirurgias, bem como às técnicas a serem executadas. Assim, possibilita uma construção voltada para o indivíduo, pois o conhecimento se refere à realização das técnicas, à assistência acompanhada do objeto, que é o indivíduo e seu corpo/máquina. Conforme menciona Foucault (2009b), a anátomo-política é uma tecnologia do poder e atua como polícia, uma forma de governar, organizar a sociedade. Neste caso, trata-se da maneira de governar o setor destinado às cirurgias, o qual se fragmenta, se divide de acordo com as especificidades de cada indivíduo, e a organização se dá por meio dessas situações-problemas.

As disciplinas inseridas na Área de Conhecimento Ciências em Enfermagem, no quinto semestre, são marcadas pelo campo hospitalar. Praticamente o semestre utiliza técnicas voltadas para a formação em ambiente hospitalar, ou seja, estão sob um discurso Biomédico. As estratégias utilizadas, como as provas, o conteúdo, as bibliografias e as atividades em campos, demonstram a marca do discurso Biomédico. As disciplinas abordam a prática da Enfermagem sob a lógica do indivíduo e no ambiente hospitalar, estando voltadas para a clínica do usuário/cliente/paciente; são atividades taxonomizadas de acordo com os setores, o que acontece, por exemplo, no ambiente hospitalar nas separações e divisões do usuário/cliente/paciente de acordo com a doença. Isso ocorre também na formação do profissional, conforme a existência das disciplinas: Enfermagem em Clínica, Enfermagem em Cirurgia, Enfermagem em Centro Cirúrgico. Por meio de relações de poder/saber, tornam-se possíveis as modificações, e assim as Instituições de Ensino também são interpeladas por esses acontecimentos ocorridos no interior do ambiente hospitalar (FOUCAULT, 2009b).

No eixo temático de Fundamentos da Enfermagem, a disciplina Enfermagem em Pronto Socorro segue ainda o parâmetro de categorização do serviço, agora não no ambiente hospitalar, mas na Unidade de Pronto Socorro, ou de atendimento às situações emergenciais. São abordados os assuntos teóricos embasados nos protocolos de atendimentos aprovados mundialmente em situações de emergências clínicas ou traumáticas. Devido à atuação em ambiente hospitalar, as referências podem ser utilizadas conforme o curso de Medicina, mas ocorre o contrário: a bibliografia sugerida é voltada para o suporte avançado para enfermeiros. A prática da Enfermagem diferencia-se daquela do discurso Biomédico devido em sua aplicabilidade direcionada à promoção, proteção, recuperação e reabilitação do paciente, mas este discurso constrói uma assistência prestada sob a ótica da doença, do indivíduo em si e da

cura da doença. Entretanto, a prática exercida pela Enfermagem diferencia-se mesmo sendo realizada em Unidade de Pronto Socorro. Outras marcas identitárias são construídas, pois as diversas tecnologias de poder possibilitam que o acadêmico tenha visão diferenciada na execução de suas atribuições nesta unidade/setor. Conforme o PPP/2006, o enfermeiro deve aplicar a sistematização da assistência de Enfermagem frente às situações de urgência e emergências, mas não se restringe ao cuidado específico da doença, quando se executam atividades do discurso Biomédico apenas.

A disciplina Legislação e Exercício Profissional direciona assuntos sobre a deontologia e a legislação em Enfermagem no Brasil e no mundo, questões éticas e morais que regem a profissão, com enfoque na atuação do profissional e no comportamento no exercício da Enfermagem (PPP/2006). Na bibliografia trabalhada, destacam-se os problemas atuais da bioética e ética em saúde. O enfermeiro deve ter conhecimento dos direitos humanos à saúde e direitos do usuário/cliente/paciente, o que envolve também questões religiosas, que permitem determinadas intervenções, e não outras. Os princípios éticos da profissão também existem e são tecnologias de poder que direcionam a construção da profissão como ela deve se tornar, possibilitando uma construção, e não outra, ou seja, o que se considera como legislação e exercício profissional constitui-se como um conjunto de normas prescritas que determinam aquilo que é possível e o que não é possível. Por norma, Foucault (2009b) entende as regras disciplinares exercidas nas relações estabelecidas na rede capilar do poder e saber, mecanismos pelos quais são exercidas as disciplinas. Podemos considerar, então, as normas traçadas no interior de uma Instituição de Ensino, ou ainda o PPP. A normatização é definida como a organização sob as normas, sendo consideradas, por exemplo, as Diretrizes Educacionais.

### 3.3.3 Emergência do discurso da saúde coletiva no currículo

Por meio das emergências encontradas no decorrer da história da Enfermagem, foi possível a inserção de novas disciplinas, estas que possibilitaram identificar como constitutivas do discurso da Saúde Coletiva (QUADRO 3).

**QUADRO 3** - Distribuição das áreas de conhecimento e disciplinas relacionadas ao discurso da Saúde Coletiva

<b>Discursos</b>	<b>Áreas de conhecimento</b>	<b>Disciplinas/semestre</b>
Saúde Coletiva	Ciências Humanas e Sociais	Ciências Sociais Aplicadas à Enf./ 1 sem. Educação em Saúde/ 2 sem.
	Ciências da Enfermagem	Bioestatística/ 4 sem. Enf. em Doenças Transmissíveis/ 4 sem. Enf. em Saúde Coletiva/ 4 sem. Enf. em Adm. de Saúde Pública/6 sem. Enf. em Saúde Mental/6 sem.

Fonte: Suélen Ribeiro Miranda Pontes Duarte, 2010.

Os acontecimentos da área de Enfermagem destacam-se em quatro períodos históricos: de 1889 a 1930, de 1930 a 1945, de 1945 a 1964 e após 1964, no Brasil. O primeiro período tem características de uma sociedade predominantemente rural, em que se adotaram medidas para o controle de doenças epidêmicas; neste período, foi criada a primeira escola de Enfermagem, a atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. O período de 1930 a 1945 é marcado pela criação dos hospitais-escola em diversos estados e pela migração dos enfermeiros da área preventiva para a curativa, como forma de atender às exigências do mercado de trabalho, valorizando a prática médico-previdenciária. De 1945 a 1964, a Enfermagem tem um aumento considerável com relação às escolas, como forma de atender à demanda de trabalho. No período pós-64 (1964-1985), políticas de saúde são formuladas para incentivar e privilegiar a medicina curativa, hospitalar e privada (MACHADO, W., 2002a). Ocorre, então, o Movimento Sanitário, que foi concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e a equidade (VAITSMAN, 2006). Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, cria-se o SUS. Assim, no contexto da prevenção, promoção e reabilitação, foi possível o ensino da área da saúde tomar outra configuração, com disciplinas de Saúde Pública inseridas novamente no currículo do curso, possibilitando uma atuação em redes básicas de saúde e no espaço hospitalar e construindo um discurso destinado à saúde, e não à doença, como era antes. A construção do profissional tem um eixo determinante para a biopolítica, no entanto, não deixa de explicitar a construção para um discurso Biomédico (anátomo-política).

A criação do SUS é uma estratégia de poder, portanto, uma forma de governamentalidade, e governar, para Foucault (2008), implica modos de controle, de regulação, de normatização. É o que acontece, por exemplo, com a Instituição de Ensino Superior, que atua com diversos modos de governamentalizar e torna possível modificar o currículo e, assim, construir novas marcas identitárias do profissional. Dessa forma, as Políticas de Saúde são tecnologias de poder/saber que constituem as políticas pedagógicas das Instituições, os mecanismos para construção do profissional.

É possível que a Enfermagem possa modificar suas marcas mediante a interpelação de um discurso da Saúde Coletiva. Isso significa considerar o currículo como um campo de enfrentamentos entre diferentes discursos. São distintas formas de governamentalidade que produzem não apenas uma grade curricular, ou melhor, Diretrizes Curriculares, mas principalmente as formas de trabalhar e de reconhecer-se como enfermeiro. Esse modelo de formação irá constituir o acadêmico pelo discurso da Saúde Coletiva apenas a partir do quarto semestre.

Deve-se, ainda, considerar que a formação em Enfermagem não se prende somente ao conhecimento fundamental sob a ótica do discurso Biomédico, devido às modificações no campo da saúde, que acabaram por gerar novas necessidades no que tange às atribuições do enfermeiro, bem como à incorporação das novas diretrizes em saúde, como a coordenação de unidade de saúde dentro e fora do ambiente hospitalar, a aplicação dos cuidados sistemáticos, a independência na realização de atividades, como a consulta de Enfermagem, que desenvolve o atendimento holístico, e o gerenciamento, que modifica a capacidade de atuar na supervisão de demais colegas de profissão. As marcas identitárias acabam por conformar-se nesses jogos produzidos por distintos discursos, na medida em que uma marca identitária não diz respeito a uma síntese de dois elementos antagônicos, mas à conexão do que supostamente seria contraditório. Para Silva (2000), a identidade é marcada pela diferença, relacionada à história; não sendo unificadas, pode haver contradições. Por assim dizer, sob distintos discursos e diferentes identidades, a Enfermagem é um terceiro espaço, mencionado por Bhabha (1998) como um terreno para elaboração de estratégias de subjetivação que dão início a novos signos de identidade ou marcas identitárias. Com o discurso Biomédico e o discurso das Ciências Humanas e Sociais, cria-se um interstício para o discurso da Enfermagem, que não é o Biomédico e não é das Ciências Humanas e Sociais – é a Enfermagem, construída sobre fronteiras culturais e históricas.

Na análise da Área de Conhecimento Ciências Humanas e Sociais, estão aplicadas ao currículo de Enfermagem disciplinas como – História e Introdução à Enfermagem, Ciências Sociais Aplicadas à Enfermagem – voltadas à área da Enfermagem, estando inseridas nos Eixos Temáticos de História e Introdução à Enfermagem, Construção do Conhecimento e Sociologia/Antropologia. Nesta área de conhecimento, compreende-se uma interpelação do discurso da Saúde Coletiva por se objetivar a saúde da coletividade, pensando-se na saúde da comunidade e abordando-se o conhecimento social e antropológico que envolve a sociedade e suas adaptações, num enfoque voltado para as questões socio sanitárias. Por envolver conhecimento da massa, da população, o mecanismo utilizado para o conhecimento dessas disciplinas é a biopolítica como técnica de poder utilizada para a construção do enfermeiro, tendo também a bibliografia como maneira de disciplinar o conhecimento, sob forma de leitura e estudo. As referências utilizadas demonstram o envolvimento deste eixo com a Enfermagem e a sua contribuição para o aprendizado.

As disciplinas direcionam ao contexto comunitário, necessário para a aplicabilidade da Enfermagem em atividades voltadas ao novo modelo de governar o país, sendo aí considerado o SUS, que corporifica uma atuação diferenciada à comunidade. É necessária uma compreensão do conteúdo de sociologia e antropologia, que colaboram no entendimento das diversas construções de sociedade existentes. Portanto, faz-se necessário compreender o discurso da Saúde Coletiva, que, segundo Paim e Almeida Filho (1998), é um campo que produz saberes e conhecimentos sobre saúde, abrangendo práticas e saberes que se destinam à coletividade. Esse campo é apontado como interdisciplinar, e não como ciência ou especialidade médica. Contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações. No campo social, investigam-se a produção e distribuição de doenças e analisam-se o processo de trabalho e as práticas de saúde. A Saúde Coletiva não deve ser interpretada apenas no processo de saúde/enfermidade, requerendo considerar que os sujeitos que possuem enfermidade devem ser compreendidos, para além de se explicarem seus problemas. A saúde coletiva preocupa-se com a saúde pública, com a saúde do coletivo, da sociedade, sob aspectos econômicos, políticos, sociais, ideológicos e outros. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, o SUS é implantado sob a ótica dos acontecimentos ocorridos na história, estabelecendo a dimensão que deverá assumir a lógica da proteção, promoção e recuperação da saúde, por meio de uma crítica ao modelo de saúde assistencialista, privatista e individualista que organizava as práticas em saúde.

A formação no início demonstra para os alunos que a Enfermagem se modificou, o que foi possível devido às relações estabelecidas entre poder/saber. Na bibliografia utilizada, demonstra-se que os autores têm formação em Enfermagem, caracterizando uma marca identitária da profissão nos dias de hoje, o que é visto por vários profissionais da área, valorizando o desenvolvimento de uma Enfermagem criada por enfermeiros, não apenas com médicos no ensino.

Em se tratando do discurso da Saúde Coletiva focado no Eixo Temático da Sociologia e Antropologia, é visto que se trabalha indiretamente com a Enfermagem no sentido de entender primeiramente a parte social, para depois utilizar os conhecimentos na atuação da profissão. Pretende-se construir uma marca para o enfermeiro pensando-se nos problemas de Saúde Coletiva, proporcionando, de maneira sociológica e antropológica, o conhecimento e a reflexão sobre os modos de vida dos indivíduos e suas diferenças. Isso complementa a formação do enfermeiro, que atua com diversas pessoas e diversas maneiras de sobreviver, de agir, de se cuidar. Sendo assim, a formação é voltada para a biopolítica. Pensar na coletividade é governar para resolver problemas. A partir de uma emergência, foi possível a criação de um currículo voltado para a saúde da população, não centrado no indivíduo.

Outra disciplina a ser discutida, a Educação em Saúde, descreve as técnicas de educar em saúde para os indivíduos e a coletividade. Percebe-se que esta prática de educar está inserida na Saúde Coletiva como fator colaborador nas ações realizadas em busca da qualidade de vida da população. Segundo Paim e Almeida Filho (1998), a Saúde Coletiva privilegia a descentralização das ações em saúde, com mudanças de comportamento, o que vem ao encontro da educação em saúde, possivelmente, como estratégia de promoção e prevenção em saúde. Implica desenvolver programas de Educação Permanente ou Continuada em Saúde Coletiva para atualizar constantemente os elementos da prática da saúde, de modo que haja a criação de espaços institucionais e momentos pedagógicos para constituição de novos sujeitos.

A Enfermagem é construída à medida que suas necessidades surgem. A partir de uma necessidade, pode-se modificar. Nesse sentido, a Saúde Coletiva é vista nesta disciplina como maneira de construir o enfermeiro para atuar na coletividade, e a Educação em Saúde demonstra ser a promoção da saúde, não mais o curar ou cuidar de doenças. Vê-se, na bibliografia básica, a comunicação com o paciente: teoria e ensino; educação em saúde e

cidadania; educação popular nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, educar em saúde é uma marca do profissional enfermeiro; assume-se isto em sua formação para que atue nos serviços de saúde, fazendo a população ter co-responsabilidades pela saúde, pela qualidade de vida. Da perspectiva individual ou coletiva, a Enfermagem executa sua função em busca da transmissão de cuidados necessários para a saúde.

Já que o currículo atua como elementos simbólicos interpelando o indivíduo, ou melhor, os acadêmicos, ele também tem função de produzir relações sociais existentes naquele tempo e naquele espaço (SILVA, 2006). O currículo confronta-se com a área mercadológica, conforme as exigências de profissionais cada vez mais completos, no sentido de atender à demanda do mercado de trabalho ou da sociedade. Isso é possível mediante as formas de governamentalidade, como, por exemplo, a implantação do novo modelo de saúde no Brasil (SUS). Mais tarde, o Programa de Saúde da Família, hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família, fez com que as Instituições de Ensino Superior adotassem outro currículo para que este construísse o profissional que a área mercadológica necessita.

Esta relação de mercado e formação está constantemente lado a lado, como técnica necessária para uma construção significativa e articulada aos procedimentos de como ser enfermeiro, quem ser e como trabalhar. A área mercadológica é capaz de modificar as maneiras como vêm se construindo os profissionais. Devido à forma de governar, atua como tecnologia de poder por subjetivar não somente as Instituições de Ensino Superior, mas também todos os profissionais já formados, que têm o compromisso de construir suas qualificações com possibilidades de inserção no mercado de trabalho.

Destaca-se a marca identitária reconhecida pelo censo comum na qual a diferença não é observada. Existe confusão quando a população ou usuário/cliente/paciente não consegue identificar o profissional enfermeiro, diante das outras categorias de Enfermagem. Para a população ou sociedade, os membros são a mesma coisa, tem a mesma formação, não há diferença, motivo pelo qual é necessário verificar a construção deste profissional e suas atribuições específicas.

Como uma das atribuições do enfermeiro é prescrever a assistência a ser prestada ao indivíduo, não somente na lógica do cuidado sob condições específicas e patológicas (conhecimento da doença), mas também envolvendo os atendimentos de prevenção, promoção e recuperação da saúde, insere-se na assistência de Enfermagem a ser prestada

(assistir ao usuário/cliente/paciente) toda a forma de viver, bem como os modos de reagir a uma determinada doença. Portanto, subjetivar sobre as patologias existentes, suas causas, consequências e o tratamento ainda vem construindo um profissional sob condição de uma identidade e diferenças (SILVA, 2000), na lógica do discurso Biomédico e também na de um discurso da Saúde Coletiva, isso porque se tem hoje a disciplina de Patologia, necessária para aplicabilidade do conhecimento dentro do discurso da Saúde Coletiva. Isso foi possível mediante as relações de poder/saber, com as diferenças existentes entre um discurso e outro, abrindo novas marcas identitárias do profissional.

A Área de Conhecimento enfatizada no quarto semestre é a Ciências da Enfermagem, com a disciplina Bioestatística, que também foi trabalhada no primeiro currículo de 1949, juntamente com epidemiologia, ambas inseridas no conteúdo da disciplina de Parasitologia. Insere-se como marca identitária de trabalho do enfermeiro necessária para compreensão e interpretação de dados e como base para pesquisa. O PPP/2006 diz que a disciplina engloba conceitos básicos de estatística, amostras, distribuição de frequência e conhecimento de gráficos. A bibliografia utilizada tem como base o aprimoramento do conteúdo, mas não tem foco na área da Enfermagem. Utiliza-se de biopolítica para a construção do profissional. Os conteúdos abordados mencionam o conhecimento voltado para a governamentalidade, pois, para governar, é necessário compreender os dados que informam problemas, e assim será possível o controle, a vigilância – estratégias necessárias para resolver os problemas da vida. Trata-se de um modo de circunscrever um campo de explicações sobre os fenômenos da coletividade.

Quando Foucault (2009b) se refere a governar o homem e sua relação com as coisas, a fome, a epidemia, a morte, a riqueza, o clima e a fertilidade, está relacionando este ato de governar por meio de dados que possibilitam a identificação dessas “coisas” com que o homem tem relação. Isso se produz mediante formas de governamentalidade, sob mecanismos, estratégias que posicionam o homem para atuar de uma maneira e não de outra, sendo possível modificar a relação do homem com as maneiras de subsistência, construindo-se novas marcas identitárias. Portanto, o conhecimento desta disciplina é mecanismo de poder que constrói profissionais capazes de atuar nas relações existentes.

A disciplina Enfermagem em Doenças Transmissíveis relata em sua ementa, segundo o PPP/2006, o conhecimento dos problemas de Enfermagem apresentados por pacientes com diagnóstico de doença transmissível, os sinais e sintomas, as intervenções de Enfermagem

com objetivo de prevenir doenças na comunidade, elaboração da assistência de Enfermagem e formação de acadêmicos para liderar as equipes multidisciplinares neste contexto. A Saúde Coletiva é apresentada como um discurso da Enfermagem, possibilitando atividades de prevenção das doenças com a comunidade; assim, demonstra-se que o acadêmico está sendo construído por técnicas que modificaram suas atribuições, passando-se a se pensar na Saúde de uma coletividade. O poder, descrito por Foucault (2009b), atua em todas as relações na sala de aula e fora dela, por meio também das técnicas de poder utilizadas, como a bibliografia contida no plano de ensino. Isso torna possível o que o autor nomeia de capilaridade do poder, ou seja, este se constitui micropoliticamente, o que significa que a incorporação de um discurso no processo de formação profissional torna possível que esse mesmo discurso produza sujeitos.

A Saúde Coletiva é enfatizada por meio da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva, com o conhecimento sobre o processo saúde/doença, a saúde no Brasil e o foco na Atenção Primária, que, a partir da criação do SUS, é a porta de entrada para os atendimentos à população; abrange a ESF e algumas atividades executadas neste contexto primário, como, por exemplo: imunização e vigilância epidemiológica (PPP/2006). Não deixa de ser uma atividade que engloba disciplinas já mencionadas anteriormente, como: a Epidemiologia, as Doenças Sexualmente Transmissíveis, a Imunologia. A Saúde Coletiva passa a encontrar-se com o discurso Biomédico no cotidiano da formação, criando um espaço de enfrentamentos que marcam as formas de trabalhar em saúde. Ao constituir-se como uma disciplina, e não como discurso que se transversaliza em todas as disciplinas, acaba por conformar-se como derivada do discurso Biomédico, e não como base propriamente dita da formação de enfermeiros.

A disciplina de Enfermagem em Saúde Mental trabalha a evolução histórica da psiquiatria, legislação atual, compreensão da Enfermagem com os pacientes com transtornos mentais, bem como a assistência, o relacionamento intra e interpessoal, ações de manutenção, promoção, recuperação na saúde mental individual, familiar e populacional (PPP/2006). Esta disciplina contribuiu para a formação do enfermeiro com atuação em unidades de psiquiatria, em asilos e em Centros de Atenção Psicossocial. A bibliografia é voltada para a Enfermagem Psiquiátrica, a comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem e a Saúde Mental. Percebe-se que a disciplina tem um enfoque importante para o curso. O semestre insere disciplinas categorizadas por diversos públicos, modificando o primeiro currículo de 1949, que abordava diversos setores. A abordagem do currículo de 2006 é sob a ótica de Políticas de

Saúde, criadas após a implantação do SUS. É possível considerar estratégias biopolíticas produzidas pelas modificações no campo da saúde e incorporadas na formação em Enfermagem, ou seja, o discurso da Saúde Coletiva passa a operar no currículo mediante as Políticas. Entretanto, considera-se que a biopolítica, no seu conjunto de regulamentações/normatizações, atua nas Políticas de Saúde direcionadas à população e passa a produzir novas marcas identitárias na formação de Enfermagem.

No Eixo de Administração em Enfermagem, a disciplina Enfermagem em Administração em Saúde Pública contextualiza, segundo o PPP/2006, a história da Saúde Pública no Brasil, o SUS como Política e como Sistema de Saúde, a organização da ESF, a gestão na atenção básica e as políticas voltadas ao ciclo vital. Utiliza, na bibliografia básica, livros que descrevem a Atenção Primária, o planejamento, a Reforma Sanitária. Observa-se que não se utilizam materiais do Ministério da Saúde, pelo menos não como bibliografia básica. Por outro lado, a utilização de materiais do Ministério da Saúde prepararia o acadêmico para uma melhor compreensão das Políticas criadas pela reforma na saúde. Todas as Políticas são formas de governamentalidade; utilizando-se do controle para melhorar a saúde da população, criam determinadas regras para o controle e as colocam em circulação. A partir do funcionamento das Unidades de Serviço e por meio das atividades executadas e dos atendimentos realizados, os dados passam por avaliação em nível municipal, estadual e federal. Depois da avaliação, outras medidas podem ser tomadas, ou melhor, outras estratégias podem ser traçadas, utilizando-se o biopoder e a biopolítica, conforme a racionalidade de um poder que se volta para o fazer viver.

Esta disciplina tem o enfoque na Administração, no sentido de atuar na organização dos serviços públicos, não sendo ressaltada no currículo de 1949, a não ser como maneira de compreender a Epidemiologia e Bioestatística, Saneamento, Higiene da Criança e Princípios de Administração Sanitária, sem deixar de considerar a administração, mas não tendo um enfoque amplo do conhecimento sobre a história da Saúde Pública. Os assuntos abordados no primeiro currículo enfatizam o que já hoje se tem como uma disciplina, podendo-se compreender o conteúdo em diversas situações de serviços de saúde, seja em nível primário, secundário ou terciário. Ceccim, Armani e Rocha (2002) relatam a importância de as Universidades se comprometerem com a construção e consolidação do SUS e de configurarem novos papéis profissionais, adequados às exigências sociais da saúde, integrando ensino-serviço-controle social. Afirma-se a necessidade de se corporificarem ferramentas que contribuam para o acompanhamento mercadológico, bem como uma

construção voltada para as Políticas até então inseridas, como o SUS, nas relações existentes nas Instituições de Ensino Superior. As estratégias, as ferramentas, os mecanismos de poder/saber tornam possíveis outras marcas identitárias do profissional no que se refere ao ser enfermeiro e fazer Enfermagem.

Portanto, os temas ressaltados hoje no currículo de 2006 inserem temáticas que levaram a Enfermagem a construir uma história, articulando-se com a história da saúde. Por esse motivo, há tanto história quanto cultura, com tecnologias de poder que interpelam e modificam a profissão e constroem novas marcas identitárias do enfermeiro, propondo maneiras que se estabelecem a partir de novos acontecimentos na saúde, como as Conferências de Saúde, que determinam normatizações capazes de interpelar e criar novas marcas identitárias. Conforme mencionam Ceccim, Armani, Rocha (2002), o CNE aprova novas Diretrizes Curriculares, referindo que a Saúde Coletiva e os princípios e diretrizes do SUS são elementos fundamentais para a articulação da política de educação superior com a política de gestão de saúde.

#### 3.3.4 Enfrentamentos micropolíticos: discurso Biomédico e discurso da Saúde Coletiva

O Quadro 4 apresenta as disciplinas que se inserem no discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva. As disciplinas e Áreas de Conhecimento vêm se enfrentando a todo momento, e por isso são identificadas em ambos os discursos.

**QUADRO 4** - Distribuição das áreas de conhecimento e disciplinas relacionadas aos Enfrentamentos micropolíticos

<b>Discursos</b>	<b>Áreas de conhecimento</b>	<b>Disciplinas/semestre</b>	
Enfrentamentos (Biomédico e Saúde Coletiva)	Ciências Humanas e Sociais	História e Introdução à Enf./ 1 sem.	
	Ciências Biológicas da Saúde	Ciências da Enfermagem	Imunologia/ 3 sem.
			Semiologia e Semiotécnica/ 3 sem.
			Biossegurança/ 4 sem.
			Epidemiologia/ 4 sem.
			Sistematização da Assistência de Enf./ 4 sem.
	Ciências Biológicas da Saúde	Ciências da Enfermagem	Enf. em Central de Material Esterilizado e Centro Cirúrgico/ 5 sem.
			Educação Alimentar/ 5 sem.
			Enf. Adm. Hospitalar/ 6 sem.
	Ciências da Enfermagem	Ciências da Enfermagem	Enf. em Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia/6 sem.
			Enf. em Saúde da Criança e Adolescente/ 6 sem.
			Estágio Sup. Hospitalar I / 7 sem.
			Estágio Sup. Saúde Pública I/ 7 sem.
		Estágio Sup. Hospitalar II/ 8 sem.	
		Estágio Sup. Saúde Pública II/ 8 sem.	

Fonte: Suélen Ribeiro Miranda Pontes Duarte, 2010.

Por meio do currículo de 1949 e do currículo de 2006 da Instituição de Ensino Superior, foi possível observar os enfrentamentos dos discursos Biomédico e de Saúde Coletiva, que se confrontam a todo momento na formação do enfermeiro.

A disciplina História e Introdução à Enfermagem, ligada ao Núcleo Fundamental, por estar relacionada à história, descreve na ementa a definição da Enfermagem, a Lei do Exercício Profissional (Lei n. 7.498/1986), entidades de classe, Teorias de Enfermagem (não mencionando quais). São encontrados temas que abrangem o conhecimento sobre a história da profissão (que também é visto no primeiro currículo) e, ainda, o que é bastante interessante, a “formação acadêmica do Enfermeiro” (PPP/2006). Percebe-se que a verdade começa a interpelar o aluno a partir do envolvimento com os professores, com o conteúdo e as referências que ele precisa buscar; assim, ele se subjetiva, na medida em que técnicas como estas estão sendo corporificadas no seu cotidiano desde o primeiro semestre do curso.

Observa-se que o professor deve se preocupar em trabalhar com a formação de uma identidade profissional, verificando-se que os conteúdos abordados estão voltados à compreensão da história da profissão, o que caracteriza uma subjetivação a partir do conhecimento histórico da Enfermagem. O professor deverá estar respaldado para que a transmissão do conhecimento e as maneiras de subjetivar o aluno quanto ao conhecimento estejam de acordo com as exigências das Diretrizes curriculares, bem como das Diretrizes da profissão. A própria genealogia da profissão encontra-se num processo de enfrentamento.

A disciplina Imunologia, que abrange em sua ementa conceitos referentes à imunidade, a componentes do sistema imune, doenças autoimunes, inflamação, transplantes e imunizações (PPP/2006). Esta disciplina aborda o conhecimento para atuação do enfermeiro nas práticas de prevenção de doenças. Utiliza na bibliografia básica o sistema imunobiológico na saúde e na doença, inserindo o discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva. Trabalha com a prevenção de doenças sob uma prática de vigilância, organização, controle e regulação para se evitar a propagação das doenças, como é o caso da prática de imunizar a população de acordo com o número de doenças em determinada faixa etária, por exemplo. Esta prática, ou melhor, este mecanismo demonstra que o conhecimento desta disciplina constrói uma marca identitária voltada para a doença, mas a justificativa de tal prática é a saúde.

Segundo Foucault (2009b), as relações de poder são jogos de força, lutas por imposições de sentido; portanto, a incorporação do discurso da Saúde Coletiva começa a produzir novas marcas no próprio discurso Biomédico, o que demonstra que as relações de poder/saber não excluem nada, mas capturam todo e qualquer tipo de relações que produzem, que constroem novos sujeitos. É possível dizer que, diante dessas diferenças entre o discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva, novas marcas identitárias são produzidas, não de um mundo natural ou transcendental, mas de um mundo cultural e social (SILVA, 2000).

A racionalidade que começa a constituir-se por aquilo que produz o discurso da Saúde Coletiva torna importante ressaltar que é necessário familiarizar o acadêmico com o fato de que a atuação na prevenção não será satisfatória se não existir a promoção da saúde, item enfatizado no novo modelo de saúde no Brasil, o SUS, pela Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990). Assim, promover a saúde não é item construído no terceiro semestre. Está inserido no discurso de Saúde Coletiva por atuar de forma a promover a saúde de um grupo de pessoas, da população propriamente dita. Viu-se que promover a saúde não constou no primeiro

currículo – Decreto n. 27.426/1949 (BRASIL, 1949a). Ao contrário, apontou-se o foco da doença, o indivíduo portador da doença; o conhecimento maior foi dos diversos tipos de doenças e os respectivos cuidados. Conhecer e dominar o aprendizado das doenças predominam nos currículos até os dias de hoje, tendo-se esta concepção como marca identitária do profissional que se construiu sob este discurso, sob esta lógica, o que promove atualmente jogos de forças, enfrentamentos que determinam situações diferenciadas na dicotomia saúde/doença.

Inserida no currículo do curso na Área de Conhecimento das Ciências da Enfermagem, a disciplina Semiologia e Semiotécnica desenvolve as atitudes e habilidades do acadêmico para ser enfermeiro, para a prestação do cuidado de Enfermagem. A Lei n. 7.498/1986 apresenta o regulamento do exercício profissional e determina a prescrição da Assistência de Enfermagem (BRASIL, 1986). Aqui o foco do cuidado está no usuário/cliente/paciente, em sua integralidade. O conhecimento da doença possibilita ao acadêmico compreender o processo de enfermagem, a realização de exame físico, avaliação de sinais e sintomas, valorizando a consulta e sua execução para a prescrição da assistência. As referências utilizadas são direcionadas realmente para o campo da Enfermagem e técnicas de Enfermagem que buscam a prática a ser executada, pois neste contexto de assistência o enfermeiro executa prescrição de cuidados, assim como as demais categorias – Auxiliar e Técnico de Enfermagem –, voltadas para a execução dos cuidados, de acordo com cada competência profissional.

Na Área de Conhecimento Ciências em Enfermagem, observa-se, em seu contexto hospitalar, a disciplina Biossegurança, cuja ementa enumera fatores de risco, biológicos, químicos, físicos, psicossociais, medidas de segurança, normatizações, acidentes de trabalho e equipamentos (PPP/2006). Sabendo que o enfermeiro é o profissional que planeja, organiza, lidera a equipe, cabe-lhe conhecer a importância da biossegurança para a Enfermagem, que tem uma abordagem maior em ambiente hospitalar, por agrupar maior número de técnicas invasivas. Assim, esta disciplina envolve-se na biopolítica por construir o conhecimento com base no controle, na regulação (FOUCAULT, 2009b). É possível, por exemplo, evitar danos ao grupo de usuários/clientes/pacientes e também aos próprios profissionais, com uma prática executada para a cura de doenças. A disciplina constitui-se dentro do discurso Biomédico, uma vez que os processos abordados ocorrem num espaço hospitalar, considerado de nível terciário. Desconsidera-se, assim, uma prática da disciplina nos demais níveis da saúde:

primário e secundário. Isso pode ser confirmado pela utilização da bibliografia básica em âmbito hospitalar (nível terciário) apenas.

Tendo a Enfermagem um leque de atuações, inserir esta disciplina no currículo possibilitou marcas identitárias, subjetivando o acadêmico para atuar nesta área com conhecimento adquirido na graduação. Os discursos Biomédico e da Saúde Coletiva estão se enfrentando a todo momento durante a aplicabilidade da disciplina; mesmo com a bibliografia direcionada ao ambiente hospitalar, estão se articulando devido às estratégias utilizadas: prevenção e fatores individuais e sociais de risco.

A disciplina Epidemiologia tem no currículo um enfoque maior com relação ao primeiro currículo de 1949 de Enfermagem. Há uma ementa específica para esta disciplina, o que no primeiro currículo era apresentado com a disciplina de Parasitologia. O fato é que o PPP/2006 pontua a concepção de saúde e doença, epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis, mas também um enfoque na saúde, com os indicadores de saúde da população, noções de vigilância em saúde e educação em saúde (que volta como conteúdo, pois já foi enfatizada como disciplina). Faz-se necessário correlacionar todos os conteúdos abordados e também epidemiologia no âmbito do SUS, aqui abordando a temática de outro sistema de saúde, com o propósito de um novo modelo para Atenção à Saúde. Atuando também como discurso da Saúde Coletiva, a Epidemiologia trabalha com a biopolítica por buscar, por meio dos indicadores e dados da população, a vigilância em saúde. Tem um enfoque grande desde o início da profissão, quando se praticava quarentena e o trabalho era voltado para a anátomo-política. Devido a um novo modelo de saúde, é possível construir o profissional no discurso da Saúde Coletiva. Dessa forma, articulam-se na formação esses dois campos – biomédico e saúde coletiva –, encontrando-se na epidemiologia o fio condutor para isso.

A partir daí, a marca identitária do enfermeiro passou a ser construída para o sistema de saúde, não somente com o foco no tratamento de doenças. A bibliografia está embasada na Epidemiologia e Saúde com publicações em 2000, 2003, 2004, mostrando que as ferramentas utilizadas em sala de aula proporcionam a atualização do acadêmico no novo modelo de saúde no Brasil (SUS). O discurso tido no primeiro currículo é o discurso Biomédico; a partir da implantação do SUS, novas obras/livros foram sendo incorporados, produzidos no discurso da Saúde Coletiva.

A disciplina Sistematização da Assistência de Enfermagem enfatiza o cuidado com enfoque na tríade família, enfermeiro no contexto hospitalar e cuidado sistematizado em Enfermagem (PPP/2006). Nesta disciplina, a Enfermagem começa a conhecer sua principal atribuição – o processo do cuidar, vindo da pioneira Florence Nightingale, que iniciou os cuidados com pessoas carentes, atuantes em guerras. É possível hoje que esses cuidados sejam amplamente diversificados, construindo um profissional específico. Segundo Paixão (1960), a doença era tida como um castigo de Deus; por isso, os indivíduos procuravam sacerdotes e feiticeiros para a cura das doenças. A Enfermagem então passou a ser conhecida primeiramente pelo ato caritativo e prestativo. Surge, portanto, a enfermagem na abordagem caritativa e também no papel de subalternidade em relação à Medicina (RIZZOTTO, 1999). Essas características demonstram uma prática diferenciada com relação à prática de hoje.

Segundo Mattos (2001), nasce o campo da Saúde Coletiva, considerando a prática da saúde como prática social. Não se trata de ver o usuário/cliente/paciente como um todo especificamente, mas de considerar o vínculo na relação e no acolhimento com o sujeito enfermo, a organização horizontal dos serviços e a articulação com outros setores, bem como as políticas específicas. Não existe aqui a prática caritativa do atendimento ao usuário/cliente/paciente; a tecnologia da atenção à saúde é produzida pela diretriz da integralidade/cuidado em saúde e é uma marca das práticas do profissional enfermeiro.

Este atributo insere-se na prática dos profissionais, independentemente do local a ser executado, e também se refere à organização dos serviços e ainda às respostas governamentais aos problemas de saúde. São situações em que a integralidade é vista como princípio orientador das práticas (MATTOS, 2001). Assim, as atribuições do enfermeiro são englobadas por este atributo, no sentido de que os instrumentos utilizados para a realização da consulta de Enfermagem sistematizada, como coleta de dados ou histórico de Enfermagem, exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e evolução de Enfermagem, estão voltados à prática da integralidade, e não constituem um processo caritativo, subalterno da Medicina. Estes instrumentos são itens contidos na Resolução 272/2002 e, mais recentemente, na Resolução 358/2009, sendo modificados para o processo: coleta de dados ou histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, planejamento de Enfermagem, implementação, em que são realizadas as ações ou intervenções, e, por último, a avaliação substituindo a evolução.

Estes dados inseridos na Sistematização da Assistência de Enfermagem possibilitam refletir que o enfoque da disciplina está voltado ao discurso Biomédico, por seguir uma perspectiva do cuidado num espaço onde a doença está inserida. Foucault (2009b) refere que este espaço é visto como local aonde as pessoas vão para morrer, afirmando que o discurso Biomédico se instala na profissão enfermagem.

Por outro lado, a diferença em termos de subjetivação e, portanto, de marcas identitárias do profissional enfermeiro está relacionada ao fato de atender o paciente como um todo, integralmente, e não somente a doença. A consulta de Enfermagem como atribuição do enfermeiro utiliza-se de métodos para identificação de situações de saúde/doença, com intuito de prescrever medidas de Enfermagem. Voltadas à Saúde Coletiva, verifica-se que medidas implementadas direcionam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993). A sistematização da assistência torna-se uma tecnologia do discurso da Saúde Coletiva, na medida em que começa a operacionalizar outra racionalidade na formação.

A bibliografia utilizada nesta disciplina favorece as obras escritas por enfermeiros, direcionando um conhecimento maior sobre a área da Enfermagem. No entanto, como item da Sistematização, o Diagnóstico de Enfermagem deve ser realizado após análise dos dados colhidos no histórico e exame físico, como forma de identificar problemas sociais, emocionais e fisiológicos e de implementar as medidas, diferentemente do Diagnóstico Médico, que enfoca as doenças. As referências utilizadas para o conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem são internacionais e direcionadas, em grande parte, para situações hospitalares, o que confronta um discurso Biomédico e um discurso da Saúde Coletiva. É possível verificar que a formação do profissional começa a ter sua especificidade no que tange a estes dois discursos, demonstrando que a Enfermagem não é uma profissão subalterna à medicina, estando inserida no que Bhabha (1998) chama de um terceiro espaço. Sob o discurso Biomédico, é possível que o discurso da Saúde Coletiva se encontre também neste interstício, caracterizando uma abordagem diferenciada da Medicina e tornando-se, assim, uma estratégia biopolítica, não se utilizando apenas de diagnóstico das doenças, mas do diagnóstico de Enfermagem sobre a família, o indivíduo e a comunidade.

O conhecimento de materiais e instrumentos utilizados nas salas de cirurgias também é necessário ser abordado, o que é feito na disciplina de Enfermagem em Central de Material Esterilizado e Centro Cirúrgico, não inserida no currículo do curso, mas na proposta do

PPP/2006. Tem como conteúdo a nomenclatura de Enfermagem em Clínica Médica e Centro Cirúrgico. A ementa descreve as técnicas e habilidades da Enfermagem no transoperatório, com enfoque no planejamento e organização da unidade do centro cirúrgico, na recuperação pós-anestésica e na central de material e esterilização, incluindo o conhecimento dos instrumentos cirúrgicos. Esta abordagem possibilita uma análise voltada para a construção de profissionais destinados às funções para com um grupo de pessoas que terão atendimento nesse setor. Com a implantação das diretrizes do SUS, o conhecimento e habilidades desta disciplina tornam-se necessários, de acordo com as orientações do COFEN (Lei n. 7.498/1986), no que se refere à organização e direção dos serviços como atribuições do enfermeiro; isso vale para setores como os da Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, mas especificamente a disciplina de Central de Material Esterilizado e Centro Cirúrgico, que se destina ao conhecimento de prevenção, por exemplo, de infecções (BRASIL, 1986).

A Área de Conhecimento Ciências Biológicas da Saúde inclui a disciplina de Educação Alimentar, que engloba em sua ementa os conceitos básicos de nutrição, guias alimentares, nutrição dietética em diferentes ciclos biológicos, dietas hospitalares de rotina, suporte nutricional enteral e parenteral (PPP/2006). Encontra-se inserida no primeiro currículo do curso, de 1949, porém com nomenclatura de Nutrição e Dietética. Define basicamente o assunto e utiliza bibliografia associada à Enfermagem, além de fundamentos das ciências nutricionais.

Sendo uma disciplina que é recorte do curso de Nutrição, colabora para a formação do enfermeiro, no sentido de compreensão do assunto com enfoque nessa temática. A Enfermagem consegue englobar, em suas atribuições, a observação de situações que necessitam de outro profissional, e os conhecimentos básicos de outras disciplinas facilitam a interdisciplinaridade. É por essas técnicas de poder/saber inseridas no currículo que é possível corporificá-lo por meio de outros conteúdos que aprimoram o aprendizado do enfermeiro.

Sendo a interdisciplinaridade no SUS um grupo de disciplinas conexas ou de profissionais cujas relações não são definidas a partir de uma hierarquia superior ocupada por uma dessas disciplinas ou profissionais, proporciona-se um aprendizado mútuo que não se efetua apenas por mais uma soma ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos, pois têm um objeto em comum. Isso é diferente da multidisciplinaridade, que se refere a um campo onde existe um conjunto de disciplinas ou profissionais que tratam de uma dada questão específica de cada área, problema ou assunto, estabelecendo entre si relações no

campo técnico ou científico e estando inseridos no mesmo campo temático, mas cada um é responsável por uma parte do objeto. Por exemplo, profissionais que estão inseridos no mesmo campo temático “hospital”, mas cada um é responsável pela sua atuação, como é o caso das especialidades (ALMEIDA FILHO, 2005). A tecnologia aqui realizada é de anátomo-política, sendo necessária a amplitude de tecnologias biopolíticas, na medida em que o corpo não é mais apenas um conjunto de órgãos/sistemas vistos separadamente.

Assim, cria-se a necessidade de corporificar a atuação da interdisciplinaridade, por exemplo, considerar as questões nutricionais como parte de marcas inscritas no corpo. Faz-se uma recombinação de assuntos e problemas necessários para a atuação do profissional enfermeiro. Entretanto, essa tecnologia biopolítica torna possível a construção no campo do discurso da Saúde Coletiva, na assistência prestada a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que vai ao encontro do que discutimos sobre a interdisciplinaridade, possibilitando uma inserção de disciplinas colaborativas na tecnologia interdisciplinar no campo da saúde.

É necessário abordar as funções administrativas do enfermeiro, sabendo que determinadas disciplinas já inserem este aprendizado, contemplando o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação, conforme relata o artigo 8º do Decreto n. 94.406/1987, como atribuição do enfermeiro (BRASIL, 1987). Neste contexto, o PPP/2006 menciona que a disciplina Enfermagem em Administração hospitalar direciona este assunto, abrangendo os recursos humanos, dimensionamento de pessoal de Enfermagem, recursos materiais, conhecimento da Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, normas e rotinas em âmbito hospitalar (BRASIL, 1987). Diferentemente do conhecimento sobre a Enfermagem por leigos, as atividades foram se modificando e criando suas próprias atribuições, desde a atuação de Florence Nightingale, com dois tipos de formação profissional, conforme discutido anteriormente: as *ladies*, que desempenhavam o papel de administração, direção e controle dos serviços de enfermagem, e as *nurses*, que eram subordinadas às *ladies* e se responsabilizavam pelos procedimentos e habilidades a serem executadas (MACHADO, W., 2002b). Surge a organização do trabalho em equipe, e a Enfermagem adquire este atributo, de maneira que estas características constroem um profissional com ênfase na organização dos serviços e das instituições, diferenciando aquela Enfermagem que assumiu o papel de subalterna à Medicina, por suas atribuições serem, de certa forma, “autorizadas” pelo médico

(RIZZOTTO, 1999). Também devido à prática médica ser construída sob um discurso Biomédico, voltado ao curar, e não ao cuidar, foi possível que a medicina tivesse maior destaque na história da Enfermagem.

Das bibliografias utilizadas, observa-se que as referências são direcionadas para Administração da Enfermagem, liderança e organização no trabalho e gerenciamento. Percebe-se que a Enfermagem começa a especificar seu campo de trabalho por meio da bibliografia utilizada, que aborda as atividades voltadas à Enfermagem, e não mais aos demais cursos. Os enfermeiros começam a utilizar livros específicos do campo da Enfermagem, colaborando para a formação. Isso é possível devido aos movimentos pré-Constituição de 1988, que visavam à saúde da população, coletiva e individualmente, a partir do movimento sanitário, que surge com o objetivo de empreender a reforma da saúde na lógica da participação popular. A partir da Reforma Sanitária, houve a mudança do modelo médico assistencialista, possibilitando um grande avanço na concretização do modelo de Saúde Coletiva (BRASIL, 2007). Com esses acontecimentos, a Enfermagem de hoje tem um campo de diferenciação da medicina, originado dos movimentos ocorridos, daí surgindo atribuições que levaram a mecanismos constituintes das atribuições do profissional enfermeiro, possibilitando uma profissão não mais subalterna à Medicina, mas diferente dela.

Assim, essa Área de Conhecimento exerce atividades de cunho biomédico, demonstrado pelas práticas de Enfermagem executadas para o usuário/cliente/paciente dentro do ambiente considerado até então local onde as pessoas migram para a morte ou cura (FOUCAULT, 2009b). A assistência é a característica principal da operacionalização do discurso Biomédico na Enfermagem. O discurso da Saúde Coletiva é inserido após as reformas na saúde, vistas como maneira de caracterizar ainda mais o exercício da Enfermagem, pois é a partir destas reformas que a Enfermagem vai ser vista como outra ciência, e não apenas como um braço direito da Medicina. Ainda se tem o enfoque da assistência modificando e abrangendo o local de atuação e a maneira de realizar determinadas atribuições, como é o caso do SUS, com suas Políticas de Saúde.

A Área de Conhecimento Ciências da Enfermagem, nos Eixos Temáticos voltados ao curso, a disciplina Enfermagem em Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia enfoca a Sistematização da Assistência de Enfermagem, direcionada a pacientes sadias ou com patologias ginecológicas e obstétricas, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar (PPP/2006). Este enfoque demonstra que o atendimento de Enfermagem abrange os níveis de

Atenção Primário, Secundário e Terciário, levando em conta a liderança do profissional nas Unidades de Ginecologia e Obstetrícia e Urgências Neonatais, mas também ações voltadas à assistência integral da Saúde da Mulher, tanto na prevenção quanto no tratamento de patologias.

Contudo, as atividades práticas são realizadas dentro de hospitais, ficando a Atenção Primária a ser trabalhada na oportunidade do Estágio em Saúde Pública. Percebe-se que a biopolítica produzida pelo discurso da Saúde Coletiva se encontra com a dimensão espacial do discurso Biomédico-hospital, pois o humano passa a ser compreendido pelas fases do desenvolvimento, e as práticas em Enfermagem incorporam as políticas públicas voltadas para essas fases; entretanto, o exercício profissional enfatiza a atenção no ambiente hospitalar. É observado o conhecimento da mulher durante a gestação, o parto e o pós-parto. As tecnologias utilizadas são executadas mediante atividade prática no interior do hospital, isso porque o atendimento ocorre, com maior frequência, dentro de um espaço específico para prestar assistência a esse público: a maternidade.

O Ministério da Saúde divulga materiais sobre as Políticas de Saúde, como Política da Saúde da Mulher; como já foi discutido, isso é considerado como uma forma de governamentalidade para coordenar e controlar a população, não sendo esses materiais abordados ou utilizados como bibliografia da disciplina. A bibliografia utilizada tem ênfase na Enfermagem, no que se refere à assistência. As Políticas de Saúde não são especificadas na bibliografia. Portanto, o discurso Biomédico é ainda enfatizado também nesta disciplina. Sob o aspecto da governamentalidade, as Políticas de Saúde serão inseridas na formação do profissional.

A formação é com base nas atividades executadas no ambiente hospitalar, mais hospitalocêntrica, e essa estratégia caracteriza o enfermeiro. As marcas identitárias deste profissional começam a ser relacionadas com a forma de agir dentro do hospital e com seu posicionamento frente às situações emergenciais. Por outro lado, deve ser observado que, devido ao novo sistema, há necessidade de abranger o conhecimento e atuação em âmbito dos níveis de saúde primário e secundário, sob um discurso da Saúde Coletiva.

Outra disciplina trabalhada no sexto semestre, Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente, segue as diretrizes das Políticas Nacionais de Saúde, com objetivo de abordar, conforme o PPP/2006, o cuidado à criança e ao adolescente, avaliação do crescimento e

desenvolvimento infantil, estatuto da criança e do adolescente, promoção e prevenção da saúde deste público, assistência de Enfermagem nas patologias adquiridas, cálculo e administração de medicamentos. Como a Saúde da Mulher, é também criada pelo Ministério da Saúde a Política de Atenção à Saúde da Criança, sendo utilizada como bibliografia básica para ministrar esta disciplina, além de abordar referências de emergências e terapia intensiva pediátrica e também o cuidado de Enfermagem com a criança e adolescente. Isso demonstra que esta disciplina se constitui nos enfrentamentos entre o discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva, pois opera tanto com o conceito de integralidade em saúde e com as políticas específicas, quanto com uma racionalidade voltada para a cura e taxionomias do desenvolvimento humano.

A inserção dos materiais do Ministério da Saúde na bibliografia básica desta disciplina demonstra a modificação sendo realizada, e a modificação do acadêmico ao começar a utilizar outras fontes de pesquisa, como os materiais do Ministério da Saúde. Estes, como tecnologia de poder, modificam o modo de pensar das pessoas, vendo-se a necessidade de trabalhar com outras fontes bibliográficas. Assim, a utilização em sala de aula interpela o acadêmico para modificar sua formação e caracterizar a Enfermagem como ciência, não se baseando apenas no modelo considerado da medicina e tendo-se a Enfermagem como um terceiro espaço na construção de outros discursos.

No que se refere às Políticas Públicas de Saúde, podemos verificar que o conhecimento frente ao conteúdo do SUS opera na formação a partir do terceiro ano. Isso possibilita a inserção do discurso Biomédico no início do curso, tendo marcas iniciais em saúde sobre este contexto do discurso para, no final da formação, começar a apontar o SUS como organizador de práticas de Enfermagem. Para Ceccim, Armani e Rocha (2002), as políticas de desenvolvimento e formação devem estar estruturadas com as Instituições de Ensino Superior e com os gestores de saúde, como forma de integração de ensino-serviço, também buscando uma estrutura com a escola-comunidade e formação humanística.

O Estágio Supervisionado Hospitalar é dividido também em duas etapas no sétimo e oitavo semestres. O Estágio Supervisionado surgiu a partir da criação de Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem, criados pela ABEn em 1994 como forma de discutir a melhoria do ensino superior de Enfermagem. No entanto, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Enfermagem foram construídas e aprovadas pelo MEC brasileiro, concebendo o Estágio Curricular necessário para o acadêmico desenvolver

competência com o cuidar, gerenciar, educar e pesquisar (COSTA; GERMANO, 2007). Porém, as Associações e Conselhos não têm competência para determinar diretrizes para atuação das Instituições de Ensino Superior, cabendo-lhes apenas a fiscalização do exercício profissional, que será executado após a formação acadêmica (BRASIL, 2007). Por outro lado, elas têm a responsabilidade de fiscalizar as atuações de profissionais – enfermeiros docentes - no âmbito das Instituições de Ensino Superior. É por meio destas diretrizes traçadas pelo Conselho e das sugestões oferecidas pelas Associações que a profissão se delinea.

O Estágio Supervisionado tem o foco tanto assistencial quanto administrativo, por ressaltar a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos nas Instituições de Ensino, realizando a assistência de Enfermagem em diferentes unidades hospitalares. Enfatiza o processo de cuidar do enfermeiro também no espaço do hospital, explanando a educação continuada com a equipe e lembrando a questão administrativa envolvida no estágio do oitavo semestre. Por meio da bibliografia básica, observa-se o embasamento do Gerenciamento em Enfermagem e a Liderança (PPP/2006). Ambos os semestres, ou o último ano de formação, exigem a prática do estágio supervisionado, mas o enfoque é diferenciado, segundo assistência e administração, conforme o artigo 8º, da Lei n. 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem – organização e direção dos serviços de Enfermagem, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem (BRASIL, 1986).

O acadêmico é interpelado pelas ferramentas encontradas, por exemplo, na bibliografia, no local de estágio, nas relações estabelecidas com a equipe onde realiza o estágio, no posicionamento e tomada de decisões do enfermeiro que o supervisiona, no relacionamento com o usuário/cliente/paciente. Portanto, são essas ferramentas que possibilitam a construção de novas marcas identitárias, pois tornam possível a relação dos discursos Biomédico e Saúde Coletiva. Tal relação entre os discursos estabelece certas formas de trabalho e corporifica o modo de pensar e de atuar a partir das relações existentes.

Muito mais do que o administrativo, os cuidados assistenciais refletem todo o conhecimento, técnicas, habilidades, atitudes, competências que o enfermeiro deve executar para com o usuário/cliente/paciente. A partir da avaliação realizada pelo enfermeiro, verifica-se a necessidade de se prestar a assistência individual, no entanto, tendo um olhar para o coletivo. Assim, demonstra-se que a assistência é mais valorizada em todos os momentos do curso, caracterizando uma marca profissional assistencialista.

O currículo, como macrotexto ou microtexto, tem suas diretrizes baseadas nas relações sociais, nas relações de poder/saber (SILVA, 2006), conforme refere o Relatório Goldmark (1923), documento que repercute todo o mecanismo de poder disciplinar e que padronizou os currículos das escolas, permitindo a construção de outros possíveis currículos. O Relatório Goldmark (1923) organiza a formação de modo a separar o conhecimento da prática e as práticas entre si, o que demonstra que a operacionalização do currículo, mesmo voltado ao estágio (sétimo e oitavo semestres), seja em Unidades de Saúde ou no ambiente Hospitalar, reforça um discurso Biomédico, que também separa, fragmenta, divide para melhor otimizar.

No currículo de 1949, não consta a disciplina de Estágio Supervisionado como nomenclatura, mas era conhecida como Enfermagem em diversas clínicas. O artigo 7º, parágrafo único, do Decreto n. 27.426/1949, descreve-se que cada estágio terá a duração mínima de quinze dias, abrangendo atendimentos de homens e mulheres, além do estágio noturno, executado no período de sete dias (BRASIL, 1949a). Isso foi possível a partir do Relatório Flexner (1910), que modificou o modelo de formação dos médicos, por exigir práticas em laboratórios com instalações adequadas, desenvolvendo a parte teórica e depois a parte prática. Mais tarde, pelo Relatório Goldmark (1923), foi possível a modificação da duração dos cursos.

Observa-se que, nos últimos anos, o acadêmico está inserido no interior das unidades de serviço de saúde, e não mais diretamente em sala de aula, como vinha acontecendo. Isso ocorre também com o Estágio Supervisionado em Saúde Pública I e II, sendo divididos em duas etapas. A primeira etapa engloba as Políticas Públicas voltadas ao indivíduo no ciclo vital, a organização do SUS e da Atenção Básica ou Nível Primário, a assistência de Enfermagem ao indivíduo e à família. A educação em saúde (PPP/2006) é também aqui explanada no que se refere ao indivíduo, à família e à coletividade, executando-se uma prática de biopolítica. É importante analisar que as fragmentações ocorrem na construção do currículo, quando se pensa em inserir determinadas disciplinas num período e não em outro. Fragmentar esses assuntos vem em contrapartida ao conhecimento de biopolítica. Foucault (2009b) menciona ter a população como algo que irá investir na forma de viver, de modo que, das taxionomias do corpo-máquina, se constituem taxionomias das formas de viver da população, bem como de ciclos vitais dessa população. No ato de fragmentar e dividir, insere-se a prática do discurso Biomédico neste semestre, possibilitando a construção de práticas de Enfermagem na lógica da biopolítica.

Na segunda etapa, o conhecimento sobre SUS, Atenção Primária à Saúde, Pactos pela Saúde e Organização e Gerenciamento em Serviços de Saúde (PPP/2006) são citados na referência bibliográfica como forma de o acadêmico ter um direcionamento referente à sua atuação no estágio, desenvolvendo atividades que se baseiam no conhecimento já adquirido.

No currículo de 1949, o estágio em serviço de Saúde Pública tinha duração mínima de três meses, sendo que o atual tem 33 dias, tanto no sétimo quanto no oitavo semestre, demonstrando que a carga horária foi modificada, mas o estágio permanece como necessário para a prática de formação do profissional.

A partir da disciplina, observa-se que a Enfermagem também se encontra nas microlutas entre Saúde Coletiva e Biomédico, de forma que as atividades executadas passam a ser produzidas pelas bibliografias por meio dos direitos e deveres de uma coletividade, referindo-se às bases da Saúde Coletiva. A dicotomia engendrada pela organização do currículo entre esses campos proporciona a reflexão sobre um discurso da Saúde Coletiva, relacionada com a população e a sociedade, tornando possível a construção de um campo de Saúde Pública voltado às Políticas Públicas inseridas no discurso da Saúde Coletiva. Assim, pode-se pensar que os confrontos se tornam necessários para que a formação possa construir outras marcas identitárias e ter a Enfermagem como profissão que se baseia em diversas maneiras de seguir determinadas estratégias.

Ter a Saúde Pública inserida no discurso da Saúde Coletiva demonstra que as atividades produzidas por este discurso vêm se corporificando nas Instituições de Ensino Superior e nos profissionais, construindo possibilidades de articulação cada vez maior com as Políticas Públicas de Saúde.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Por meio desta pesquisa, foi possível concluir que a construção histórica das marcas que foram sendo elaboradas na Enfermagem, mas precisamente no profissional enfermeiro. Marcas estas que demonstraram atribuições antes executadas de maneira caritativa, voltadas para a atenção caridosa, exercidas no início por mulheres religiosas. Assim as nomenclaturas (diáconos/diaconisas, *ladies/sisters/nurses*, enfermeira visitadora/sanitarista, enfermeira padrão, enfermeiro/técnico e auxiliar de enfermagem) determinam as maneiras de seguir as funções, como a assistência que a Enfermagem realizava para com a Medicina. O atendimento individual, caritativo, tem como objetivo principal a cura de doenças em ambiente hospitalar, produzindo o discurso Biomédico.

Mais tarde, a Enfermagem modifica suas atribuições por meio das relações de poder/saber, começando a atuar no âmbito da prevenção e promoção da saúde; com isso, a cura de doenças deixa de ser o objetivo principal da profissão, e inicia-se outra realidade. A função da Enfermagem passa a ser direcionada para o campo assistencial, realizado na Atenção Básica pelas Políticas Públicas, com ampla atuação administrativa dos diversos setores e da equipe de Enfermagem, que veio a modificar as práticas. Por questões científicas, ou melhor, técnicas, outras categorias ampliaram-se, e a Enfermagem foi sendo subdividida de acordo com as funções e atribuições. Isso passa a ser incluído nos currículos do curso de Enfermagem, transformando as maneiras de formar profissionais com práticas curativistas e individualistas e começando a utilizar ferramentas voltadas para a formação na Atenção Básica, com foco na prevenção, e não na cura de doenças.

As marcas identitárias encontradas nesta pesquisa por meio da análise dos materiais indicaram a construção de profissionais com características baseadas em um discurso Biomédico e em um discurso da Saúde Coletiva. Isso possibilitou a construção da ciência em Enfermagem como marca identitária de uma profissão científica como a Medicina, mas que possui características próprias para uma identidade de Enfermagem, além de possibilitar o discurso dos enfrentamentos entre o modelo Biomédico e Saúde Coletiva.

Mediante marcas identitárias como a assistência prestada pelo profissional enfermeiro, pode-se considerar que a Enfermagem é reconhecida na função de assistir o paciente. A Enfermagem torna-se necessária para a continuação de práticas da Medicina, devido ao objeto da profissão ser o cuidar e o curar. A assistência vem ao encontro do conhecimento da doença, reconhecendo-se a Enfermagem de modo que a assistência é prestada a todo usuário/cliente/paciente.

Ao nos referirmos à palavra enfermeiro ou enfermagem, já se tornou possível a construção da marca identitária deste profissional. Tais palavras, voltadas ao enfermo, ao indivíduo doente, demonstram a construção do sujeito sob o discurso Biomédico. Por outro lado, as palavras determinam a habilidade do profissional no cuidar, sendo este o objeto da profissão e uma marca identitária.

O enfermeiro, no contexto das suas atribuições, tem o enfoque no gerenciamento, no planejar, coordenar, liderar, supervisionar. Estas são características determinantes para a profissão e estão em constante aprimoramento.

As marcas identificadas, como a assistência do enfermeiro direcionada ao indivíduo enquanto portador da doença, o modelo individualista e as práticas curativas, persistem por um período de quatro anos na lógica do discurso Biomédico, tratando-se das disciplinas, mecanismos e estratégias utilizadas durante este período, por assim dizer, com maior ênfase até o quinto semestre. Por considerar a história da profissão, sua genealogia repercute até os dias de hoje em marcas como as práticas curativas, desenvolvidas em ambientes hospitalares, no caso de disciplinas como Enfermagem em Clínica, Enfermagem em Cirúrgica e Enfermagem em Pronto Socorro. São práticas voltadas para a enfermidade do corpo, sendo desenvolvidas em ambientes hospitalares. Essas práticas são desenvolvidas individualmente, direcionadas à doença; não são vistas como assistência na ótica da coletividade e buscam o indivíduo portador da doença.

O discurso da Saúde Coletiva tem ênfase a partir de marcas que estão despontando para uma nova Enfermagem. Devido ao novo modelo de saúde no país, está sendo possível a inserção deste discurso com mais aplicabilidade. As estratégias e os mecanismos têm enfoque sob a governamentalidade do Ministério da Saúde, órgão que determina as políticas de saúde sob o olhar da biopolítica. Assim, as marcas deste discurso da Saúde Coletiva baseiam-se, por exemplo, na organização dos serviços sob a lógica da população, onde se desenvolvem as práticas executadas pelos programas de saúde criadas pelo Ministério da Saúde por meio das políticas.

Além das práticas desenvolvidas, o cuidado ou a assistência a ser prestada ao usuário/cliente/paciente/família/comunidade devem ser realizados a partir da lógica do modelo de saúde, o SUS, nos níveis primário, secundário e terciário, com o propósito de prevenção da doença, promoção e proteção do indivíduo, família e comunidade. Estas práticas

têm um foco direcionado ao deixar viver, não no deixar morrer. Assim, as práticas tidas como discurso da Saúde Coletiva consideram ainda as maneiras de saber realizar suas atribuições na lógica da coletividade, não do indivíduo portador da doença, mas do indivíduo e sua família, do indivíduo e sua comunidade. Enquadram-se aí, por exemplo, as disciplinas de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Educação em Saúde.

A Enfermagem está sendo construída sob discursos, considerado até o momento, como Biomédico e de Saúde Coletiva. Porém, no que se refere ao Construcionismo, é necessário pensar que esta profissão vem constituir-se com outras marcas identitárias. Desse modo, podem-se considerar outras modificações nos currículos do curso de graduação em Enfermagem.

O estudo demonstrou que, sob a lógica do Construcionismo Social, a Enfermagem é campo de construção de sujeitos e objetos, portanto, de marcas identitárias. Marcas que demonstram que os discursos encontrados no currículo estão em processo de construção de novas marcas identitárias. Nessa construção, foi possível identificar enfrentamentos do discurso da Saúde Coletiva e do discurso Biomédico. Tais enfrentamentos são encontrados no currículo nas disciplinas Semiologia e Semiotécnica, Sistematização da Assistência em Enfermagem, Enfermagem em Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

Nesta perspectiva, a proveniência destes discursos foi possível a partir de mecanismos como poder/saber/marcas identitárias. Foi com base na genealogia da Enfermagem que se abordaram os acontecimentos que influenciaram o currículo de 1949. As tecnologias utilizadas para a formação em Enfermagem, num primeiro momento, focalizaram as práticas curativas sob o discurso Biomédico. Houve a reformulação de currículos, até se caracterizar como currículo mínimo disposto na Portaria MEC n. 1.721/1994, e se transformar no currículo da Instituição de 2006-2009, que se utilizou de áreas temáticas como as Ciências Biológicas e Ciências Humanas. Em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais foram construídas e aprovadas pelo MEC e vêm atuando até os dias de hoje. O currículo mínimo de 1994 tornou possível a construção do currículo Institucional de 2006-2009, constituído pelos discursos Biomédico e da Saúde Coletiva. Isso ocorreu a partir de acontecimentos como a Reforma na saúde, com a inserção do SUS como novo modelo de saúde no Brasil. Dessa maneira, abriu-se um leque de modificações na Enfermagem, com novas formas de trabalhar em saúde e novas formas de trabalhar e fazer Enfermagem.

Essas ferramentas são identificadas como práticas discursivas encontradas nesta pesquisa, relacionadas com as disciplinas realizadas em ambiente hospitalar, com foco nas práticas individualista e curativista. Por outro lado, é identificada a prática realizada em Atenção Básica, que atende às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, com o objetivo de prevenção e promoção da saúde. O currículo, assim, é transformado e produz novas marcas identitárias do profissional enfermeiro.

Portanto, os discursos que tornaram possível a formação do profissional de Enfermagem são o discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva. Foram considerados os enfrentamentos destes discursos, que possibilitam a formação do profissional – uma formação que é constituída por ambos os discursos, ou seja, por uma relação de tensionamento entre eles. As principais características da formação em Enfermagem estão ligadas a profissionais direcionados à prática do cuidado individual e curativista, além de considerarem também a prática de atendimento ao indivíduo de maneira integral, à sua família e à comunidade, com ações de prevenção e promoção em saúde. As características das políticas pedagógicas demonstram que o discurso Biomédico ainda é encontrado na formação do profissional e vem de encontro ao discurso da Saúde Coletiva, que caracteriza profissionais constituídos pelas Políticas Públicas de Saúde. As práticas discursivas presentes na formação do enfermeiro são consideradas como relações de poder/saber existentes na profissão, nas políticas curriculares, nas marcas identitárias já formadas pela profissão, que tanto permanecem quando associadas a um discurso Biomédico quanto se transformam quando articuladas por um discurso da Saúde Coletiva.

É importante enfatizar que, diante da necessidade mercadológica e da saúde, as Instituições de Ensino Superior terão que modificar o currículo do curso. Há ainda discussões sendo realizadas, ou melhor, as relações de poder/saber vêm se modificando na área da saúde, como na elaboração de Políticas tanto para a formação quanto para a população. Isso repercute na formação do enfermeiro, na construção de novas Políticas de Saúde, como a Política de Saúde do Idoso, a Política de Saúde do Homem e a Política de Humanização e Acolhimento.

Há que se discutir que outros currículos estão sendo modificados, e vale a pena considerar a inserção do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE), do Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, elaborado em conjunto com a Secretaria de Educação

Superior e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação, como um programa que busca uma formação integrada ao serviço público de saúde. Demonstra-se que os acadêmicos serão formados para interagir mais nos atendimentos prestados, determinando sempre o trabalho em equipe e valorizando a qualidade da assistência integralmente. Portanto, o estudo possibilita o conhecimento de marcas identitárias que estão sendo construídas e colabora com as Instituições de Ensino em Enfermagem para que possíveis modificações possam ser realizadas, caso outras marcas sejam trabalhadas, desenvolvendo tecnologias necessárias para caracterizar outros profissionais.

A Enfermagem encontra-se no interstício de outros campos de formação, e os discursos encontrados neste trabalho foram o discurso Biomédico e o discurso da Saúde Coletiva. Essa construção é possível a partir das estratégias traçadas pelas Instituições de Ensino Superior, que têm como responsabilidade a formação de profissionais e, portanto, de novas marcas identitárias.

Ao colocar-se em análise a formação do enfermeiro, a partir de ferramentas conceituais que forjam o campo da Psicologia Social de cunho construcionista, possibilitou-se um exercício de inflexão sobre as marcas que constituem as formas de trabalhar, mas, sobretudo, os modos como a Enfermagem produz, mediante as políticas curriculares, a própria maneira de o profissional trabalhar, reconhecer-se e ser reconhecido como enfermeiro. Essas marcas identitárias engendradas na articulação do discurso Biomédico com o da Saúde Coletiva permitem que sejam pensadas não apenas como representações do profissional, mas como corporificação que produz a própria forma como o enfermeiro se relaciona e como percebe a si mesmo, ou seja, os modos de subjetivação constituídos pelo campo da saúde e as políticas curriculares da profissão.

Por meio desta pesquisa, percebe-se que outras marcas podem ser construídas e que a Enfermagem pode ser uma profissão cada vez mais diferenciada. Para o próximo trabalho, proponho a análise de currículos do curso de Enfermagem em diferentes Estados, trabalhando com as mesmas ferramentas, no sentido de analisar a formação dos profissionais de acordo com a cultura local, dando sequência a esta pesquisa com o objetivo de observar os discursos formados.

## **REFERÊNCIAS**

---

ALBUQUERQUE, V. S. et al. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 261-272, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a03v1331.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Estatuto da Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://www.abennacional.org.br/download/Estatuto\\_ABEn\\_.pdf](http://www.abennacional.org.br/download/Estatuto_ABEn_.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BHABHA, H. K. *O local da cultura*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

BORGES, C. C. *O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas*. 2007. 195 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer n. 33, de 1º de fevereiro de 2007. Consulta sobre a carga horária do curso de graduação em Enfermagem e sobre a inclusão do percentual destinado ao Estágio Supervisionado na mesma carga horária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 ago. 2007. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces033\\_07.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces033_07.pdf)>. Acesso em: 8 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para educação permanente em saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 8 jun. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF: Senado, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=131186&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 5 set. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm)>. Acesso em: 5 set. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Rio de Janeiro, 19 dez. 1949a. Revogado pelo Decreto n. 99.678, de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D27426.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D27426.htm)>. Acesso em: 5 set. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Rio de Janeiro, 13 ago. 1949b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=106735&tipoDocumento=LEI&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 5 set. 2009.

CASTAÑÓN, G. A. Construcionismo social: uma crítica epistemológica. *Temas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 67-81, 2004.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. R. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução n. 271, de 12 de julho de 2002*. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4308>>. Acesso em: 8 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Resolução n. 159, de 19 de abril de 1993*. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em: 8 mar. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

COSTA, L. M.; GERMANO, R. M. Estágio curricular supervisionado na graduação em Enfermagem: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 706-710, 2007.

CURRÍCULO. In: ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. *Dicionário escolar da língua portuguesa*. 2. ed. São Paulo: IBEP Nacional, 2008. p. 386.

DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma*

teoria. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 61-90.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 328-331, 2006.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009a.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2009b.

\_\_\_\_\_. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. *Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. v. 4. (Ditos e Escritos).

FREIRE, M. A. M.; AMORIM, W. M. A enfermagem de Saúde Pública no Distrito Federal: a influencia do relatório Goldmark (1923 a 1927). *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 115-124, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Online. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/pdf/escenfan.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2010.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 91-118.

GEOVANINI, T. O Desenvolvimento Histórico das Práticas de Saúde. In: GEOVANINI, T. et al. (Orgs.). *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002a. p. 5-28.

\_\_\_\_\_. A enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. et al. (Orgs.). *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002b. p. 29-48.

GERGEN, K. J. O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Rev. Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, v. 6, n. 1. p. 229-325, 2009.

GERSCHMAN, S. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 119-138.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

\_\_\_\_\_. Quem precisa da identidade? In: SILVA, T. T. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 103-133.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 15-46, 1997.

HAMMOUTI, N. E.; ÍÑIGUEZ, L. A pós-modernidade: o novo Zeitgeist de nosso tempo. In: MARTINS, J. B. (Org.). *Temas em análise institucional e em construcionismo social*. São Carlos: RIMA; Curitiba: Fundação Araucária, 2002a. p. 101-126.

\_\_\_\_\_. Construcionismo social e psicologia social. In: MARTINS, J. B. (Org.). *Temas em análise institucional e em construcionismo social*. São Carlos: RIMA; Curitiba: Fundação Araucária, 2002b. p. 127-156.

\_\_\_\_\_. A análise do discurso. . Construcionismo social e psicologia social. In: MARTINS, J. B. (Org.). *Temas em análise institucional e em construcionismo social*. São Carlos: RIMA; Curitiba: Fundação Araucária, 2002c. p. 157-167.

IBÁÑEZ-GRACIA, T. O “giro lingüístico”. In: ÍÑIGUEZ, L. (Coord.). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 19-49.

IBÁÑEZ, T. *Psicología social construcccionista*. Guadalajara: Universidade de Guadalajara, 1994.

ÍÑIGUEZ, L. Os fundamentos da análise do discurso. In: ÍÑIGUEZ, L. (Coord.). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 50-104.

JÓDAR, F.; GÓMEZ, L. Experimentar o presente: sobre a conformação de novas identidades. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 139-153, 2004.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.

LATOUR, B.. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: EDUSC, 2001.

LIRA, N.; BOMFIM, M. E. S. *História da enfermagem e legislação*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

MACHADO, R. *Deleuze, a arte e a filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009a.

\_\_\_\_\_. Introdução: por uma genealogia do saber. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2009b. p. vii-xxiii.

MACHADO, W. C. A. A enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. et al. (Orgs.). *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002a. p. 301-314.

\_\_\_\_\_. O trabalho no setor saúde. In: GEOVANINI, T. et al. (Orgs.). *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002b. p. 279-290.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 39-64.

- MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.
- MOREIRA, A. A profissionalização da enfermagem. In: OGUISSO, T. (Org.). *Trajatória histórica e legal da enfermagem*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007. p. 98-119.
- NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1.556-1.564, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/10.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.
- OGUISSO, T. Os precursores da enfermagem moderna. In: OGUISSO, T. (Org.). *Trajatória histórica e legal da enfermagem*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007. p. 30-57.
- OLIVEIRA, B. G. R. B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 60-67, 2006.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROSA, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 288-316, 1998.
- PAIXÃO, W. *Páginas da história da enfermagem*. e. ed. Rio de Janeiro: B. Buccini, 1960.
- RIZZOTTO, M. L. F. *História da enfermagem e sua relação com a Saúde Pública*. Goiânia: AB, 1999.
- SILVA, E. V. M. et al. *A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar*. Brasília, DF: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS, 2008.
- SILVA, T. T. *O currículo como fetiche: a poética e a política do texto curricular*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- \_\_\_\_\_. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, T. T. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 73-102.
- WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. T. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-72.
- STROEBE, W.; STROEBE, M. S. *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.
- SUGIZAKI, E. Da anátomo política a biopolítica. In: SOUZA, R. T. S.; OLIVEIRA, N. F. *Fenomenologia hoje III: bioética, biotecnologia, biopolítica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 183-200.
- VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 139-156.



## ANEXO A - Legislação pertinente

**ARTIGO 5º DO DECRETO N. 27.426/1949**

Do curso de enfermagem

Art. 5º- No curso de enfermagem, será ministrado o ensino de:

1ª Série:

I – Técnica de enfermagem, compreendendo:

- 1) Economia hospitalar
- 2) Drogas e soluções
- 3) Ataduras
- 4) Higiene individual

II – Anatomia e Fisiologia

III – Química biológica

IV – Microbiologia e Parasitologia

V – Psicologia

VI – Nutrição e Dietética

VII – História da Enfermagem

VIII – Saneamento

IX – Patologia Geral

X – Enfermagem em Clínica Médica

XI – Enfermagem em Clínica Cirúrgica

XII – Farmacologia e Terapêutica

XIII – Dietoterapia

2ª Série:

I – Técnica de sala de operações

II – Enfermagem em doenças transmissíveis e tropicais

III – Enfermagem em Tisiologia

IV – Enfermagem em doenças dermatológicas, sífilis – gráficas e venéreas.

V – Enfermagem em clínica ortopédica, fisioterápica e massagens

VI – Enfermagem em clínica neurológica e psiquiátrica

VII – Enfermagem em socorros de urgência

VIII – Enfermagem em clínica urológica e ginecológica

IX – Sociologia

X – Ética (ajustamento profissional)

3ª Série:

I – Enfermagem em clínica otorrinolaringológica e oftalmológica

II – Enfermagem em clínica obstétrica e Puericultura neo-natal

III – Enfermagem em clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil

IV – Enfermagem em saúde pública, compreendendo:

Epidemiologia e Bioestatística

Saneamento

Higiene da criança

Princípios de Administração Sanitária

V – Ética (ajustamento profissional)

VI – Serviço Social

## ANEXO B - Projeto Político Pedagógico/2006 da instituição em estudo

<b>MATRIZ CURRICULAR</b>
--------------------------

<b>Área de conhecimentos</b>	<b>Eixos temáticos</b>	<b>Disciplinas</b>
Ciências Biológicas da Saúde	Nutrição Biologia  Fisiologia  Morfologia  Patologia	Educação Alimentar Citologia Genética Histologia e Embriologia Bioquímica Biofísica Fisiologia Farmacologia Anatomia I Anatomia II Microbiologia Imunologia Patologia Parasitologia
Ciências Humanas e Sociais	Exercício da Enfermagem  História da Enfermagem  Psicologia Construção do Conhecimento Sociologia e Antropologia	Legislação e Exercício Profissional Ética e cidadania História e Introdução à Enfermagem Psicologia da Saúde Educação em Saúde Metodologia Científica Ciências Sociais aplicadas à Enfermagem
Ciências Humanas e Sociais	Exercício da Enfermagem  História da Enfermagem  Psicologia Construção do Conhecimento Sociologia e Antropologia	Legislação e Exercício Profissional Ética e cidadania História e Introdução à Enfermagem Psicologia da Saúde Educação em Saúde Metodologia Científica Ciências Sociais aplicadas à Enfermagem

<b>Área de conhecimentos</b>	<b>Eixos temáticos</b>	<b>Disciplinas</b>
Ciências da Enfermagem	Fundamentos de Enfermagem	Bioestatística Epidemiologia Semiologia e Semiotécnica Suporte Básico de Vida Sistematização da Assistência Biossegurança Enfermagem em Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia Enfermagem em Saúde Coletiva Enfermagem em Saúde Mental Enfermagem Clínica Enfermagem Cirúrgica Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente Enfermagem em Central de Material Esterilizado e Centro Cirúrgico Enfermagem em Pronto Socorro Enfermagem em Doenças Transmissíveis
	Administração em Enfermagem	Enfermagem em Administração de Saúde Pública
	Ensino em Enfermagem	Enfermagem em Administração Hospitalar Educação Continuada em Enfermagem
	Disciplinas Diversificadas	Cultura Teológica Doutrina Social Cristã
Trabalho de Conclusão de Curso	Elaboração de Monografia	TCC I TCC II
Estágio Supervisionado	Estágio Supervisionado	Estágio Supervisionado Hospitalar I Estágio Supervisionado Hospitalar II Estágio Supervisionado em Saúde Pública I Estágio Supervisionado em Saúde Pública II
Atividades Complementares	Atividades Complementares	Atividades Complementares