



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**FORMAÇÃO CIDADÃ DO ENFERMEIRO:
ESTUDO COMPARATIVO SOBRE A CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO
PARA A CIDADANIA, NA FORMAÇÃO GRADUADA, EM PORTUGAL E
NO BRASIL (CIDADE DE SÃO PAULO)**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem,
na especialidade Educação em Enfermagem

Por
Christian de Paul de Barchifontaine

Instituto de Ciências da Saúde
Outubro, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**FORMAÇÃO CIDADÃ DO ENFERMEIRO:
ESTUDO COMPARATIVO SOBRE A CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO
PARA A CIDADANIA, NA FORMAÇÃO GRADUADA, EM PORTUGAL E
NO BRASIL (CIDADE DE SÃO PAULO)**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem,
na especialidade Educação em Enfermagem

Por Christian de Paul de Barchifontaine

Sob orientação da Sra. Profa. Dra. Margarida Vieira (UCP) e

Sob orientação da Sra. Profa. Dra. Elma Zoboli (USP)

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2012

*“Eu vim para que todos tenham vida e a
tenham em abundância” Jo, 10, 10*

*“O amor busca o saber, a técnica e a
ciência para melhor servir” São Camilo de Lellis*

DEDICATÓRIA

A Deus, pela vida.

À Enfermagem, por ser a arte do cuidar holisticamente de pessoas humanas inseridas num contexto sociopolítico e cultural bem definido.

Ao Pe. Leo Pessini, Provincial da Província Camiliana Brasileira e Presidente das organizações camilianas, pela irmandade no trabalho, pela caminhada bioética e pelo incentivo na pesquisa.

À Doutora Margarida Vieira, pela oportunidade de realização do doutoramento em enfermagem e pela sábia orientação desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Universitário São Camilo.

À Universidade Católica Portuguesa.

À Província Camiliana Brasileira.

À Doutora Elma Zoboli, co-orientadora desta pesquisa, pelos preciosos conselhos no decorrer do trabalho.

À Mestre Sônia Maria Soares Rodrigues Pereira, pela dedicação na organização dos dados da pesquisa.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade para a partilha da riqueza de sua experiência profissional, ao responder ao questionário.

À Profa. Leda Virgínia Moreno e ao Davi Tavares, pela cuidadosa revisão deste trabalho.

RESUMO

Motivado pela familiaridade com a bioética e entendendo que o enfermeiro é um profissional da saúde comprometido com a cidadania, propusemos o presente estudo, que explora a força da bioética como ponte para a formação cidadã do enfermeiro. Investigamos como o ensino da bioética na licenciatura / graduação de enfermagem pode contribuir para formar um enfermeiro comprometido com a saúde da população. Esse compromisso vai além do cuidado nas instituições, abrangendo, também, as condições sociopolíticas e económicas que determinam a saúde das pessoas. As perguntas de investigação foram: Qual o preparo dos docentes para lidar com a bioética e a cidadania na formação dos futuros profissionais? Quais as concepções de bioética e cidadania dos docentes de bioética na formação dos futuros profissionais? As estratégias e conteúdos de enfermagem usados no ensino da bioética podem contribuir para formar enfermeiros comprometidos com a saúde no sentido amplo, incorporando a face política? O pano de fundo desse estudo foi a formação do enfermeiro, enquanto profissional de saúde, e o seu preparo cidadão durante a formação inicial na graduação. Os objetivos foram: reconhecer as pontes e barreiras para a formação do enfermeiro cidadão entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal; averiguar as concepções de saúde, bioética e cidadania entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, em ambos os locais; analisar e discutir o projeto político e pedagógico e as estratégias de ensino adotadas pelos docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, em ambos os locais. Foi feita uma investigação exploratória, descritiva, empírica, com abordagem quanti-qualitativa e análise documental. Os resultados apontaram para diferenças quanto às concepções de bioética e às preocupações dos docentes quanto aos conteúdos e relacionamento com o discente. Quanto às estratégias de ensino, houve aproximação na importância do uso de casos reais para a discussão. Essas diferenças entre os dois países são reflexo dos diferentes contextos e das características da génese da bioética em cada local. Consideramos que o ensino da ética é fortemente influenciado pelo contexto histórico e político; deve ser feito de maneira interativa e exige por parte do docente preparo específico em bioética e em metodologias de ensino que levem à formação crítico-reflexiva. Defendemos que é possível entender e viabilizar a bioética como ponte para o exercício da cidadania na enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; Bioética; Cidadania; Formação em Enfermagem

ABSTRACT

Spurred on the familiarity with bioethics and understanding that the nurse is a health professional committed with the citizenship, we proposed the present study, which explores the bioethics power as a link to the citizen formation of the nurse. We investigated how the education in the nursery bachelor's degree / graduation can contribute to develop a nurse committed with the population's health. This commitment pushes the institutions care, covering, also, the social-politics and economics conditions which determine people's health. The questions in the investigation were: Which is the preparing of the teachers to deal with the bioethics and citizenship in the graduation of future professionals? Which are the conceptions of bioethics and citizenship of bioethics teachers in the graduation of future professionals? The strategies and contents of nursery used in the bioethics teaching can contribute to graduate nurses committed with the health in a broad scope, incorporating the political side? The background of this study was the nurse graduation as health professional, and his/her citizen preparing during the initial formation in the graduation. The purposes were: to recognize the links and barriers to form a citizen nurse among the teachers of deontology, legislation professional, ethics and bioethics in the nursery graduation, in the city of São Paulo (Brazil) and in Portugal; to check the conceptions of health, bioethics and citizenship in the nursery graduation, in both locations; to evaluate and discuss the political-pedagogic project and the teaching strategies adopted by the teachers of deontology, legislation professional, ethics and bioethics in the nursery graduation, in both locations. It was carried out an exploratory, descriptive and empirics investigation, with quantitative-qualitative approach and document analysis. The results showed the differences concerning the bioethics conceptions and the teachers' concerns regarding the contents and relationship with the students. Concerning the teaching strategies, there was an approach in the importance of the use of real cases for discussion. Those differences between the two countries reflect different contexts and characteristics of bioethics genesis in each place. We consider that the ethics teaching is strongly influenced by the historical and political context; it should be done in an interactive way and requires a specific preparing of the teacher in bioethics and in teaching methodology which lead to a critical and reflexive formation. We defend that it is possible to understand and enable the bioethics as a link to the citizenship practice in nursery.

KEY WORDS: Nursing; Bioethics; Citizenship; Nursing Training.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos docentes, segundo área de formação e titulação, Portugal	60
Tabela 2 – Distribuição dos docentes, segundo área de formação e titulação, São Paulo (Brasil)	60
Tabela 3 – Experiência Profissional dos docentes em Portugal e em São Paulo (Brasil), segundo a média de anos trabalhados	61
Tabela 4 – Distribuição dos docentes, segundo local de trabalho em Portugal	62
Tabela 5 – Distribuição dos docentes em Portugal e em São Paulo (Brasil), segundo a quantidade de disciplinas ministradas	62
Tabela 6 – Disciplinas ministradas em Portugal	63
Tabela 7 – Disciplinas ministradas em São Paulo (Brasil)	63
Tabela 8 – Média da importância das estratégias utilizadas para transposição dos conteúdos da Ética/Bioética para a prática, em Portugal e em São Paulo (Brasil)	64
Tabela 9 – Média da importância atribuída aos elementos considerados na preparação de aulas de Ética/Bioética, em Portugal e São Paulo (Brasil) ...	65
Tabela 10 – Média atribuída às dificuldades para a implementação do Plano de Ensino proposto para a disciplina de Ética/Bioética, em Portugal e em São Paulo (Brasil)	66
Tabela 11 – Média de relevância atribuída às competências docentes para o ensino em Ética/Bioética, Portugal e São Paulo (Brasil)	67
Tabela 12 – Média da proximidade entre a concepção das afirmações apresentadas e os pontos de vista sobre o que vem a ser Bioética na opinião dos sujeitos, em Portugal e em São Paulo (Brasil)	69

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias do significado de holismo na Saúde, Portugal e São Paulo (Brasil)	71
Quadro 2 – Categorias dos significados de cidadania para um profissional de saúde, Portugal e São Paulo (Brasil)	73
Quadro 3 – Elementos que compõem cada plano de ensino das universidades do Portugal e de São Paulo (Brasil)	74
Quadro 4 – Objetivos apresentados nos Planos de Ensino	77
Quadro 5 – Distribuição dos indicativos das categorias Deontologia, Legislação Profissional e Ética ou Bioética nos objetivos gerais dos planos de ensino, por sítio de pesquisa e universidade	78
Quadro 6 – Classificação dos conteúdos dos planos de ensino nas categorias Ética, Bioética e Deontologia/Legislação Profissional	79
Quadro 7 – Frequência das citações das categorias Ética, Bioética e Deontologia/Legislação Profissional dos conteúdos dos planos de ensino	80
Quadro 8 – Temas de discussão nos planos de ensino, por sítio de pesquisa	81
Quadro 9 – Frequência dos temas para discutir citados nos planos de ensino em Portugal e em São Paulo (Brasil)	82
Quadro 10 – Frequência dos temas agrupados por categorias citados nos planos de ensino em Portugal e em São Paulo (Brasil)	82
Quadro 11 – Classificação dos conteúdos dos planos de ensino	83
Quadro 12 – Classificação das sistemáticas de avaliação contidas nos planos de ensino	84
Quadro 13 – Competências e habilidades nos planos de ensino, por sítio de pesquisa .	85

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
1 JUSTIFICATIVA	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Saúde	18
2.1.1 Promoção da saúde	20
2.2 Enfermagem	24
2.2.1 Histórico da Enfermagem	25
2.2.2 Competências do enfermeiro	32
2.3 Cidadania	37
2.3.1 Notas históricas da cidadania na Bíblia	38
2.3.2 Democracia e desenvolvimento como elementos para a cidadania	39
2.4 O advento da Bioética	41
2.4.1 Conceitualizações de bioética	43
2.5 Fatores que interferem na conscientização e na atuação do enfermeiro	44
2.5.1 Liberalismo – Capitalismo	44
2.5.2 Globalização	46
2.5.3 Pós-Modernidade	48
2.5.4 Centralidade e primazia do económico em detrimento do social	48
2.6 Educação e cidadania na enfermagem	49
2.7 Profissionalidade	51
3 OBJETIVOS	53
4 METODOLOGIA DO ESTUDO	54
4.1 Tipo de estudo	54
4.2 Cenário do estudo	54
4.3 Critérios de inclusão e exclusão das Instituições de Ensino Superior	55
4.4 Sujeitos da pesquisa	55
4.5 Recolha de dados	56
4.6 Organização e análise dos dados	58

5	RESULTADOS	60
5.1	Caracterização dos docentes	60
5.1.1	Área de formação	60
5.1.2	Experiência Profissional	61
5.1.3	Local de trabalho	61
5.1.4	Disciplinas ministradas	62
5.1.5	Estratégias para transposição dos conteúdos teóricos para a prática	64
5.1.6	Elementos considerados no preparo das aulas para a disciplina de Ética / Bioética	65
5.1.7	Dificuldades encontradas para a execução do Plano de Ensino	65
5.1.8	Competências para a docência em Ética / Bioética	67
5.1.9	Concepções de bioética	68
5.1.10	Concepções de saúde, bioética e cidadania	70
5.1.11	O significado de holismo na saúde	70
5.1.12	O significado de cidadania para um profissional da saúde	70
5.2	Resultados da análise documental dos Planos de Ensino	72
5.2.1	Os elementos que constituem cada plano das universidades de São Paulo (Brasil) e de Portugal	74
5.2.2	Objetivo Geral - apresentado nos Planos de Ensino	76
5.2.3	Conteúdo dos planos de ensino	78
5.2.4	Temas para discussão	80
5.2.5	Metodologias previstas nos planos de ensino	83
5.2.6	Sistemáticas de avaliação previstas nos planos de ensino	84
5.2.7	Competências e habilidades	84
6	DISCUSSÃO	87
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO	106
	ANEXOS	115

INTRODUÇÃO

Apresentação e motivação

Licenciei-me como enfermeiro na Bélgica. Revalidei meu diploma no Brasil em 1979. Trabalhei como enfermeiro na Bélgica e no Brasil durante alguns anos. Formei-me também como sacerdote da Igreja Católica em 1975 na Bélgica.

Como missionário, trabalhei no Nordeste do Brasil entre 1976 e 1981, quando vim para São Paulo. Fui Capelão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo durante 10 anos (1984-1993). Nesse período, lecionei deontologia e ética em várias escolas de enfermagem de São Paulo e, entre 1984 e 1989, fiz a especialização e o mestrado em Administração Hospitalar e da Saúde.

Em 1994, fui chamado para dirigir as Faculdades Integradas São Camilo em São Paulo, que se tornaram, em 1997, Centro Universitário São Camilo – SP, do qual sou reitor atualmente. Vale registrar que a Faculdade de Enfermagem tem sido, reconhecidamente, o destaque do Centro Universitário São Camilo. Uma visão melhor da abrangência e pujança de nossa instituição pode ser constatada pelo número de licenciaturas oferecidas na saúde (15); pelos cursos de Pós-Graduação *lato sensu* oferecidos (41); e pelo número de alunos matriculados (8.000)^a. Além do mais, é a única instituição de ensino superior, no Estado de São Paulo, a manter os cursos de mestrado e doutoramento em bioética, bem como uma especialização em Bioética e Pastoral da Saúde, frequentada por alunos de toda a América Latina e Brasil.

Considerando a experiência de vários anos com a bioética e na docência do Mestrado e Doutorado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, espera-se que esse estudo seja de grande valia para contribuir com a consolidação da bioética como ferramenta para a construção de uma consciência e uma prática de enfermagem

^a Dados recolhidos em Março de 2011 junto à Secretaria de Registos Acadêmicos do Centro Universitário São Camilo de São Paulo, Brasil.

que vise ao bem-estar da população tanto nas instituições de saúde como no modo de encaminhar a vida. Por isso, a escolha de estudar a área da educação em enfermagem no meu doutoramento em enfermagem.

A formação do profissional de enfermagem para atender holisticamente, numa constante busca de resposta às interpelações colocadas pela própria realidade, injusta e iníqua, da saúde e, também, pela sociedade e as pessoas de quem cuida nas diversas situações de vida, é importante, pois as respostas a tais questionamentos requerem um compromisso político.

São preparados os enfermeiros para o exercício da cidadania plena? Recebem na sua formação elementos para a construção da consciência cidadã no exercício profissional? Para isso, é necessário analisar como a questão ética e bioética está sendo abordada na formação e como os docentes estão sendo preparados para lecionar essa matéria.

Como base investigativa à temática central desse trabalho, desenvolvi no módulo “Produção do conhecimento científico”, na Pós-Graduação *stricto sensu* da PUC-SP, um levantamento bibliográfico^b de artigos resultantes de pesquisas empíricas. A busca foi feita em sítios de Internet nacionais e internacionais de bases de dados com as palavras-chave: Bioética, Cidadania e Enfermagem. Acresce-se a tais conceitualizações a abrangência do trabalho da enfermagem: a saúde.

Há poucas pesquisas empíricas que enfocam a questão da relação bioética, cidadania e enfermagem, tendo sido selecionados, entre todos os encontrados, apenas dez (10) artigos empíricos. Para seleção, considerou-se resumos, palavras-chave, títulos aproximando-se da problemática investigada. O número limitado de artigos sobre estudos empíricos que abordam a bioética, a enfermagem e a cidadania evidencia uma lacuna na qual se mostram questões abertas por serem respondidas, a que o presente estudo busca investigar e aprofundar.

^b Portal CAPES (www.periodicos.capes.gov.br), 8 artigos; Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br/php/index.php>), os seguintes resultados: BDENF, 148 artigos e na LILACS, 5 artigos; Scientific Electronic Library Online - SciELO (www.scielo.br), 99 artigos; Ebscohost (www.ebscohost.com), 19 artigos; Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>), 1881 artigos; e (www.ncbi.gov) 23 artigos. (Estudo monográfico realizado no módulo “Produção do conhecimento científico” na Pós-Graduação *stricto sensu* da Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP, Brasil.

1 JUSTIFICATIVA

Entendemos a força da bioética como ferramenta para o exercício da cidadania, como será detalhado no referencial teórico. Espera-se que o ensino dessa disciplina na graduação contribua para formar um enfermeiro comprometido com a saúde da população, o que não se restringe apenas ao cuidado nas instituições, mas abrange as condições sociopolíticas e económicas que determinam a saúde das pessoas. Daí a importância de se investigar se as estratégias incorporadas pelos docentes na formação do enfermeiro podem contribuir para preparar os futuros enfermeiros no sentido de um compromisso cidadão com a saúde da população. Pergunta-se: qual o preparo dos docentes para lidar com a bioética e a cidadania na formação dos futuros profissionais? Quais as concepções de bioética e cidadania dos docentes de bioética na formação dos futuros profissionais? As estratégias e conteúdos de enfermagem usados no ensino da bioética podem contribuir para formar enfermeiros comprometidos com a saúde no sentido amplo, incorporando a face política?

Tendo em vista a experiência pessoal e profissional, que nos leva a defender a importância do enfermeiro assumir-se como cidadão no seu exercício profissional, e a lacuna de conhecimento mais aprofundado nesta área, justifica-se a escolha do tema da bioética para a formação cidadã do enfermeiro como norteadora à presente tese de doutoramento em enfermagem.

O pano de fundo desse estudo é o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, e o seu preparo como profissional cidadão durante a formação inicial na graduação para trabalhar holisticamente na sociedade. Assim, o foco é o docente de bioética como formador da cidadania dos futuros enfermeiros.

Para Alonso¹:

Profissões são, portanto, aquelas atividades ocupacionais: nas quais, de forma institucionalizada, se presta um serviço específico à sociedade; por parte de um conjunto de pessoas (os profissionais) que se dedicam a elas de forma estável, obtendo delas o seu meio de vida; formam com outros profissionais (colegas) um grupo que

obtem ou procura obter o controle monopolista sobre o exercicio da profissao; e tem acesso a ela depois de um longo processo de capacitacao teorica e pratica, da qual depende a autorizacao ou licenca para exercer tal profissao (p. 43).

A enfermagem não foge a isso. Assim, podemos afirmar que o enfermeiro é um profissional, mais especificamente, um profissional de saúde.

No contexto da cidadania, cabe perguntar: o enfermeiro é profissional de que saúde? Ou seja, o que entendemos por saúde? No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde², realizada em 1986, definiu SAÚDE como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar ou reverter grandes desigualdades nos níveis de vida.

Assim, a formação do enfermeiro precisa se guiar por um horizonte ético-político alargado, no sentido de conscientizar que o exercício profissional não pode se restringir ao cuidado à cabeceira da cama ou ao gerência de serviços de enfermagem. Ao contrário, essas atividades têm de ser realizadas no bojo de uma compreensão e da consideração da saúde como um direito de cidadania.

O profissional da saúde responsável e engajado de maneira cidadã, deveria se perguntar: por que há um grande contingente de excluídos na saúde?³ Em uma sociedade que tem como valores a produção, o lucro, a concorrência desleal, a concentração de renda, a subserviência ao mercado, há pouco lugar para práticas sociais fraternas e solidárias, pois o que, hegemonicamente, existe é a exploração como forma de acumulação. Esse contexto propicia a injustiça social em grande escala, que, por consequência, gera a deterioração da saúde, principalmente em relação aos mais pobres e vulneráveis.

Para entender melhor essa situação, elencamos, a partir da vivência profissional, sacerdotal e pessoal, causas que julgamos responsáveis pela falta de saúde das pessoas, agrupadas em quatro categorias:

1. Causas relacionadas às condições naturais de vida e suas variações, como o clima, a água, a qualidade da terra. Quando se fala de qualidade de vida, o primeiro requisito enunciado é a proteção do meio ambiente. Como uma das características da ideologia vigente é a propriedade privada, assistimos à apropriação dos bens públicos por meio de inúmeras privatizações, que atingem inclusive os recursos ambientais.

Tomamos, como exemplo, as praias privadas de residenciais ou hotéis de luxo que podem acabar por interferir no meio de subsistência dos pequenos pescadores familiares.

2. Causas relacionadas aos determinantes estruturais (sociopolíticos e económicos) da produção de bens materiais (comida, mercadoria, dinheiro). A super exploração da força de trabalho conduziu a um quadro extremamente crítico: vivemos a mais perversa combinação de doenças da miséria (desnutrição, infeções, entre outras) com as chamadas doenças do desenvolvimento (acidentes de trabalho, de trânsito, doenças ocupacionais, violência, intoxicações), especialmente nas camadas mais empobrecidas e oprimidas da sociedade.

3. Causas relacionadas às condições sociais de vida, como a moradia, a higiene, o vestuário e, principalmente, a alimentação.

4. Causas relacionadas a outras condições de vida, diretamente associadas aos recursos e serviços de cuidado, ou seja, ao acesso de atendimento médico e de medicamentos. A medicalização da vida efetiva-se cada vez mais no hospital, do parto aos últimos instantes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Muitos hospitais transformaram-se em “oficinas mecânicas”, e parte dos profissionais da saúde, em “mecânicos especializados”. Embora a política de saúde do Brasil, com o SUS, tenha consagrado a saúde como um direito social, em sua efetivação, a operacionalização do sistema de saúde enfrenta barreiras de diversas ordens que dificultam o atendimento adequado à população, sobretudo mais vulnerável e pobre, e a consolidação da cidadania, mantendo, muitas vezes, um compromisso com as indústrias de equipamentos, serviços privados de saúde, empresas farmacêuticas e seguros médicos, enfim, com os empresários médicos ou da saúde. Busca-se o lucro ou a melhor relação custo-benefício, perdendo o foco na saúde das pessoas.

Embora não tenhamos atuado como enfermeiro e sacerdote em Portugal, as leituras feitas no decorrer do doutoramento nos apontam a reconhecer que muitos dos vieses presentes na realidade do Brasil, também se manifestam na realidade de Portugal.

Como em outros países, há graves desigualdades nos estados de saúde, associadas às condições sociais e características económicas. Há grandes desigualdades na distribuição dos recursos humanos e materiais. Faltam médicos em áreas remotas e há uma excessiva concentração em cidades de maior porte, como por

exemplo, em Lisboa, Porto e Coimbra⁴. Sendo a enfermagem uma profissão voltada à valorização da vida, necessariamente tem de ser comprometida também com a saúde como um todo, ou seja, um direito social, um direito de cidadania.

Assim, os enfermeiros, como profissionais comprometidos com a vida, precisam, em sua formação, se conscientizar de que a saúde não está única e diretamente relacionada ao grau de medicalização e de consumo tecnológico a que as pessoas têm acesso, mas à qualidade de vida resultante de suas condições de vida e trabalho. Dessa ideia deriva a afirmativa de que o enfoque biomédico não é capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde das populações, tampouco se mostra suficiente para propor novas formas de organização da sociedade para enfrentá-los. Segundo Serrano e Lemos⁵, o aumento do fluxo de recursos aos serviços de saúde para satisfazer a voraz incorporação e expansão de tecnologias independentemente dos argumentos epidemiológicos e avaliativos causam pouco impacto sobre o estado atual de saúde da população. Daí, a importância da ação dos profissionais na defesa do interesse dos cidadãos e a necessidade de uma formação orientada para esses valores, nomeadamente do enfermeiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico do presente estudo foi tomado no âmbito de um marco referencial, ou seja, o pesquisador não se baseou para a construção de seu trabalho de investigação em uma única teoria, ao contrário, lançou mão de alguns conceitos e “compreensões-chave” para sua temática e sua tese, estabeleceu limites teóricos referenciais que passaram a iluminar o caminho em todas as fases do estudo, desde os procedimentos metodológicos, incluindo a formulação do instrumento de recolha de dados, até a análise e a discussão dos resultados encontrados⁶.

Consideram-se “conceitos-chave” para o desenvolvimento desta tese: saúde, enfermagem, cidadania, bioética, contexto socioeconómico, educação e profissionalidade. Esses conceitos foram escolhidos por delimitarem fatores que influenciam a formação cidadã do enfermeiro, como espaços para o fomento do seu comprometimento com uma saúde igualitária.

Segue-se a apresentação dos conceitos e “compreensões-chave”, dentro do recorte feito para a temática e a tese.

2.1 Saúde

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷, “a saúde é o completo bem-estar físico, psíquico, social e espiritual e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”. Pela impossibilidade de tornar-se realidade, essa definição pode ser, e tem sido, extremamente criticada.

Parece-nos mais realista a proposta feita pela VIII Conferência Nacional de Saúde², já assinalada anteriormente, que definiu a saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, colocando-a, assim, antes de tudo, como resultado das formas de organização social da produção.

Essa compreensão da saúde propicia a compreensão da noção de promoção da saúde como o resultado das ações da população, dos serviços de saúde, das

autoridades de saúde e de outros setores sociais e produtivos, dirigidos para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva⁸.

Nas últimas décadas, a renovação das concepções e práticas da saúde pública tornou inquestionável a ideia de que o protagonista na produção da saúde é o social e não apenas profissional. Ou seja, a produção da saúde não depende somente de saberes especialistas e práticas profissionais privadas de grupos para licenciados para este fim (profissionais da saúde). Os sujeitos da saúde são na verdade, cada vez mais, os coletivos sociais que, em sua dimensão geral e comum de seres humanos, e em sua dimensão particular de diversos gêneros, raças, culturas, gostos, vão gerando conhecimento, fazendo escolhas, tecendo caminhos, celebrando pactos intersubjetivos e, assim, construindo a sua saúde. Dizendo melhor, construindo as condições para viver a melhor vida possível – essa é a concepção moderna de saúde⁹.

Frente a um cenário tão plural como é o da saúde, pensar a formação do enfermeiro para atuar nessa área só pode ser feito de maneira a considerar essa complexidade, sob risco de reduzirmos ao nível meramente técnico tal formação, o que seria insuficiente para a compreensão da amplitude da saúde. Os traços principais da competência atual ultrapassam marcadamente a posição passiva e repetitiva de pessoas “apenas treinadas”. Se assim é, o que precisamos formar são profissionais não apenas tecnicamente preparados, mas “profissionais-cidadãos”, formados para o exercício da cidadania nas dimensões pessoal e coletiva¹⁰.

Os sistemas de saúde do Brasil e de Portugal são bem-parecidos. No Brasil, a Constituição Federativa de 1988¹¹, em seu artigo 196, reza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam: à redução do risco de doença e de outros agravos; ao acesso universal e igualitário às ações e serviços. Esses atuam na promoção, proteção e recuperação da saúde, integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui um sistema único (SUS).

Esse Sistema organiza-se de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes (art. 198)¹¹.

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde de 1990¹² reza, nos princípios gerais, que a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei. O Estado deve promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outras entidades públicas, podendo as organizações da sociedade civil associar-se àquela atividade.

Assim, os cuidados de saúde, em Portugal, são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outras entidades públicas ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Para o nosso estudo, em função do carácter cidadão do enfermeiro, acreditamos ser importante fazer referência à Atenção Primária à Saúde (APS), que, também, é denominada Cuidados Primários de Saúde (em Portugal) e atenção básica (nos documentos oficiais do governo brasileiro)¹³. A APS foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceites e a um custo sustentável, individual ou coletivamente, em cada estágio de seu desenvolvimento. O espírito de autoconfiança e autodeterminação das pessoas e comunidade há de marcar a APS, com vistas ao desenvolvimento social e económico global.

A APS é parte integrante dos sistemas de saúde nacionais, sendo o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Leva a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma-Ata)¹⁴.

2.1.1 Promoção da saúde

A promoção da saúde parte de uma conceção ampla do processo “saúde-doença” e de seus determinantes, propondo a articulação de saberes técnicos e

populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e resolução das questões de saúde.

Para além das motivações ideológicas e políticas dos principais formuladores dessa concepção, presentes nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde promovidas pela OMS, temos de considerar que a proposta surge, em grande medida, como reação à acentuada medicalização da saúde, tanto na sociedade como no interior do sistema de saúde, pois se constata, sem muito esforço, que o aumento de investimentos na área da saúde não é seguido na mesma proporção pela melhoria das condições de saúde da população.

Embora o termo ‘promoção da saúde’ já tivesse sido usado para caracterizar um ‘nível de atenção’ da medicina preventiva¹⁵, seu significado foi mudando ao longo do tempo, passando, mais recentemente, a representar um ‘enfoque’ político e técnico em torno do processo “saúde-doença-cuidado”.

Hoje em dia, decorridos mais de 20 anos da divulgação da Carta de Ottawa¹⁶, em 1986, um dos documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde, percebe-se que esse termo está associado a um ‘conjunto de valores’: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Refere-se, também, a uma ‘combinação de estratégias’: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a ideia de ‘responsabilização múltipla’, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas a esses¹⁷.

No que se refere ao horizonte ético, um dos valores que fundamentam a promoção da saúde é a equidade, que, sem dúvida, depende do cultivo da solidariedade. Nesse sentido, a bioética torna-se instrumento essencial para a formação de profissionais cidadãos e solidários, o que pressupõe que tal concepção seja incorporada nas graduações da área da saúde, e em especial, na área da enfermagem.

Ressalte-se que, em um mundo globalizado como o atual, a promoção da saúde apresenta um forte ‘componente internacionalista’, como evidenciam documentos, cartas, declarações de conferências e encontros, os quais manifestam um caráter político, tanto no entendimento dos problemas como nas propostas de intervenção para seu enfrentamento. Outra característica a destacar

refere-se ao entendimento dos problemas e às suas respostas. Os problemas são compreendidos a partir de suas multideterminações e, conseqüentemente, são “propostas-respostas” com múltiplas estratégias, medidas e atores. Dessa forma, o discurso prevalente no campo da promoção da saúde procura caracterizá-la pela ‘integralidade’, seja no entendimento dos problemas no processo saúde-“doença-cuidado”, seja em suas “respostas-propostas”¹⁷.

A saúde passa a ser mencionada como fator essencial para o desenvolvimento humano, tanto que um dos campos de ação proposto no contexto da promoção da saúde é a criação de ambientes favoráveis à saúde, ou seja, ambientes saudáveis. O desenvolvimento sustentável coloca o ser humano como agente central do processo de defesa ao meio ambiente e implica o aumento da expectativa de vida saudável e com qualidade, um de seus principais objetivos; a *governance* implica ampla participação da comunidade na definição de questões culturais da vida coletiva. Em todos esses conceitos, preconiza-se a importância da ‘equidade’, seja na distribuição da renda, seja no acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade¹⁷.

Cada uma das Cartas da Promoção da Saúde¹⁶ enfatiza aspectos distintos da proposta:

- **Ottawa** (Canadá, 1986): “A promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”¹⁶. Alcançar a equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito ao bem-estar.

- **Adelaide** (Austrália, 1988): prioriza as “políticas públicas saudáveis [...] que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população”¹⁶. Reafirma o apelo à construção de novas alianças na saúde (parcerias) que envolvam políticos, ONG’s, grupos de defesa da saúde, instituições educacionais, meios de comunicação social, entre outros.

- **Sundsvall** (Suécia, 1991): “ambientes favoráveis ou saudáveis e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir essas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento, devendo ter precedência na gerência diária das políticas governamentais”¹⁶.

- **Bogotá** (Colômbia, 1992): “*por assumir a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento. O desafio da promoção da saúde na região consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses económicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos*”¹⁶. Ressalte-se o papel fundamental da educação, da informação e da comunicação na promoção da saúde, assim como da participação ativa das pessoas na modificação das condições sanitárias e na maneira de viver, indutoras da constituição de uma cultura da saúde.

- **Jakarta** (Indonésia, 1997): apresenta as prioridades da ação de promoção da saúde da OMS para o século XXI: promover a responsabilidade social a respeito da saúde; incrementar os aportes de capital para o desenvolvimento das condições sanitárias; reforçar e incrementar as alianças na área da saúde; incrementar as aptidões comunitárias e promover a responsabilidade individual; implantar uma infraestrutura de promoção da saúde.

- **México** (México, 2000): apresenta linhas fundamentais direcionadas para assegurar um contínuo progresso na saúde como um dos caminhos para combater a falta de equidade, usando o conceito e as estratégias da promoção da saúde.

- **Bangkok** (Bangkok – Indonésia, 2005)¹⁸: tratando da Promoção da Saúde em um mundo globalizado, reafirma que o mais alto nível de saúde é um direito fundamental do ser humano, portanto, função central da saúde pública com vistas a contribuir para o enfrentamento das doenças transmissíveis, não transmissíveis e outras ameaças à saúde. Entende a promoção da saúde como um conceito positivo e inclusivo de saúde, um determinante da qualidade de vida, incluindo o bem-estar mental e espiritual. Ou seja, um processo que permite as pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e os seus determinantes, mobilizando-se, individual e coletivamente, para melhorar a qualidade de vida. A Carta destaca como “*fatores críticos para a promoção da saúde: aumento crescente das desigualdades dentro dos países e entre os países; novos padrões de consumo e comunicação; procedimentos globais de comercialização; mudanças globais no meio ambiente e o processo crescente de urbanização*”¹⁸. Dentre as estratégias para promover a saúde das populações, destacamos “*capacitar para desenvolvimento de políticas, liderança, práticas, transferência de conhecimento e pesquisa*”, por entendermos que esta reforça a defesa que fazemos da necessidade dos cursos de graduação de enfermagem

preparem enfermeiros cidadãos, capacitados para desenvolvimento e operacionalização de políticas públicas inclusivas¹⁹.

- **Nairobi** (Nairobi – Quênia, 2009)²⁰: considera a promoção da saúde fundamental para a melhoria da saúde, da qualidade de vida e, principalmente, para a redução das iniquidades e da pobreza. Defende que sociedades mais justas permitirão que as pessoas aumentem o controlo sobre sua saúde e os recursos necessários para o bem-estar. Traz como responsabilidades urgentes dos governos e da sociedade: fortalecer lideranças e trabalhadores; enfatizar a promoção da saúde em todas as políticas; fomentar o empoderamento individual e comunitário; propiciar processos de participação; construir e aplicar novos conhecimentos para a promoção da saúde. Entendemos que, com esta Carta, mais uma vez se reforça a urgência do preparo do enfermeiro para atuar, em seu exercício profissional, como cidadão.

2.2 Enfermagem

No Brasil, o enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde, responsável inicialmente pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, dentro de sua comunidade. O enfermeiro é um profissional preparado para atuar em todas as áreas da saúde: assistência, administração e gerência. Na área educacional, exerce a função de professor e mestre, ao preparar e acompanhar futuros profissionais de nível médio e de nível superior. Dentro da enfermagem, encontramos o auxiliar de enfermagem (nível fundamental) e o técnico de enfermagem (nível médio), ambos confundidos com o enfermeiro, entretanto com funções distintas, tendo qualificações específicas. Na maioria dos países (ex: Portugal), não existem essas subdivisões. O enfermeiro de cuidados gerais exerce todas as funções inerentes ao seu cargo, previsto na carreira de enfermagem, não existindo, dessa forma, dúvidas quanto à função de cada elemento da equipe multidisciplinar. Todos os enfermeiros têm, pelo menos, uma licenciatura em ciências de enfermagem. Em Portugal, e de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)²¹:

Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem

gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária²¹.

Prestam assistência ao paciente ou cliente em clínicas, hospitais, ambulatorios, empresas de grande porte, transportes aéreos, navios, postos de saúde e em domicílio, realizando atendimento de enfermagem; coordenam e auditam serviços de enfermagem e implementam ações para a promoção da saúde junto à comunidade.

O enfermeiro está apto a prescrever, salvo em instituições que elaboram protocolos específicos com medicações padronizadas pelos médicos.

2.2.1 Histórico da Enfermagem

Numa resenha histórica da enfermagem, Vieira²² enfatiza que a grande maioria das Faculdades ou Institutos de Enfermagem colocam o marco inicial da enfermagem com Florence Nightingale, quando, na verdade, ela ‘apenas’ organizou a profissão.

A história da enfermagem inicia-se com a história dos cuidados aos que padeciam de algum mal, desde os antigos rituais religiosos para expulsar os demónios do corpo, até a atual ciência médica e a luta contra as doenças bem identificadas. Assim, o caminho percorrido pela enfermagem tem já desde seu início a exigência da caridade cristã.

Os ensinamentos e exemplos de Jesus Cristo tiveram uma profunda influência no surgir de dotados líderes da enfermagem assim como na expansão do papel dos enfermeiros. Cristo acentua a necessidade de amar a Deus e ao próximo. O primeiro grupo organizado surgiu como resposta direta ao seu exemplo e desafio²³.

Prestar cuidados ao outro, a uma terceira pessoa que até aqui me era indiferente, começou, assim, no mundo ocidental, por ser uma atividade desenvolvida majoritariamente por mulheres que, convertidas ao cristianismo, faziam da caridade o seu caminho de santificação. De Jesus Cristo recebemos a missão de cuidar dos enfermos (Lc 10,9), e o cristianismo tem como núcleo central da sua doutrina o amor e o auxílio aos mais necessitados.

Febe, uma dama grega, cuidando de doentes e pobres no seu domicílio, é por muitos considerada a primeira “enfermeira visitadora” (Rom 16, 1-2), dando origem à enfermagem domiciliária.

No entanto, nos dois primeiros séculos da era cristã, era difícil a manifestação pública da caridade, embora, já no fim do século I, S. Justino dê conta da finalidade do ‘ofertório’ das missas, que serviria para mitigar a fome das viúvas, dos órfãos, dos enfermos, dos pobres e dos presos.

O Concílio de Nicéia, realizado em 325, ordenava aos bispos que fizessem construir albergues e hospícios, confiando-lhes a direção a um sacerdote, ou monge, experiente²⁴.

Pelas cartas de S. Jerónimo, conhecemos a história de três senhoras romanas que, no século terceiro, se dedicaram ao cuidado dos enfermos e são hoje consideradas precursoras da enfermagem. São elas: Paula, falecida em 404, Marcela, em 410, e Fabíola, em 399²⁵.

Na Idade Média, os cuidados de enfermagem centralizaram-se nos mosteiros. No século XIV, destaca-se, nos livros de história da enfermagem, a figura de Catarina de Siena (1347-1380), que desde muito nova dedicou-se ao cuidado dos enfermos da sua cidade, sobretudo quando a peste ali chegou, em 1372.

No fim do século XV, surgem, em Portugal, as Misericórdias, criadas pela Rainha D. Leonor. A partir de meados do século XVI, a administração dos hospitais portugueses é passada para elas.

Surgem, na Europa daquele período, três congregações religiosas que ainda hoje têm influência nos cuidados de saúde em muitos países espalhados pelo mundo: a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, fundada na Espanha por João de Deus (1495-1550); a Ordem dos Ministros dos Enfermos, conhecidos por Camilianos, fundados na Itália por Camilo de Lelis (1550-1640); as Filhas da Caridade ou Vicentinas, fundadas na França por Vicente de Paulo (1581-1660) e Luísa de Marillac (1591-1660).

Assim, embora seja aceite que a enfermagem, como profissão, remonta ao século XIX, ela é uma das atividades humanas mais antigas, senão a primeira, sendo identificada, nos primeiros tempos, pelos cuidados maternos. Embora nas culturas mais antigas haja indícios de cuidados aos doentes, a história da enfermagem do Ocidente só se tornou contínua com o início do cristianismo e, mais tarde, com as Congregações Religiosas que influenciaram a evolução da enfermagem em Portugal,

sobretudo do século XVI ao século XIX²². Semelhante fato aconteceu no Brasil, como veremos adiante.

Florence Nightingale, que nasceu em 12 de Maio de 1820, em Florença, e faleceu em 13 de Agosto de 1910, em Londres, foi uma enfermeira britânica que ficou famosa pelo pioneirismo no tratamento a feridos de guerra, durante a Guerra da Crimeia. Contribuiu, também, com o campo da Estatística, nomeadamente no uso prático, para a avaliação da assistência à saúde, dos inovadores recursos estatísticos da época, como, por exemplo, a representação do gráfico setorial para acompanhamento das mortes por infecção hospitalar.

Florence ficou especialmente preocupada com as condições de tratamento médico aos mais pobres e indigentes, anunciando, para sua família, em 1845, a decisão de se dedicar ao cuidado dessas pessoas, o que provocou raiva e rompimento, principalmente por parte de sua mãe.

A mais conhecida contribuição de Florence aconteceu durante a Guerra da Crimeia, seu principal foco de preocupação quando começaram a chegar relatos de guerra à Inglaterra sobre as condições deploráveis dos feridos. Em outubro de 1854, Florence e uma equipa de 38 enfermeiras voluntárias, treinadas por ela, inclusive sua tia Mai Smith, partiram para os Campos de Scurati, localizados na Crimeia²⁶.

A corrente predominante em relação à saúde, na época de Florence Nightingale, era a Hipocrática, a qual, na compreensão do processo “saúde-doença” se dava a partir do equilíbrio perfeito entre as influências ambientais e os modos de vida das pessoas. Hipócrates procurava, a partir da sua visão de mundo, ver o homem como resultado da interação entre corpo, mente e meio ambiente, o que lhe possibilitava uma compreensão desse homem em sua totalidade.

Florence Nightingale tinha um pensamento avançado para a época, e sua atuação humanística transparecia em suas preocupações acerca da interação com a família e com o meio ambiente. Sua passagem nos hospitais durante a guerra da Crimeia foi marcada pela implantação de medidas de prevenção ligadas à limpeza do ambiente e ainda com a assistência psicossocial dos feridos, dando-lhes carinho e atenção diferenciada. Marcou sua atuação como provedora de medidas de prevenção às doenças²⁷.

A definição da enfermagem como arte de cuidar, tanto dos seres humanos sadios como dos doentes, já era presente no quotidiano nas práticas assistenciais

exercidas por Florence e suas seguidoras. Ressaltava que as ações de enfermagem estavam centradas tanto no ser humano sadio quanto no doente²⁸.

Desde então, os avanços do conhecimento na área da biomedicina foram enormes e, de certa maneira, também tiveram repercussões significativas na evolução da enfermagem como uma ciência na arte de cuidar.

De acordo com o Dicionário de Ciências Sociais²⁹, publicado pela Fundação Getúlio Vargas:

profissão é uma atividade económica especializada, permanente e institucionalizada legalmente, cujos status e papéis sociais de seus agentes podem ser modificados no tempo e no espaço, mas que conferem nítida superioridade ao profissional em relação à sua clientela.

No Brasil, o exercício da enfermagem, sob influência dos tempos antigos, inicia-se respaldado na solidariedade humana, no misticismo, no senso comum e, também, nas credices. O aspecto profissional surge a partir de uma prestação de cuidados às pessoas enfermas, realizada nos domicílios, na sua maioria por mães e escravos que ali trabalhavam. Os escravos tiveram relevante função ao auxiliarem as famílias e os religiosos nos cuidados de doentes, quando já haviam sido fundadas, no País, as Santas Casas de Misericórdia, no período compreendido entre 1543 e 1880 (Cap. 2, p. 21-8)³⁰.

A profissionalização da enfermagem, no Brasil, surgiu mediante a sistematização do ensino da prática do cuidar em enfermagem, antes exercida por pessoas sem o devido preparo técnico. A institucionalização do ensino de enfermagem no País foi resultado de um processo político e forçada por uma necessidade de pessoas com treinamento e características adequadas para cuidar dos enfermos mentais. Nesse sentido, consideramos o período antes de 1890, quando não havia ainda a institucionalização do ensino da enfermagem, como pré profissional, passando a profissional a partir de 1890, com a criação oficial da primeira escola para preparar enfermeiros em nosso País (p. 29-30)³⁰.

Mais recentemente, com base na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei n. 7.498/86), entendemos por enfermagem profissional a atividade exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado, com base em um ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por um ato

normativo da autoridade oficial, e que, ao término do curso, receberam um diploma documentando a titulação específica referente aos conhecimentos adquiridos (p. 31)³⁰.

A formação da enfermeira teve sua origem no modelo americano trazido por uma missão técnica de cooperação para o desenvolvimento da enfermagem. Essa comissão trouxe, a convite de Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, para o Brasil, na década de 1920, o sistema de ensino *nightingaleano*. O propósito dessa iniciativa governamental era preparar enfermeiras para minorar as grandes epidemias que ameaçavam as relações comerciais do País²⁷.

Portanto, o ensino da ‘ética’ na enfermagem surge com a criação do próprio curso, em 1923, no Rio de Janeiro, na então Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, hoje Escola Ana Néri. De acordo com inúmeras análises já efetuadas acerca do ensino de enfermagem no Brasil, a principal conclusão é a de que ele foi pautado por trilhas muito conservadoras³¹.

O ‘Juramento e Profissão de Fé dos Enfermeiros Brasileiros’, prestado pela primeira turma da Escola Ana Néri, em 1925, retrata o forte traço da religiosidade e submissão que marcaram, e até hoje se refletem, na formação dos enfermeiros. Assim dizia o Juramento:

Comprometo-me solenemente a servir de todo o coração a aqueles cujos cuidados me forem confiados [...] Trabalharei sempre com fidelidade e obediência para com meus superiores e peço a Deus que me conceda paciência, benevolência e compreensão, no santo mistério de cuidar dos que sofrem.

Ao particularizar a formação ‘ética’, o seu ensino e suas bases se fundamentam em um profundo senso de religiosidade. Nesse sentido, vale destacar que, entre as qualidades inerentes ao bom profissional, aparecem como características de primeira ordem “a obediência, o respeito à hierarquia, a humildade, o espírito de servir, entre outros” (p. 24)³².

Em Portugal, o ensino de enfermagem de forma organizada surge no fim do século XIX²².

A partir de 1956, não é mais possível exercer enfermagem em Portugal sem um diploma que habilite para tal, mas o registo obrigatório só veio a concretizar-se em 1988, após 25 anos de reivindicação. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)²¹ adquiriu forma legal em 1996.

A Ordem dos Enfermeiros foi criada pelo Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril, após a autorização legislativa decretada pela Assembleia da República²¹.

Assim, em ambos os países, a visão de uma ética da enfermagem permeada de religiosidade atuou como base de uma prática alienada, à medida que exigia, sempre, o sacrifício individual, em que o indivíduo era submetido constantemente a uma autoridade e a uma coerção externa. A busca de liberdade, da autonomia e do prazer (felicidade) não faziam parte dos fundamentos dessa ética³³.

O ensino da ética na enfermagem, durante muitas décadas, foi pautado por um modelo predominantemente conservador, centrado em uma conceção normativa, com supervalorização de normas e códigos, ao invés de um ensino “reflexivo-crítico”, em que o exercício da enfermagem fosse considerado como uma prática social historicamente construída no interior de uma área de atuação profissional condicionada pelas condições de vida dos seres humanos³⁴.

No atual Código de Ética da Enfermagem do Brasil, a enfermagem é tida como uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade:

[...] A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstância de vida. O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político³⁵.

Na Regulamentação do Exercício da Profissão de Enfermagem de Portugal, na introdução, podemos ler:

[...] Os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem²¹.

Ainda que com distintas dimensões, tanto em Portugal, como no Brasil, defende-se um exercício profissional da enfermagem comprometido politicamente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou a missão, as premissas e as vertentes da intervenção autónoma do enfermeiro^c, na década de 90³⁶. Considerando a “missão primordial do enfermeiro na sociedade”, a OMS destaca a importância de “ajudar os indivíduos, famílias e grupos a determinarem e alcançarem o seu potencial no campo físico, mental e social”, e isso tem de ser feito no próprio “contexto em que vivem e trabalham”. Para isso, segundo a Organização, os enfermeiros têm de aprender e assegurar “funções relacionadas com a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença, o planeamento e a prestação de cuidados curativos e de reabilitação”. Entre os cuidados de enfermagem, encontram-se aspetos físicos, mentais e sociais da vida, na medida em que afetam a saúde, causando doença, deficiências e a morte.

Para a promoção da saúde, os enfermeiros têm de fomentar e permitir a participação ativa do indivíduo, de sua família e comunidade, em todos os aspetos dos cuidados de saúde. Assim, encorajam a independência e a autodeterminação dos utentes dos serviços. Os enfermeiros não trabalham sozinhos, mas como parceiros dos outros profissionais implicados na prestação dos serviços de saúde.

Assim, o Profissional de Enfermagem tem de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Isso implica o profissional de enfermagem participar, como integrante da equipa de saúde, das ações que visem a satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a resolubilidade, a preservação e a promoção da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O Profissional de Enfermagem tem de respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões; exercer suas atividades com

^c “La mission des soins infirmiers dans la société est d’aider les individus, les familles et les groupes a déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l’environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait à la promotion et au maintien de la santé aussi bien qu’à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en oeuvre de soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu’ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l’individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon approprié dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l’indépendance et l’autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé”³⁶.

competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética³⁵.

2.2.2 Competências do enfermeiro

Não existe uma noção clara e única do que vem a ser ‘competências’, mas é possível dizer que a competência permite mobilizar conhecimentos a fim de se enfrentar determinada situação, ou seja, da condição passiva de assimilação passe-se à condição de desenvolver capacidades de uso dos mais variados recursos, de forma criativa e inovadora, no momento e do modo necessários.

Ao estudar os documentos que enfatizam as competências do enfermeiro, em Portugal e no Brasil, destacamos dois: “Competências do enfermeiro de cuidados gerais”³⁷, da Ordem dos Enfermeiros (Portugal), e “Projeto competências”³⁸, do COREN-SP (Brasil).

A seguir, discutem-se alguns trechos para explicar as competências previstas em documentos para os profissionais de enfermagem. A questão que nos mobiliza para explorar este conteúdo do marco referencial é: o conteúdo e a forma de ensino da bioética contribuem para a competência ética do enfermeiro?

A) Competências do enfermeiro de cuidados gerais (Portugal)³⁷

A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.

A prática profissional há de ser exercida com responsabilidade, segundo a ética e a legalidade. Na prestação e gestão de cuidados, estão implicados: promoção da saúde, recolha de dados, planeamento, execução, avaliação, comunicação e relações interpessoais. Na gestão de cuidados, incluem-se: ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, delegação e supervisão. No desenvolvimento profissional, estão a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação contínua³⁷.

Dentre as competências traçadas no parágrafo anterior, destaca-se uma que julgamos ser de interesse para a presente tese. Na prestação de cuidados, há um item que aborda a promoção da saúde, que inclui como uma das competências específicas

a formação cidadã do enfermeiro. No Brasil, como veremos adiante, não se tem tal enfoque nas competências do enfermeiro.

Uma das competências é compreender as políticas de saúde e sociais, o que exige constantes atualizações por parte do profissional. O enfermeiro necessita trabalhar em colaboração com outros profissionais e com as comunidades, com a finalidade de atuar junto ao indivíduo, a família e os grupos sociais em uma perspectiva holística, levando em conta as múltiplas determinantes da saúde. Isso é essencial para a consecução de uma saúde igualitária. A educação para a saúde tem de ser feita de maneira a dar autonomia ao indivíduo, à família e à comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis, o que pode contribuir para sua emancipação; essa é uma contribuição do enfermeiro para a cidadania em saúde. A emancipação está diretamente relacionada ao fornecimento de informações de saúde relevantes para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem níveis elevados de saúde, sem que isso implique a desconsideração pelas práticas tradicionais e dos sistemas de crenças sobre a saúde. O enfermeiro há de colaborar para o desenvolvimento e/ou a manutenção das capacidades das pessoas para que tenham uma vivência independente.

O que resume melhor as competências da enfermagem em Portugal, em função do nosso enfoque da formação cidadã, é:

[...] os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem²¹.

Ainda, destaca-se que o Código Deontológico do Enfermeiro²¹ reza, no artigo 80, que:

[...] o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido; b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

B) Projeto Competências (Brasil)³⁸

O Projeto Competências, definido por uma comissão do COREN-SP, traz, em seu glossário, que a competência envolve

qualidade da ação representada pelas atitudes, comportamentos e capacidades dos profissionais em uma organização, para atender às atribuições e responsabilidades para o exercício da função e cargo que ocupam³⁸.

Entre as competências elencadas no Projeto, está a Liderança, que é entendida como a “capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou superar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades”. O respeito às diversidades é item fundamental da cidadania atual.

A comunicação interpessoal é outra das competências e tem como função a negociação, usando-se da premissa do consenso e do conhecimento dos fatos, permeados pelos preceitos éticos, legais e técnico-científicos. Essa forma de comunicação parece compatível com o respeito à diversidade.

O respeito à diversidade e especificidade das funções são peculiaridades de outra competência: o trabalho em equipa. Isso requer a capacidade de interagir com um grupo de pessoas, articulando ações para alcançar objetivos comuns, respeitando os limites, necessidades e diferenças individuais. A flexibilidade é competência essencial para o trabalho em grupo e o respeito à diversidade, sendo entendida como a capacidade de se adaptar às mudanças; receptividade às críticas e sugestões; capacidade de rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais, na preservação dos valores profissionais e na melhoria das condições de saúde da população.

A visão sistêmica, apresentada como mais uma das competências do enfermeiro, é essencial para o exercício de uma enfermagem comprometida com a cidadania. Isso porque a visão sistêmica é tida como a “capacidade de compreender a instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem”. Tal visão é fundamental para a compreensão da determinação social da saúde e da doença.

O foco, ao definir essas competências, parece ter sido restrito às instituições de saúde (hospitais, clínicas, residências de longa permanência, ambulatórios). Não

há, como em Portugal, um elo com a sociedade, as políticas de saúde, políticas sociais e sua interface com os cuidados de enfermagem e a promoção da saúde e emancipação dos utentes.

Em função do enfoque desse trabalho, a formação cidadã do enfermeiro, entre as competências definidas pela Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986³⁹, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, enfatizamos a que dá destaque ao enfermeiro como integrante da equipa de saúde, pois é nessa condição que se prevê sua participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 2007³⁵, afirma, nos princípios fundamentais da profissão, que a “enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade”.

Assim, o Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia profissional e em consonância com os preceitos éticos e legais da profissão.

Destaque-se, tendo em vista o objeto desse estudo, que, segundo do Código de Ética, o profissional de enfermagem, como integrante da equipa de saúde, participa das ações que visem a satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

Nota-se, nessa competência, uma clara referência a uma atuação cidadã e, conseqüentemente, à necessidade de tal formação para os profissionais, seja inicial ou continuada.

Numa nota mais ampla de cidadania, o Código cita que o enfermeiro respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

Menciona-se, ainda, que o exercício profissional do enfermeiro há de ser realizado com competência para promover a saúde do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

O Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, na sua Resolução CNE/CES N. 3, de 7 de Setembro de 2001⁴⁰, ao instituir as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, define que a formação é generalista e humanista, mas também crítica e reflexiva. Esses últimos

aspectos são os mais importantes para uma formação cidadã. Tanto é que as Diretrizes afirmam que o egresso tem que estar capacitado para atuar, com senso de responsabilidade social, compromisso com a cidadania e na promoção da saúde integral do ser humano.

Destacamos que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotá-lo dos conhecimentos requeridos para estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões, de maneira a compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais e a partir do reconhecimento dos perfis epidemiológicos das populações, da saúde como direito e da necessidade de condições dignas de vida para todos.

Na promoção de estilos de vida saudáveis, o enfermeiro, segundo as Diretrizes Curriculares, atua como ‘agente de transformação social’. Isso implica formação cidadã.

Na atuação comunitária, o comprometimento do enfermeiro se exercerá no planejamento e implementação dos programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.

A atuação do enfermeiro não se restringe aos muros dos serviços de saúde, mas, ao contrário, reconhecendo-se o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde, ele deve participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde e assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

O enfermeiro tem de cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar, mas, como destaca as Diretrizes, esse bem-estar há de ser buscado “como cidadão”.

A formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Dessa forma, a cidadania e o compromisso cidadão do enfermeiro com a sociedade, a saúde e as políticas públicas são constituintes da formação profissional e, conseqüentemente, do exercício da profissão.

2.3 Cidadania

Tomamos uma concepção inclusiva de cidadania, sem pretensões de ser oficial, mas efetiva. Assim, entendemos que cidadão é o que é seu próprio senhor junto a iguais no seio de uma comunidade, onde compartilha uma vida social, econômica e política. E é senhor de maneira efetiva, não só oficialmente⁴¹. Ou seja, estamos preocupados com a efetivação ou a operacionalização da cidadania e de seus direitos garantidos oficialmente em Leis.

A cidadania deve ser situada levando-se em consideração o contexto social. Com isso, temos que a cidadania adquire características que se diferenciam conforme o tempo, o lugar e, sobretudo, as condições socioeconômicas existentes. Entretanto, isso não significa que a cidadania seja sinônimo de igualdade econômica, que todos precisam ter a mesma riqueza. Significa que, em um contexto desenvolvido, ela é vista com ênfase nos direitos políticos, mas, onde o desenvolvimento ainda não é pleno, a cidadania precisa ser questionada do ponto de vista da autonomia e da democracia pensada como totalidade, em relação dialética.

Na vida cotidiana, perguntamo-nos quais as exigências de justiça em relação aos bens básicos, mínimos, aqueles que acreditamos que toda pessoa deveria possuir para realizar suas aspirações de felicidade⁴². No âmbito deste estudo, as exigências de justiça são compreendidas como as que permitem às pessoas viverem, trabalharem e conviverem de maneira saudável, ou seja, de forma a promover sua saúde e qualidade de vida.

Assim acontece porque cada cidadão precisa ser considerado como pessoa em sua individualidade, ao mesmo tempo que em sua coletividade no processo de construção do mundo moral. Os cidadãos integram o ‘estado de povo’, não o ‘estado de massa’. Assim, são capazes de valorar, respeitar e desenvolver projetos conjuntos. Isso quer dizer que tomamos a cidadania em dupla dimensão: política e moral. O cidadão moral assume, como pessoa, a própria autonomia e, intersubjetiva e em diálogo, traça e estabelece alianças com os demais cidadãos para a construção de uma sociedade justa. Uma pessoa ética é alguém que deseja ser feliz e faz todo o possível para sê-lo, mas sabe que há de buscar essa felicidade no seio de uma sociedade onde há de agir mediante critérios de justiça, ou seja, deve compartilhar com os demais cidadãos tanto as cargas como os benefícios⁴².

Muitos entendem que o melhor que podem fazer pelos jovens, hoje em dia, especialmente frente a um ‘mercado competitivo’, é ensiná-los habilidades: técnicas e sociais. As disciplinas das ciências cumprem o ensino das habilidades técnicas⁴². Para esse aspeto, quase que exclusivamente, tem-se dirigido a formação dos profissionais de saúde, inclusive a enfermagem. Conhecimento e responsabilidade nos trabalhos técnicos são essenciais na prática da enfermagem, mas isso não pode significar deixar para trás outros pontos importantes da formação e atuação profissional.

Apreciar somente as habilidades técnicas implica continuar submetido a uma vassalagem ética; seguir sendo um súbdito e não um cidadão; continuar sujeito a diferentes formas de tirania. E hoje, as tiranias são: ‘das marcas e grifes’; ‘do consumo de certos produtos’; e dos costumes ‘ordenados pelo mercado’. Contra tais tiranias, o único remédio é alentar uma cultura do ‘personalismo ativo’ e da ‘participação responsável e solidária’, no enfrentamento da ‘cultura do individualismo e do gregarismo’. Somente pessoas autónomas, responsáveis e solidárias podem construir um mundo justo e feliz. Por isso, convém considerar, a partir de critérios bem definidos, os valores que servirão de base para a educação⁴². Daí considerarmos a bioética na formação dos enfermeiros: que valores para um enfermeiro cidadão?

2.3.1 Notas históricas da cidadania na Bíblia

Segundo Pinski⁴³, a história da cidadania começou com Isaías e Amós, por volta do século VIII a.C. Os dois grandes profetas sociais são os precursores da cidadania, embora seja sempre arriscado tentar voltar ao passado com conceitos de nosso tempo. Isaías bradava contra os opressores “*Cessai de fazer o mal, aprendei a fazer o bem. Respeitai o direito, protegei o oprimido. Fazei justiça ao órfão, defendei a viúva*” (Isaías, 1, 16-17). Sua pregação impressionou Jerusalém entre 740 e 701 a.C. Falava em ‘cidadania’ sempre como porta-voz de Deus.

Amós pregou na Samaria e, no decorrer de um único ano, provavelmente 745 a.C., tinha, como Isaías, um sentimento profundo de justiça.

Portanto, já que explorais o pobre e lhe exigis tributo de trigo, edificareis casas de pedra, porém não habitareis nelas, plantareis as

mais excelentes vinhas, porém, não bebereis do seu vinho. Porque eu conheço as vossas inúmeras transgressões e os vossos grandes pecados: atacaís o justo, aceitais subornos e rejeitais os pobres à sua porta (Am 5, 11).

Os dois profetas sociais fizeram ecoar com intensidade, pela primeira vez, desde que o mundo era mundo, o grito dos oprimidos e dos injustiçados. Os dois, ao criticar a ordem existente e propor uma nova sociedade, cortaram suas amarras e partiram para mar aberto. Desistiram do deus do templo, de qualquer templo, e criaram o deus da cidadania.

Ainda que fosse uma ‘cidadania’, não se pode esquecer que a democracia nas cidades-estado de então permitia a inclusão e exclusão, conflitos internos de grande monta, como os que circunscreviam a vida das mulheres ao espaço doméstico, os que distinguiam velhos e jovens com prioridade para os primeiros e, o principal deles, que dizia respeito à propriedade da terra. Não existia a ideia da igualdade como base da cidadania.

2.3.2 Democracia e desenvolvimento como elementos para a cidadania

Há relações importantes entre autonomia, democracia e desenvolvimento para conceituação da cidadania.

- Cidadania diz respeito à autonomia de uma sociedade para traçar suas políticas. Democracia, sob o viés político, é a capacidade das pessoas de se organizarem e participarem ativamente; sob o viés sociopolítico e económico, é a consagração dos direitos mínimos do homem: educação, saúde, habitação, segurança, alimentação, trabalho; e sob o viés sociocultural, cidadania é a educação que propicia ao povo definir seus próprios valores.
- Sem democracia, a cidadania fica comprometida, podendo inexistir em sociedades que permitem apenas a uma minoria da população a participação nas estruturas política, económica, social e cultural, condição intrínseca da exclusão e, conseqüentemente, da marginalização da maioria.
- Cidadania não é apenas crescimento socioeconómico que se traduz no acesso a bens e riqueza, mas desenvolvimento pleno das capacidades

humanas. Na dimensão social, então, significa atuar criticamente para reverter a desigualdade social, ou seja, as diferenças que poderiam ser evitadas.

É impossível falar de cidadania sem fazer uma referência ao Estado, à sociedade civil e ao mercado.

O Estado é o conjunto de organizações e leis que regulamentam e permitem a vida em um país, com base em três poderes: legislativo, executivo e judiciário. Resulta da correlação de forças políticas, económicas, sociais e culturais. O Estado tem por finalidade promover o bem comum, respeitando os direitos e deveres de cada cidadão. O bem comum é o conjunto de condições materiais, institucionais, culturais e morais necessárias para garantir a todos as possibilidades concretas de atingir níveis de vida compatíveis com a dignidade da pessoa humana.

A sociedade civil ou sociedade dos cidadãos é a organização de pessoas humanas, de cidadãos que, embora detenham interesses diferentes, devem se congregiar na defesa dos direitos de cidadania, pois se compõem como um sistema equitativo de cooperação social, que se perpetua entre as gerações⁴⁴. A sociedade civil deve vigiar o Estado para que cumpra seu dever de atender às necessidades básicas da população: educação, saúde, habitação, segurança, trabalho, alimentação.

O mercado é anterior à sociedade moderna. Está associado à formação das cidades, cujos suprimentos dependiam de relações comerciais com produtores externos, notadamente camponeses. A sociedade de mercado surge no Ocidente a partir do século XVI, quando a produção deixa de ser regida pelas necessidades humanas e passa a atender às necessidades do mercado. Isso se avulta de tal forma que as necessidades humanas, inclusive na saúde, são determinadas pelo mercado e, hoje, podemos dizer que o mercado está dando origem a uma forma moderna de religião: a religião da mercadoria, gerando uma imensa idolatria. O dogma central dessa religião é este: 'O dinheiro tudo pode, move o céu e a terra'. O mercado é a mão invisível que rege nossos destinos, melhor mesmo que nossa consciência, pois toma sempre a decisão mais adequada. Precisamos recolocar, redimensionar o mercado na realidade humana. As relações de mercado são relações sociais que regem a produção, a distribuição e o consumo de bens e serviços. Por se tratar de relações sociais, deveria ser o social, e não o individual, a ocupar a centralidade do mercado. Ou seja, o mercado tem por finalidade atender às metas sociais, às

necessidades básicas. Entretanto, pela lei da oferta e demanda, o mercado determina a produção do que se vai comprar, muitas vezes bens supérfluos, e se preocupa somente com as pessoas que têm dinheiro para consumir.

O exercício da cidadania deve sempre ser considerado um valor acima do Estado e do Mercado. A inversão desta lógica implica conferir, ao Mercado ou ao Estado, caráter autoritário, coercitivo e absoluto.

Tendo como pano de fundo a compreensão de cidadania exposta anteriormente e entendendo a saúde como resultante dos determinantes socioeconômicos no acesso às necessidades básicas, todo e qualquer compromisso na área da saúde deve ser direcionado para garantir a conquista da cidadania. Todos os usuários dos serviços de saúde, todos os cidadãos, têm de ser reconhecidos como atores sociais protagonistas, com direito a participar dos Conselhos Municipais ou Estaduais de Saúde. Os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, também são atores sociais com grande responsabilidade pelos rumos da cidadania na saúde e nos sistemas de saúde.

Dessa forma, cidadania é parte de um processo social, algo a ser conquistado e construído, buscando ampliar os direitos sociais, políticos e civis, tanto individuais como coletivos, de forma a diminuir as desigualdades sociais injustas e evitáveis, que propiciam formas de vida não saudáveis. Essa é a compreensão de cidadania que norteia a presente tese. Daí a importância do estudo das concepções de bioética e cidadania, sobretudo no processo de formação inicial dos enfermeiros.

2.4 O advento da Bioética

Com o advento da bioética, precisou-se afinar várias conceitualizações:

a) moral: o termo *moral* deriva do latim *mos*, *moris*, que significa costumes, conduta de vida. Refere-se às regras de conduta humana no cotidiano. O termo *ética* se equivale, etimologicamente, a *moral*, pois provém do grego *ethos*, que também significa caráter, modo de ser, costumes, conduta de vida. Portanto, hoje, muitos autores usam a palavra *ética* para designar também *moral*^{45,46}. Porém alguns^{47,48} alegam que a vida cotidiana confere às palavras uma história específica, que agrega a cada uma um sentido próprio: no Ocidente, onde prevaleceu o latim, difundiu-se a palavra *moral*. E com a primazia cultural do cristianismo, a palavra *moral* ganhou uma conotação religiosa. Da mesma forma, os filósofos gregos ao refletirem sobre a

ética, atribuíram a ela conotação não religiosa, isto é, de moral natural ou secular. Como a moral dominante no Ocidente tem sido apresentada como um sistema de princípios imutáveis e aparentemente definidos, a palavra tomou, com frequência, um sentido conservador e fechado⁴⁶. Assim, moral diz respeito a valores consagrados pelos usos e costumes de uma determinada sociedade. Valores morais são, pois, valores eleitos pela sociedade e que cada membro a ela pertencente recebe, digamos “passivamente”, e respeita.

b) ética é um juízo de valores; é um processo ativo que vem de ‘dentro de cada um de nós para fora’, ao contrário de valores morais, que vêm de ‘fora para dentro’ de cada um. A ética exige um juízo, um julgamento, em suma, uma opção diante dos dilemas e problemas que representam os conflitos de valores. Nesse processo de reflexão crítica, cada um de nós vai pôr em jogo seu patrimônio genético, sua racionalidade, suas emoções e, também, os valores morais. Para Leonardo Boff⁴⁹,

[...] a palavra *ética*, que vem do grego *ethos*, designa a morada humana. A ética, como morada humana, não é algo pronto e construído de uma só vez. O ser humano está sempre tornando habitável a casa que construiu para si. Ética significa, portanto, tudo aquilo que ajuda a tornar melhor o ambiente para que seja uma moradia saudável. Na ética, há o permanente e o mutável. O permanente é a necessidade do ser humano de ter uma moradia. O mutável é o estilo com que cada grupo constrói sua moradia. Quando o permanente e o mutável se casam, surge uma ética verdadeiramente humana (p. 90)⁴⁹.

c) deontologia, que etimologicamente provém do grego *deon*, *deontos*, significando dever, é a ciência que estuda os deveres e responsabilidades de um determinado grupo profissional. No decorrer da história, a deontologia afastou-se cada vez mais do seu ideal de ‘ciência da moralidade’ e passou a codificar normas para o melhor desempenho do trabalho profissional, por meio da observação e preservação de comportamento que respeitassem deveres e mantivessem direitos específicos da profissão⁵⁰. Fala-se, também, de ética ou legislação profissional, termos que são tratados como equivalentes à deontologia.

No âmbito desse trabalho, adotamos a conceção de ética como ‘juízo de valores’. Não fazemos a opção pelos termos ‘moral’ e ‘deontologia’, pois, como já

exposto, os entendemos como restritivos da reflexão ética e para as tomadas de decisão.

d) bioética: desde o início, Potter⁵¹ usou a palavra ‘ponte’ – **bioética ponte** –, ponte entre ciência biológica e ética, mas como um meio para um fim, ‘ponte para o futuro’ – disciplina que guiaria a humanidade, atribuindo a ela, sentido em direção ao futuro.

Assim, o objetivo da bioética, ao adotar uma postura interdisciplinar, considera em um só campo os conhecimentos da biologia e da ética, com vistas a fornecer elementos à humanidade para caminhar em direção a uma participação racional, mas cautelosa, no processo da evolução biológica e cultural⁵².

2.4.1 Conceitualizações de bioética

Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética); pode-se defini-la como sendo o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar⁵³.

Bioética significa ética aplicada à vida (solucionadora de problemas) e se apresenta como a procura de um comportamento responsável por parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamentos, pesquisas ou posturas com relação à humanidade (p. 166)⁵⁴.

As dimensões éticas examinadas na bioética tendem a focar várias questões maiores: qual é a visão moral da pessoa ou da sociedade? Que tipo de pessoa humana devemos ser? Que tipo de sociedade devemos construir? O que deve ser feito em situações específicas? Como vivermos harmoniosamente? A bioética, pode ser tomada, inicialmente, como um movimento social que lutava pela ética nas ciências biológicas e áreas correlatas, antes de ser uma disciplina norteadora de teorias para o biodireito e para a legislação. A finalidade primeira da bioética foi a de assegurar mais humanismo nas ações do cotidiano das práticas médicas e nas experimentações científicas que utilizam seres humanos. Essa visão, tanto de disciplina como de movimento social, confere à bioética a peculiaridade de ser, ao mesmo tempo, um campo de reflexão e ação sobre as questões do presente e as perspectivas de futuro quanto à saúde das populações (p. 47-48)⁵⁵.

A bioética é uma nova maneira de focar a ética nas ciências da vida e da saúde, que combina estudo e reflexão e traça uma ponte entre as ciências biológicas e humanas, por meio de um diálogo inclusivo, plural e responsável, na busca de sabedoria, entendida como o conhecimento usado para o bem social e promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida para todos⁵⁶.

Assim, a bioética é ética da vida: da saúde e do meio ambiente. Não se pode dela esperar uma padronização de valores, pois exige uma reflexão sobre esses e, como dito, implica opção. Ora, opção implica liberdade. Não há bioética sem liberdade, liberdade para se fazer opção, por mais ‘angustiante’ que possa ser. O exercício da bioética exige, pois, liberdade e opção. E esse exercício deve ser realizado sem coação, sem coerção e sem preconceito e por meio de deliberação. É um processo de reflexão e ação procurando o melhor para as pessoas. Dessa maneira, as sociedades democráticas são mais propícias à bioética.

Bioética, ética da vida, é um espaço de diálogo transprofissional, transdisciplinar e transcultural na área da saúde e da vida, um grito pelo resgate da dignidade da pessoa humana, dando ênfase na qualidade de vida: proteção à vida humana e seu ambiente. Não é ética ‘pré-fabricada’, mas um processo⁵⁷.

A bioética é mais que debater, é mediante o construir com os outros que se desenvolve a responsabilidade do agir, o assumir das escolhas, o fundamento das ações e o responsabilizar-se pelas consequências; é assim que se aprende a viver junto, que se constrói comunidade, que se pratica solidariedade e que se exercita tolerância.

2.5 Fatores que interferem na conscientização e na atuação do enfermeiro

No contexto sociopolítico e econômico, há algumas características que podem dificultar a conscientização e atuação do enfermeiro, influenciando a sua formação e trabalho: liberalismo, capitalismo, globalização, pós-modernidade e a primazia do econômico.

2.5.1 Liberalismo – Capitalismo

O liberalismo é uma ideologia que sustenta a iniciativa privada e a propriedade privada por meio do sistema capitalista. Assim, é uma doutrina de

acumulação do capital que reforça a pobreza por meio da concentração da renda. Não valoriza o trabalho a não ser como mercadoria, e o trabalhador, como um recurso de produção da riqueza, mais-valia e acúmulo de capital. O neoliberalismo é a radicalização do liberalismo: reza um mercado sem fronteiras, um Estado mínimo, sem leis, sem empresas estatais, sem alfândega. O neoliberalismo tem também como característica a apropriação privada dos bens públicos, inclusive os ambientais. Considerando que as condições ambientais são o suporte da vida, apropriar-se dos recursos naturais e gerenciá-los de acordo com interesses privados significa deter o poder de determinar a qualidade e até mesmo a possibilidade de vida para uma coletividade. Não é exagero constatar que esse poder sobre a vida e a morte de uma coletividade tem sido exercido por interesses privados em detrimento do interesse público. As consequências dessa ideologia são: a exploração do trabalhador; empobrecimento; miséria; mercado informal; concentração da renda; massificação da pessoa pelos meios de comunicação social e pela propaganda; destruição da natureza; desqualificação da mão-de-obra^{58,59,60}.

A ideologia liberal se concretiza por meio do sistema capitalista, com algumas características:

- A produtividade, o lucro: Quem produz é gente, quem não produz não é (ou deixa de ser) gente.
- A concorrência é considerada a chave do desenvolvimento pelo neoliberalismo, tornando-se a nova palavra para substituir 'ética'.
- A concentração de bens, terra, poder, informação, saber, comunicação, de forma que os que têm dinheiro têm poder, determina o que é a verdade e a impõe.
- O autoritarismo, marca de tradição de países 'não-democráticos' e 'elitistas', com o povo sempre à margem do processo político, que é, na maioria das vezes, decidido por caciques ou coronéis.
- A injustiça: a própria justiça, que deveria ser o reduto intacto do exercício ético do Direito, em determinados casos é desvirtuada, lenta e elitista. A cumplicidade e a impunidade favorecem aos corruptos e estimulam, no campo e na cidade, o sacrifício de vítimas inocentes.
- A intolerância: a marcha do desenvolvimento só conseguiu produzir desigualdades, que são negadas ou justificadas pelas teses sobre a competição e a eficiência. A lei do mercado recompensa os melhores;

portanto, os não-beneficiados, os excluídos, devem isso à sua pouca qualidade. Absolvido o sistema, são culpabilizados os indivíduos, sem tolerância à diversidade.

2.5.2 Globalização

A globalização pode ser definida como processo económico, social e cultural surgido na segunda metade do século XX, caracterizando-se por: crescimento do comércio internacional de bens, produtos e serviços; transnacionalização de mega empresas; livre circulação de capitais; privatização da economia; minimização do papel do Estado; queda de barreiras comerciais protecionistas; regulação do comércio internacional segundo as regras da Organização Mundial do Comércio; trânsito constante de pessoas e bens entre países; expansão da comunicação, com o surgimento da sociedade da informação, potencializado pela Internet.

Segundo Dias⁶¹, muitos pensadores têm dedicado suas pesquisas à tentativa de interpretar esse momento em que vivemos. Sabemos que a sociedade cresceu bastante nesses últimos 50 anos. No Brasil, por exemplo, registava-se, em 1940, cerca de 42 milhões de habitantes. Esse número subiu para 90 milhões em 1970 e para aproximadamente 191 milhões em 2010.

O mundo precisou adaptar-se a esse movimento populacional. Crescer tornou-se, aparentemente, sua única alternativa, sendo o propósito do progresso proporcionar a essa crescente população melhores condições de vida. Almejava-se dignidade, igualdade e liberdade para todos, entretanto, em um contexto de luta pela sobrevivência e adaptação necessária ao sistema, perderam-se de vista os ideais nobres do respeito e dignidade pela vida e pelo outro, pois, ante um crescimento populacional galopante, tornamo-nos adversários uns dos outros.

A crise do paradigma ético encontra-se igualmente atrelada a todo esse movimento desenfreado de busca ‘por um lugar ao sol’, ocupando o individualismo um lugar de destaque em todo esse cenário social.

A questão passa a ser, então, encontrar alternativas em direção a novos caminhos. Teóricos ao considerarem sobre o enfrentamento da globalização demonstram um ponto comum, qual seja, o entendimento de que uma economia planificada gera um maior controle sobre as forças produtivas e, com isso, ao Estado

cabe centrar-se somente nas questões sociais e no exercício pleno da tutela da democracia.

Precisamos pensar que a economia deve estar a serviço de um bem-estar social. Por isso, não podemos deixar que ‘os filhos das trevas sejam mais espertos que os filhos da luz’, tampouco permitir que a dignidade da pessoa seja ultrajada e violentada pela ganância. O bem-estar de poucos não deve ser custeado pela maioria excluída, que, muitas vezes, se acostumou com o assistencialismo social que a colocou à margem de qualquer tentativa de inclusão e à revelia de seus desejos, opções e direitos. Enfim, uma maioria excluída da própria cidadania.

A cidadania expressa um conjunto de direitos e deveres que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo. Quem não exerce sua cidadania fica marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões.

Não há, entretanto, equidade nas regras globais em matéria de comércio e finanças. As políticas internacionais mostram-se incapazes de responder aos desafios impostos pela globalização. Para a Organização Internacional do Trabalho, políticas e regras, configuradas em grande medida por países e atores poderosos, podem tornar insuficiente qualquer ação de assistência oficial e, conseqüentemente, impossibilitam o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio, aprovadas na Cúpula do Milênio, que ocorreu de 6 a 8 de Setembro de 2000, em Nova Iorque⁶², que reuniu 147 chefes de Estado e de governo e de 189 países. Essa Cúpula estabeleceu oito objetivos de Desenvolvimento: erradicação da miséria e da fome; universalização do ensino básico; promoção da igualdade de oportunidades entre os sexos; redução da mortalidade infantil; promoção da saúde materna; combate à SIDA, à malária e à tuberculose; garantia da sustentabilidade ambiental; e parceria mundial para o desenvolvimento. A maioria dos países em desenvolvimento segue tendo pouca influência nas negociações globais sobre as regras e na determinação das políticas das instituições financeiras e econômicas-chave.

O conceito ‘globalização’ está manchado pela face obscura da modernidade; a racionalidade instrumental; eficácia funcionalista; a face antissocial do capitalismo em sua forma tardia de neoliberalismo. Nesse contexto de luta pela sobrevivência e adaptação necessária ao sistema, perderam-se de vista os ideais nobres, como a dignidade e o respeito pela vida e pelo outro, uma vez que somos, no sistema capitalista, adversários comuns, uns dos outros. A crise do paradigma ético encontra-

se igualmente atrelada a todo esse movimento desenfreado de busca ‘por um lugar ao sol’. O individualismo ocupa um lugar de destaque em todo esse cenário social.

2.5.3 Pós-Modernidade

A Pós-modernidade é o nome aplicado às mudanças ocorridas nas ciências, nas artes e nas sociedades a partir de 1950, quando, por convenção, muitos autores marcam que se encerra o modernismo (1900-1950). Nesse sentido, encarnam-se hoje estilos de vida e de filosofia nos quais se constrói uma ideia que pode ser tida como « arqui-sinistra »: o niilismo; o nada; o vazio; a ausência de valores e de sentido para a vida. Mortos Deus e os grandes ideais do passado, a pessoa moderna valorizou a arte, a história, o desenvolvimento, a consciência social para se salvar! Dando adeus a essas ilusões, a pessoa pós-moderna entende que não existe céu nem sentido para a história e, assim, se entrega ao presente e ao prazer, ao consumo e ao individualismo. Sendo tudo tido como relativo e ilusório, sem ideologia e ideais verdadeiros, onde o que se resta para fazer é libertar os instintos reprimidos e deixar-se levar pela sensibilidade, a Pós-modernidade forma uma mentalidade imediatista nas pessoas. Aproveita-se ao máximo o presente, sem se preocupar com o que vem depois, que pode ser a morte. Por não haver pelo que lutar ou o que defender, já que tudo é relativo, até mesmo aquilo em que cada um acredita, a pós-modernidade gera uma sociedade pacifista e consensual; como consequência, tem-se uma apatia política. Mas esse não é um pacifismo a partir de um princípio superior a todos os homens, e sim um pacifismo no qual todos não lutam pelo que acreditam, ou não acreditam naquilo pelo que se lutam, pois toda ideologia é falsa⁶³.

2.5.4 Centralidade e primazia do económico em detrimento do social

Nossa realidade é movida por quatro forças: (i) uma filosofia (existencialista); (ii) uma cultura (a modernidade e a pós-modernidade); (iii) uma ideologia (o neoliberalismo); (iv) um sistema (o capitalismo). Mas, para entender o alcance dessas forças, é necessário enfatizar a teoria económica, ou seja, a racionalidade económica que está na base da relação dessas quatro forças. A teoria económica muitas vezes é abstrata, seca, despersonalizada, isto é, sem envolvimento com o social. Assim, o pensamento económico afirma que seria prejudicial à própria

eficiência económica a intromissão da moral ou de valores sociais. Por isso, torna-se estranho falar de eficiência social como condição significativa à eficiência económica.

Hoje, são os economistas que mais falam dos sacrifícios necessários para a “salvação”, entendendo que ela é possível dentro do mercado. Os economistas insistem sobre o fato de que só o mercado pode produzir eficazmente as quantidades ilimitadas de bens de consumo para satisfazer os insaciáveis desejos de todos, instalando uma ‘cidadania de consumo’.

No sistema de mercado, toda produção é voltada para atender aos desejos dos consumidores, daqueles que não são excluídos porque podem e têm condições de consumir. O desejo é muito mais poderoso que a realidade. Desejar estar no mercado substitui o estar efetivamente nele. O desejo é internalizado, não há necessidade de maiores pressões: o desejo aderiu ao projeto. E para tanto, são necessários os sacrifícios humanos para a satisfação dos desejos dos mais aptos, dos eleitos, daqueles que conseguem trilhar o estreito caminho da competição e da eficácia. Hoje, o mercado está dando origem a uma nova configurada forma moderna de religião, uma quase cultura: ‘o sempre mais e melhor’. Alertar para isso foi uma das preocupações de Potter quando propôs a bioética. Negando a cidadania, o sistema económico não cuida das pessoas nem do povo!

2.6 Educação e cidadania na enfermagem

O professor é a pessoa capaz de transmitir conhecimentos ou facilitar o processo de aprendizagem. O educador, por sua vez, é o que, além de ser professor, transmite valores aos seus educandos⁶⁴. Por isso, concordamos com Henry Adams⁶⁴ quando afirma que: “O educador se liga à eternidade; ele nunca sabe onde cessa a sua influência”.

Na Antiguidade, Aristóteles⁶⁵, de maneira genérica, afirmava que a finalidade da educação era formar um homem honesto, capaz, corajoso, justo e disciplinado. Entendia que por ser objetivo de todo legislador tornar os cidadãos bons e cumpridores de seus deveres, esse precisava criar regras sobre a educação. Assim, Aristóteles considerava o sistema educacional como parte integrante do sistema estatal. A importância da educação, para esse grande filósofo, residia no fato de que somente por meio dela seria possível harmonizar a saúde do Estado, imprimindo uma

unidade orgânica à comunidade política. Por isso, a educação deveria estar sempre sob a égide do Estado. Afirmava com tenacidade que o objetivo da educação era tornar as pessoas virtuosas, forjando o caráter.

Nessa visão, um plano educacional não pode prescindir da ideia de uma base ética. A atuação docente não se resume às questões didáticas ou metodológicas. A educação integral exige, necessariamente, a educação da consciência social e a aproximação do educando à realidade sociopolítica e económica da sociedade na qual vive. Então, parece propício destacar de Assmann⁶⁶ que educar é a mais avançada tarefa social emancipatória, pois implica defender vidas.

O modelo educativo predominante na formação profissional, na enfermagem, propicia a reprodução de relacionamentos verticais, que dificultam a análise, a controvérsia, a reflexão, produzindo modelos de submissão e obediência⁶⁷.

E mais, referindo-se à educação na década de 1990, Sobral⁶⁸ comenta que é considerada, sobretudo, como promotora de competitividade, possibilitando ao “indivíduo a condição de empregabilidade e traz para a sociedade a modernidade associada ao desenvolvimento sustentável” (p. 5). O mercado é o fim último da educação e da produção do conhecimento dentro das concepções globalizantes, impulsionadora da inserção dos países no capital internacional, se distanciando de seu papel de formação para a cidadania.

Portanto, frente à realidade da área da saúde, a temática a ser abordada nos cursos de ética durante a formação profissional precisa ultrapassar os muros do corporativismo, muito bem representado nos códigos de ética profissional e leis. É preciso apontar para questões cruciais que limitam as potencialidades do ser humano e lhe roubam a vida e a cidadania.

A necessidade de fomentar uma discussão ética sobre a cidadania na saúde não se coaduna com os tradicionais modelos de educação adotados na enfermagem. Por isso, o ensino de enfermagem tem contemplado os padrões de cientificidade propostos para a área da saúde em uma concepção mecanicista sobre saúde-doença, que toma o indivíduo como ‘objeto’. Esse ensino tem, geralmente, se fundamentado em concepções pedagógicas pautadas pela transmissão de conhecimentos, nas quais a experiência do educando resume-se a receber informações, em uma relação de dominação/submissão entre quem ensina e quem aprende.

Entendemos que na nossa discussão deveria ficar evidente o papel da educação como promotora da cidadania, ao se comprometer com a rutura de valores,

conceitos e princípios excludentes, assumindo a responsabilidade de afirmar as diferenças e o respeito ao outro no processo de formação educativa para promovermos uma sociedade mais justa. Esse desafio está em um lento processo de incorporação pela sociedade, e longa será a trajetória da educação neste intuito⁶⁹.

Assim, torna-se importante refletir sobre o conteúdo das disciplinas de deontologia, legislação profissional, ética ou bioética nos cursos de graduação (licenciatura) de enfermagem. É necessário preparar profissionais de enfermagem que se entendam como cidadãos, se se quer a saúde de todas as pessoas. A enfermagem é uma força na área da saúde e, portanto, dentro da sociedade podemos ser agentes de transformação em nível profissional e social.

2.7 Profissionalidade

Neste tópico trataremos do professor sob a ótica da profissionalidade⁷⁰. Para as autoras, a profissionalização depende, dentre muitos fatores, de como o professor compreende e analisa suas práticas educativas; como articula saberes da docência no seu ato de ensinar; como reflete na ação diante do inesperado e do desconhecido. Mas a profissionalização reflete uma prática educativa distanciada do dia a dia e da busca de novas possibilidades de agir no ensino.

Por isso, ainda segundo as autoras, o conjunto de saberes articulados na docência há de legitimar uma reflexão sobre a profissionalidade, que pode ser definida em termos de funções específicas a assumir, de competências a aplicar, mas também em termos de identidade e de questões sociais. A profissionalidade constitui um conjunto de competências que o profissional enfermeiro deveria ter, ou seja, o conjunto de competências reconhecidas socialmente como característica dessa profissão.

Os traços que caracterizam a profissionalidade repousam sobre a capacidade de identificar e resolver problemas em situação de incerteza, de stresse e de forte envolvimento pessoal. A profissionalidade é a profissão em estado de ação que se constrói nas trocas sociais e simbólicas estabelecidas entre os sujeitos. Constitui-se pela autonomia que o docente exerce na escola diante de seu trabalho; pela responsabilidade de sua formação permanente; pela capacidade de aprender e refletir sobre sua ação.

Diante do inesperado, o educador mobiliza seu 'talento artístico', fazendo uso de seu reservatório de conhecimentos e saberes, conforme a situação particular exige, ou procurando adquirir novos conhecimentos, impulsionando sua autoformação. O professor exerce sua prudência prática a partir de seus valores, de seus princípios, de suas convicções éticas e políticas.

A prática docente pressupõe um processo contínuo de ação-reflexão, de indagação e de experimentação, no qual o professor aprende ao ensinar e ensina porque aprende; intervém para facilitar e não para impor nem substituir a compreensão dos alunos.

Entendemos que esse é o processo educativo mais favorável à formação cidadã do enfermeiro, pois, segundo Schaurich et al.⁷¹, a metodologia da problematização apresenta-se como uma possibilidade para se provocar as transformações necessárias no que diz respeito à saúde, suas políticas, recursos humanos e financeiros, métodos e objetivos. Isso vale, segundo os autores, também para a prática da Enfermagem. A problematização como estratégia pedagógica para a educação em Enfermagem contribui para a formação de educandos mais críticos e reflexivos, capazes de construir o conhecimento em parceria com os educadores, tendo como finalidade um olhar inovador e transformador das situações de saúde-doença. Isso é o que se almeja na formação cidadã do enfermeiro.

3 OBJETIVOS

Com este estudo, pretendeu-se, numa perspetiva geral:

Reconhecer as pontes e barreiras para a formação do enfermeiro cidadão entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal.

Deste objetivo geral emetiram como objetivos específicos:

1. Averiguar as conceções de saúde, bioética e cidadania entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal.
2. Analisar e Discutir o projeto político e pedagógico e as estratégias de ensino adotadas pelos docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal.

4 METODOLOGIA DO ESTUDO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, empírica, com abordagem quanti-qualitativa por meio de um questionário (Anexo A) e análise documental dos planos de ensino.

4.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi constituído por Faculdades de Enfermagem de São Paulo (Brasil) e de Portugal, com foco nos cursos de graduação em enfermagem (1º ciclo-licenciado). No Brasil e em Portugal, os sistemas de saúde nacionais são universais, gerais e públicos, com gestão descentralizada e participada. A escolha da cidade de São Paulo (Brasil) e de Portugal foi feita em função do tamanho da população, do número de profissionais de enfermagem e de faculdades / escolas de graduação de enfermagem serem muito semelhantes e permitirem comparações.

A população da cidade de São Paulo (Brasil) era, em 2009, de 11.037.593 habitantes (www.ibge.gov.br). Em Portugal, a população era, em 2007, de 10.617.000 habitantes (www.portugal.gov.pt).

Segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, em Março de 2010, o número de enfermeiros na cidade de São Paulo era de 25.905 (www.corensp.org.br, Março de 2010). Em Portugal, os enfermeiros eram, em 2009, 59.745 (www.ordemdosenfermeiros.pt). O número de faculdades de graduação de enfermagem era, em São Paulo, 42 (e-mec 2010) e, em Portugal, 42 (www.ordemdosenfermeiros.pt: Plano estratégico de ensino de enfermagem 2008/2012).

De cada local de pesquisa, foi selecionada uma escola pública e duas privadas, sendo uma laica e outra confessional. Buscou-se a representação da

tipologia existente em cada país, por se considerar que o ensino da enfermagem está em uma área sensível à filosofia institucional, devido à forte influência do *curriculum* oculto na formação profissional.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão das Instituições de Ensino Superior

Os critérios de inclusão foram a antiguidade e dimensão da instituição, considerados o número de alunos e a inserção comunitária. Para Portugal, as escolas deveriam ser de diferentes regiões do País. Foram excluídas as Instituições onde o doutorando e as orientadoras exerciam suas atividades profissionais, para evitar vieses.

4.4 Sujeitos da pesquisa

Em ambos locais da pesquisa, foram sujeitos os docentes de deontologia, legislação profissional, ética e/ou bioética na graduação/licenciatura em enfermagem.

Como considerações éticas, solicitou-se a autorização das instituições de ensino, ponderando que não haveria custo financeiro, seja para elas ou para os sujeitos, já que foi enviado pelo pesquisador um envelope-resposta para retorno dos questionários, ou as entrevistas foram feitas pessoalmente. Quanto a prejuízos para a rotina de trabalho, esses foram minimizados com a possibilidade do sujeito responder o questionário no melhor horário possível, já que era autoaplicável. No caso das entrevistas, foi marcado o melhor horário e local para o entrevistado.

Como benefício principal do trabalho para todos os participantes está a oferta de dados empíricos que poderão contribuir para a melhoria das grades curriculares e da prática de ensino.

Os modelos de autorização institucional utilizados estão nos Anexos B, C, D.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, sob número 2080/08 (Anexo E).

Os sujeitos formalizaram seu consentimento para participarem do estudo por meio do ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, cujo modelo está no Anexo F.

As escolas/docentes/planos de ensino selecionados receberam um código para manter a privacidade e a confidencialidade das instituições e de seus docentes.

Amostra:

Este questionário foi aplicado em uma amostra de 14 docentes, sendo 7 docentes de Universidades Portuguesas e 7 docentes de Universidades Brasileiras. A quantidade de docentes está representada por “Nº” em cada uma das tabelas mostradas na tabulação do questionário.

4.5 Recolha de dados

O instrumento principal para a recolha de dados foi questionário autoaplicável, com perguntas abertas e fechadas para identificar as concepções de bioética, saúde e enfermagem. Também foram recolhidos dados demográficos e da experiência profissional dos entrevistados, bem como de sua formação profissional e em bioética. A recolha e análise documental dos Planos de Ensino da disciplina ministrada (deontologia, legislação profissional, ética ou bioética) completaram a recolha de dados.

A recolha de dados começou em Outubro de 2008, após o registo definitivo do projeto de investigação. De fato, logo após a aprovação do projeto, entramos em contacto via e-mail com reitores e/ou diretores das Universidades escolhidas para realizar a pesquisa pedindo a autorização para fazê-la. Além de pedir licença para fazer a pesquisa, pedimos também o nome da pessoa responsável do setor acadêmico que poderia fornecer os nomes de docentes da área de deontologia, legislação profissional, ética ou bioética. Em 08 de Dezembro de 2008, encaminhamos o protocolo de pesquisa para o Comité de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil, pelo fato de este Comité ser reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O protocolo de pesquisa foi aprovado na reunião de 13 de Fevereiro de 2009 (Anexo A).

Após a aprovação pelo Comité de Ética em Pesquisa, tendo recebido o aceite para fazer a pesquisa nas Universidades e tendo em mãos o nome das pessoas responsáveis pelo setor acadêmico, no mês de Março de 2009, foi solicitado às Universidades o nome dos docentes de deontologia, legislação profissional, ética ou bioética para contactos.

Depois de receber os nomes dos docentes que poderiam fazer parte da pesquisa, em Junho de 2009, foram enviados, via e-mail a cada um, esclarecimentos sobre as etapas da pesquisa e seus objetivos, avisando que já tínhamos a autorização do Reitor e/ou do Diretor da Universidade e que os nomes de cada docente haviam sido sugeridos pelo setor académico da instituição. No e-mail, ainda esclarecíamos que tinham liberdade para participar ou recusar. No caso de aceitarem, pedíamos a gentileza de responder o questionário, assinar o ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’ (Anexo B) e anexar o Plano de Ensino da disciplina ministrada (deontologia, legislação profissional, ética ou bioética).

O questionário (Anexo C) foi aplicado em uma amostra de 14 docentes, sendo 7 de Universidades Portuguesas e 7 de Universidades Brasileiras (São Paulo, Brasil).

A recolha de dados em São Paulo (Brasil) mostrou-se difícil para receber as respostas aos questionários, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os Planos de ensino da disciplina. Ou seja, para receber todo o material das Universidades de São Paulo (Brasil), o primeiro retorno do material, foi em Setembro de 2009 e o último em Março de 2010, após vários contactos telefónicos e via e-mail.

Em Portugal, para obter a licença dos reitores e/ou diretores das Universidades, bem como receber do setor académico delas os nomes dos docentes que poderiam ser incluídos na pesquisa foi um processo rápido. Mas, para receber os questionários respondidos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Plano de Ensino da disciplina, foi trabalhoso. O docente N respondeu em Setembro de 2009. Aproveitando a realização do V Congresso Luso-Brasileiro de Enfermagem na cidade do Porto (Portugal), nos dias 29 e 30 de Outubro de 2009, fomos até os docentes A e B, na universidade onde trabalhavam. Fomos muito bem acolhidos e conversamos bastante sobre a finalidade do trabalho e, depois de esclarecimentos, responderam ao questionário, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entregaram os Planos de Ensino da Disciplina. Assim, havia apenas três questionários respondidos de Portugal até Outubro de 2009.

Fomos, em seguida, até a universidade dos docentes que receberam os códigos para manter a confidencialidade, conversamos com o coordenador do curso de Deontologia, Legislação profissional, Ética ou Bioética. Ele explicou que o ensino da Ética na graduação em Enfermagem na sua Universidade era dividido em três partes: Antropologia, Ética Fundamental e Bioética. Sendo assim, havia quatro

docentes envolvidos no ensino da ética, e o coordenador reconheceu que não sabia a quem enviar os questionários. Após nossa explicação e esclarecimentos, identificou que quatro docentes poderiam responder ao questionário, já que as quatro partes do curso de Ética se enquadravam na pesquisa. Ele se encarregou de providenciar a entrega do questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o plano de ensino da disciplina, devolvendo-nos, por correio, o material assim que os tivessem respondido. Assim, recebemos todo o material em Novembro de 2009, o que representou um ano para terminar a recolha de dados.

4.6 Organização e análise dos dados

As perguntas fechadas do questionário tiveram tratamento estatístico por meio de médias e proporções (frequências), com uso do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - pacote estatístico para as ciências sociais). As perguntas abertas passaram por uma análise qualitativa, por meio do software NVivo 8 (análise do discurso).

O *software* SPSS permite decidir, a partir da transformação dos dados recolhidos em informações, se existe relevância entre os dados obtidos. Esse *software* teve a sua primeira versão em 1968 e é um dos programas de análise estatística mais usado nas ciências sociais.

O aplicativo básico, o SPSS *Data Editor*, é útil para fazer testes estatísticos, tais como os testes da correlação e de hipóteses, permitindo a contagem de frequência, ordenação de dados e reorganização da informação. A sua utilização nessa pesquisa ocorreu na forma mais simples, no tocante ao processo de tabulação, permitindo estabelecer uma correlação entre os dados, uma vez que essa proposta de pesquisa não exigiu testes de hipóteses e correlação entre as variáveis. Utilizou-se da prática estatística, observando os pontos comuns e divergentes dos dois locais de pesquisa por meio do desvio padrão e da mediana, para a caracterização e busca da média e desvio padrão dos grupos.

Enfatizamos as medidas de frequência e desvio-padrão, que permitem concluir o grau de comparação entre São Paulo (Brasil) e Portugal sobre os dados obtidos nos questionários respondidos. Entretanto, o questionário contém questões abertas, visando a coletar opiniões e conceitos para contemplar os objetivos

propostos neste estudo. Além disso, foram obtidos dados a partir dos documentos dos planos de ensino, obrigando o uso de outras metodologias, que contemplassem uma análise que levasse em conta o modelo de dados qualitativos contidos nas informações.

A metodologia qualitativa permite analisar o outro lado das afirmações, que a quanti não permite atingir, devido à variedade de interpretações, de acordo com Bardin⁷². Dessa forma, a pesquisa tornou-se quantitativa e qualitativa. Na interpretação qualitativa, para garantir um resultado adequado ao objetivo proposto, optou-se pela metodologia de análise do conteúdo para a avaliação não só dos dados contidos nos planos de ensino, como também para a análise das questões abertas componentes do questionário. Dessa forma, procurou-se melhor compreender e interpretar os resultados obtidos na pesquisa, a partir de uma análise documental objetivando, à luz dos documentos, articular teoria e prática, para a compreensão das representações dos sujeitos pesquisados.

A linguística, durante o século XX, foi direcionada para o amplo crescimento no discurso, tanto nas ciências sociais gerais como nos estudos organizacionais. Na década de 70 do século passado, estudiosos começaram a dedicar atenção a aspetos simbólicos e metafóricos do discurso organizacional e ao papel central da linguagem. A análise de conteúdo surgiu no início do século XX, nos Estados Unidos, sendo utilizada em diversos setores das ciências humanas e anterior a análise do discurso.

Para Bardin⁷², a análise de conteúdo é:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (p. 42)⁷².

A análise de conteúdo tem como foco materiais textuais escritos, como é o caso da análise de planos de ensino, referindo-se ao *corpus* de arquivos. Preocupa-se com o conteúdo descrito no documento, com a materialidade linguística por meio das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para a sua interpretação, fixando-se no conteúdo do texto, sem fazer relação além deste, com vistas a uma análise por meio do conteúdo apresentado sem buscar outros sentidos.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos das tabulações das perguntas que compõem o questionário bem como os resultados da análise documental dos planos de ensino pesquisados.

Em primeiro lugar, apresentaremos as questões fechadas do questionário; em seguida, as abertas; e, por último, os dados referentes aos planos de ensino.

5.1 Caracterização dos docentes

5.1.1 Área de formação

A formação básica dos docentes e suas titulações estão nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Distribuição dos docentes, segundo área de formação e titulação, Portugal

Graduação	Nº	%	Especialização	Nº	%	Mestrado	Nº	%	Doutorado	Nº	%
Enfermagem	3	42,9%	SIM	5	71,4%	SIM	5	71,4%	SIM	4	57,1%
Teologia	3	42,9%	NÃO	0	0,0%	NÃO	1	14,3%	NÃO	3	42,9%
Não respondeu	1	14,3%	Não respondeu	2	28,6%	Não respondeu	1	14,3%	Não respondeu	0	0,0%
Total	7	100%	Total	7	100%	Total	7	100%	Total	7	100%

Tabela 2 – Distribuição dos docentes, segundo área de formação e titulação, São Paulo (Brasil)

Graduação	Nº	%	Especialização	Nº	%	Mestrado	Nº	%	Doutorado	Nº	%	Pós-doutorado	Nº	%
Enfermagem	5	71,4%	SIM	6	85,7%	SIM	5	71,4%	SIM	3	42,9%	SIM	1	14,3%
Medicina	2	28,6%	NÃO	0	0,0%	NÃO	2	28,6%	NÃO	4	57,1%	NÃO	6	85,7%
Não respondeu	0	0,0%	Não respondeu	1	14,3%	Não respondeu	0	0,0%	Não respondeu	0	0,0%	Não respondeu	0	0,0%
Total	7	100%	Total	7	100%	Total	7	100%	Total	7	100%	Total	7	100%

De acordo com os dados recolhidos, 71,4% dos docentes em São Paulo (Brasil) e 42,9% dos docentes em Portugal apresentam graduação em Enfermagem. Ainda de acordo com a formação dos docentes pesquisados em Portugal, 42,9% apresenta Teologia como curso de graduação, o que não aparece em São Paulo (Brasil), que relata ter 28,6% dos docentes formados em Medicina, formação que não aparece em Portugal.

Não foram investigadas as áreas de titulação, pois a formação em pós-graduação dos docentes na enfermagem e/ou bioética pode ser feita em diferentes áreas e o que importava era apreender o preparo docente para ensino e pesquisa.

5.1.2 Experiência Profissional

A experiência profissional dos sujeitos na docência e em enfermagem encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Experiência Profissional dos docentes em Portugal e em São Paulo (Brasil), segundo a média de anos trabalhados

Área de atuação	PORTUGAL		SÃO PAULO (BRASIL)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Exercício de enfermagem	26,0	12,1	28,0	4,3
Docência na graduação de Enfermagem	17,2	8,8	12,0	9,8
Docência em Ética e Bioética	11,9	7,7	6,9	5,4

Os sujeitos não iniciaram a docência na enfermagem pela ética e bioética, conforme se observa na média de anos de experiência nas áreas de atuação no ensino.

5.1.3 Local de trabalho

As cidades de trabalho dos sujeitos em Portugal são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos docentes, segundo local de trabalho em Portugal

Porto	Braga	Lisboa
28,6%	14,3%	57,1%

Em São Paulo (Brasil), todos os sujeitos trabalham na cidade de São Paulo.

5.1.4 Disciplinas ministradas

Na Tabela 5, encontra-se a quantidade de disciplinas ministradas pelos docentes, incluindo a ética/bioética.

Tabela 5 – Distribuição dos docentes em Portugal e em São Paulo (Brasil), segundo a quantidade de disciplinas ministradas

Quantidade de disciplinas	Portugal		São Paulo (Brasil)	
1	5	71,4%	3	42,9%
2	1	14,3%	1	14,3%
3	1	14,3%	3	42,9%
Total	7	100%	7	100%

Segundo o que se observa na Tabela 3, há docentes que ministram exclusivamente ética e bioética. Observa-se na tabela, também, que, em Portugal, existe um maior número de professores que ministram uma única disciplina e, em São Paulo (Brasil), um maior número de profissionais com o número máximo de disciplina encontrada.

Nas tabelas 6 e 7 apresenta-se a frequência dos docentes por disciplina ministrada, Portugal e São Paulo (Brasil)

Tabela 6 – Docentes por disciplinas ministradas em Portugal

Disciplinas	Nº
Ética	2
Bioética	2
Enfermagem e Cidadania	1
Antropologia	1
Deontologia, Políticas e Direito da Saúde	1
Especialização Ética em Enfermagem	1
Construção e validação de instrumentos	1
Investigação Aplicada	1

Tabela 7 – Docentes por disciplinas ministradas em São Paulo (Brasil)

Disciplinas	Nº
Bioética	3
Processo de cuidar em enfermagem	2
Metodologia da Pesquisa	2
Ética e Legislação Profissional	1
História da Enfermagem	1
Terapias alternativas e Comunicação interpessoal	1
Saúde do adulto	1
Saúde da criança	1
Filosofia	1
Espiritualidade e Medicina	1

Em Portugal, apresenta-se um número significativo de docentes lecionando apenas as disciplinas de ética e de bioética na graduação/licenciatura de enfermagem. Em São Paulo (Brasil), há um número igual de docentes que lecionam somente bioética e que acumulam outras duas disciplinas.

A maioria das disciplinas ministradas pelos docentes de ética e bioética é relacionada a essa temática, como a de ‘enfermagem e cidadania’. Outras, como ‘construção e validação de instrumentos’ e ‘investigação aplicada’ se referem à metodologia, conhecimento também útil para a bioética enquanto disciplina acadêmica.

Ao contrário de Portugal, em São Paulo (Brasil), os docentes acumulam com bioética disciplinas de assuntos profissionais da enfermagem. Chama atenção a

concomitância da docência de ética e bioética com ‘história da enfermagem’ e ‘terapias alternativas’.

5.1.5 Estratégias para transposição dos conteúdos teóricos para a prática

Os respondentes tiveram que enumerar (de um a quatro), segundo o grau de utilização, as estratégias às quais recorrem para transpor os conteúdos teóricos da ética/bioética para a prática. Deveriam considerar quatro para a estratégia mais utilizada e um para a menos utilizada.

As alternativas incluíam: análise da realidade; discussão de casos; filmes seguidos de debates ou discussões; e seminários. Os resultados dessa questão encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8 – Média da importância das estratégias utilizadas para transposição dos conteúdos da Ética/Bioética para a prática, em Portugal e em São Paulo (Brasil)

Estratégias	Portugal		São Paulo (Brasil)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Análise da realidade	3,3	1,3	3,4	1,1
Discussão de casos	3,0	0,6	2,7	0,8
Filmes seguidos de debates	1,7	0,8	2,0	1,2
Seminários	1,7	0,8	1,9	0,9

Tanto em Portugal quanto em São Paulo (Brasil), as estratégias mais utilizadas foram: análise da realidade, seguida de discussão de casos. Da mesma forma, as menos utilizadas foram filmes seguidos de debates e seminários. Observa-se, dessa forma, uma preocupação com a realidade, com o quotidiano.

5.1.6 Elementos considerados no preparo das aulas para a disciplina de Ética / Bioética

Foi pedido aos sujeitos que apontassem o que levam em conta ao prepararem suas aulas de ética/bioética. Deveriam pontuar quatro para o mais importante e um para o menos importante.

Os elementos investigados foram: relação professor-aluno; estratégia de ensino; conteúdo a ser ministrado; e objetivos da disciplina. Os resultados estão na Tabela 9.

Tabela 9 – Média da importância atribuída aos elementos considerados na preparação de aulas de Ética/Bioética, em Portugal e São Paulo (Brasil)

Elementos	Portugal		São Paulo (Brasil)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Conteúdo a ser ministrado	3,4	0,8	1,6	0,5
Objetivos da disciplina	3,3	0,5	3,3	1,2
Relação professor-aluno	1,7	1,1	2,9	1,0
Estratégia de ensino	1,6	0,5	3,9	0,4

Enquanto em Portugal os elementos mais importantes foram o conteúdo a ser ministrado e os objetivos da disciplina, em São Paulo (Brasil) atribuiu-se mais importância à estratégia de ensino, seguida pelos objetivos da disciplina e da relação professor-aluno.

5.1.7 Dificuldades encontradas para a execução do Plano de Ensino

Para ordenar as dificuldades que os sujeitos enfrentavam na implementação de seu planejamento da disciplina de Ética/Bioética, pediu-se que analisassem a

transposição do conteúdo teórico para o quotidiano do aluno; a integração com outras disciplinas; a carga horária necessária para o desenvolvimento do conteúdo; a carga horária necessária para o aprofundamento das discussões; o interesse do aluno pela disciplina; a adequação dos recursos bibliográficos; e a adequação dos recursos didáticos.

Deveriam assinalar sete para a maior dificuldade e um para a menor, não podendo haver repetição de números. Os resultados encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10 – Média atribuída às dificuldades para a implementação do Plano de Ensino proposto para a disciplina de Ética/Bioética, em Portugal e em São Paulo (Brasil)

Dificuldades para a execução do Plano de Ensino	Portugal		São Paulo (Brasil)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Transposição para o quotidiano	4,6	1,9	4,9	2,2
Integração com disciplinas	4,4	1,6	4,3	1,4
Carga horária para conteúdo	4,3	2,0	4,4	2,1
Carga horária para discussões	4,0	1,6	5,0	1,8
Interesse do aluno	3,9	2,4	4,7	1,1
Adequação recursos bibliográficos	3,9	2,3	2,0	2,2
Adequação recursos didáticos	3,0	2,2	2,7	1,5

A análise das dificuldades para a execução do plano de ensino planejado para a disciplina de Ética/Bioética mostra uma coincidência entre Portugal e São Paulo (Brasil), nos cinco pontos mais importantes, ainda que em ordenação diferente. Foram eles: transposição do conteúdo teórico para o quotidiano do aluno (o mais importante em Portugal e o segundo colocado no Brasil); carga horária necessária para o aprofundamento das discussões (dificuldade mais importante em São Paulo (Brasil) e a quarta em Portugal); interesse do aluno pela disciplina, bem destacado em São Paulo (Brasil). A inadequação da carga horária para o ensino da bioética é sentida em ambos os países. Em Portugal, refere-se a inadequação da carga horária para o conteúdo e, no Brasil, cita-se que falta tempo para as discussões. Pontos que mereceram destaque em ambos os locais foram o desenvolvimento do conteúdo e a integração com outras disciplinas.

Os resultados indicam o uso da casuística, com a discussão de casos, talvez, ainda distantes da experiência do aluno, porque constituem vivências da prática profissional que, muitas vezes, o aluno ainda não faz ou sequer fez ou refletiu.

5.1.8 Competências para a docência em Ética/Bioética

Pediu-se aos sujeitos que enumerassem, por ordem de relevância, as competências dos docentes para o ensino em Ética/Bioética. Deveriam considerar nove para o mais relevante e um para o menos, não podendo haver repetição de números. Incluíram-se como alternativas nove questões: o conhecimento em ética/bioética; a atualização em Ética/Bioética; a facilidade de comunicação; a facilidade de relacionamento interpessoal; a publicação de trabalhos na área de Ética/Bioética; o acompanhamento de questões de Ética/Bioética nos meios de comunicação social; a criatividade; a habilidade de liderança; a habilidade para resolução de conflitos. Os resultados estão na Tabela 11.

Tabela 11 – Média de relevância atribuída às competências docentes para o ensino em Ética/Bioética, Portugal e São Paulo (Brasil)

Competências	Portugal		São Paulo (Brasil)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Conhecimento	8,9	0,4	8,7	0,8
Atualização	7,3	1,0	7,0	1,5
Facilidade de comunicação	6,1	2,1	5,4	2,4
Relacionamento	5,4	1,3	5,0	2,4
Publicação de trabalhos	4,3	2,8	3,4	2,0
Acompanhar os meios de comunicação social	4,0	2,1	4,1	2,9
Criatividade	3,9	1,9	4,3	1,6
Liderança	3,3	2,1	2,6	1,3
Resolução de conflitos	2,3	1,4	4,4	2,6

Coincidem as respostas de Portugal e de São Paulo (Brasil) quanto às primeiras quatro competências mais relevantes para o ensino de Ética/Bioética. As quatro mais relevantes, em ambos os locais, foram em ordem crescente:

conhecimento em ética/bioética; atualização em Ética/Bioética; facilidade de comunicação; e facilidade de relacionamento interpessoal.

Observam-se, também, diferentes atribuições de relevância às publicações. Em Portugal este item teve maior relevância do que no Brasil. Em compensação, a resolução de conflitos foi mais relevante em São Paulo (Brasil) do que em Portugal.

As respostas a esta questão são compatíveis e coerentes com a importância atribuída ao conteúdo no ensino. A atualização é importante para um ensino focado na realidade. Em São Paulo (Brasil), a relevância dada à facilidade no relacionamento reforça a importância atribuída, no ensino, à relação professor-aluno, reiterando a tendência para um ensino humanista.

5.1.9 Concepções de bioética

Foi pedido aos sujeitos que enumerassem nove afirmações sobre bioética, segundo a proximidade de cada uma com o ponto de vista do respondente. Deveriam considerar nove para a assertiva que mais se aproximasse de seu ponto de vista e um para a que menos se aproximasse. Cada número só poderia ser usado uma única vez.

As afirmações eram: ‘Bioética é diálogo transdisciplinar e transcultural’; ‘Bioética é estudo transdisciplinar’; ‘Bioética é consequência dos importantes avanços na ciência biológica’; ‘Bioética está entre Filosofia, Biologia e Medicina’; ‘Bioética é exercício da cidadania’; ‘Bioética é ética profissional’; ‘Bioética é um movimento social e cultural’; ‘Bioética é legislação profissional’; ‘Bioética é um conjunto de normas’.

Os resultados para essa questão encontram-se na Tabela 12.

Tabela 12 – Média da proximidade entre a concepção das afirmações apresentadas e os pontos de vista sobre o que vem a ser Bioética na opinião dos sujeitos, em Portugal e em São Paulo (Brasil)

O que é Bioética	Portugal		São Paulo (Brasil)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Diálogo transdisciplinar e transcultural	7,7	1,5	7,3	3,0
Estudo transdisciplinar	6,9	1,9	5,4	1,9
Consequência dos avanços na Biologia	6,0	2,6	4,1	3,0
Campo entre Filosofia, Biologia e Medicina	5,7	2,7	4,3	1,6
Exercício da cidadania	4,7	2,6	8,1	1,1
Ética profissional	4,1	2,0	5,3	1,7
Movimento social e cultural	3,9	2,3	4,7	1,6
Legislação profissional	3,1	2,2	4,1	2,1
Conjunto de normas	2,9	1,8	1,6	0,8

Dentre as assertivas sobre uma concepção de Bioética, observa-se, em Portugal e em São Paulo (Brasil), certa similaridade entre as visões dos docentes no que diz respeito à transdisciplinaridade. Destacam-se as afirmações: ‘Bioética é diálogo transdisciplinar e transcultural’ e ‘Bioética é estudo transdisciplinar’. Essas foram apontadas como as que mais se aproximavam do ponto de vista dos respondentes em Portugal, sendo que, em São Paulo (Brasil), ocuparam a segunda e terceira posição.

A afirmação ‘Bioética é exercício da cidadania’ apareceu como a que mais se aproximava da visão de bioética dos docentes de São Paulo (Brasil), enquanto, em Portugal, essa assertiva ocupou a quarta posição.

Em São Paulo (Brasil), a afirmação apontada como a que mais se aproximava da visão dos respondentes, ‘Bioética é exercício da cidadania’, é coerente com a compreensão da saúde como direito, encontrada entre os respondentes desse local da pesquisa.

Por outro lado, a afirmação ‘Bioética é consequência dos importantes avanços na ciência biológica’ teve a terceira posição em Portugal e a quinta em São Paulo (Brasil).

As afirmações que apareceram nos primeiros lugares em Portugal podem explicar a importância atribuída ao conteúdo no ensino e a falta de familiaridade com uma bioética mais voltada às situações quotidianas. Ao centrar-se nos avanços da

biotecnologia, fica na bioética de fronteira, o que poderia elucidar o desinteresse dos alunos, apontado como uma dificuldade importante no estudo da bioética. Ainda em São Paulo (Brasil), o segundo lugar para a afirmação ‘Bioética é diálogo transdisciplinar e transcultural’ guarda coerência com a importância atribuída à relação professor-aluno e à facilidade da comunicação entre as competências docentes no ensino da bioética.

O risco da bioética se reduzir a um conjunto de normas parece diminuído no ensino, à medida que as assertivas ‘Bioética é um conjunto de normas’ e ‘Bioética é legislação profissional’ aparecem como os pontos de vista mais distantes das concepções dos sujeitos, segundo indicam as médias das enumerações, nos dois locais da pesquisa.

5.1.10 Concepções de saúde, bioética e cidadania

De acordo com a metodologia usada na análise de conteúdo, foram observadas as ideias que permeiam o discurso, criando unidades de significação contempladas nas categorias.

5.1.11 O significado de holismo na saúde

Foi analisado o conceito de holismo nos discursos dos sujeitos de ambos os cenários em estudo, como se observa no quadro 1. Foram atribuídas letras às falas de cada sujeito de pesquisa dentro do seu local.

Quadro 1 – Categorias do significado de holismo na Saúde, Portugal e São Paulo (Brasil)

Categorias	São Paulo (Brasil)	Portugal
O holismo como uma dimensão do cuidado	Sujeito H - Cuidado integral do indivíduo, visando ao bem-estar físico emocional e social.	Sujeito A - Capacidade integradora das dimensões que todo cuidado comporta, as diferentes dimensões do cuidado. Capacidade que vai se desenvolvendo como aluno e enfermeiro de ver a complexidade. Sujeito L - A perspetiva global sobre o bem-estar possível nas condições concretas da pessoa.
Holismo como visão global do paciente	Sujeito E - Equilíbrio interno e externo do indivíduo envolve questões emocionais, físicas, espirituais, sociais, do ambiente e da cultura. Sujeito D - É a maneira pela qual se procura visualizar, refletir e compreender o comportamento humano, levando em consideração as condições biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Sujeito I - Visualização integral do paciente: aspetos biológico, psicológico e espiritual. Sujeito C - É conhecer o usuário do SUS em sua integralidade e globalidade. Pessoa humana histórica e socialmente determinada por multivariáveis. Sujeito F - É considerar, olhar o paciente/cliente como um todo, não somente focalizar a doença.	Sujeito N - Tratar e compreender o ser humano (paciente) na sua globalidade. Sujeito J - Visão global da pessoa, tendo em conta todas as suas dimensões no cuidar. Sujeito K - Considerar o homem como pessoa, na sua unidade existencial.
A saúde como holismo	Sujeito G - Ver a saúde como um todo, completa, envolvendo vários itens importantes e inerentes a ela, aqueles que, quando ausentes, não existe saúde.	Sujeito M - Visão abrangente que inclui: alimentação, qualidade da água, saneamento, estilos de vida, ambiente, educação e recursos financeiros. Sujeito B - Não apenas as profissões/disciplinas

O holismo na Saúde em Portugal e em São Paulo (Brasil) pode ser analisado a partir de três categorias: holismo como uma dimensão do cuidado; como visão global do paciente; e a saúde como holismo. Esses indicadores permeiam as respostas dadas pelos docentes tanto em São Paulo (Brasil) como em Portugal. Na categoria ‘holismo como dimensão do cuidado’, as definições fornecidas pelos docentes das universidades de São Paulo (Brasil) e de Portugal concentram-se na perspetiva global ou no cuidado integral das condições concretas do indivíduo, visando às dimensões não só do bem-estar físico, como também do psicológico e do ser social.

Com relação à categoria ‘holismo como visão global do paciente’, destaca-se que foi a de maior abrangência nas citações dos docentes nos dois países.

A visão global do paciente, de acordo com o discurso apresentado, considera o indivíduo em sua dimensão psicológica, biológica e espiritual, aparecendo, também, os elementos que vão além do indivíduo, ou seja, a contextualização dos aspectos sócioeconômicos.

A categoria ‘holismo como visão global da saúde’ é relatada nas universidades de São Paulo (Brasil) e de Portugal de forma única. Essas definições são convergentes, na medida em que mostram a visão da saúde como um todo, incluindo itens importantes e inerentes a ela.

5.1.12 O significado de cidadania para um profissional da saúde

Para a análise dessa questão, recorreremos às ações que permeiam as respostas dos profissionais, para, a partir delas, criar as categorias e agrupá-las.

Quadro 2 – Categorias dos significados de cidadania para um profissional de saúde, em Portugal e São Paulo (Brasil)

	São Paulo (Brasil)	Portugal
a) Cidadania com relação à formação profissional	<ul style="list-style-type: none"> – Exercer a prática com dignidade/ perspectiva humana de vida; – Apresentar valores: honestidade/ respeito/ responsabilidade; – Observar direitos e deveres; – Apresentar respeito e dignidade humana na profissão. 	<ul style="list-style-type: none"> – Exercer a prática com dignidade/ perspectiva humana de vida; – Ter consciência da missão/ atividade na sociedade; – Participar nas organizações profissionais; – Apresentar valores: honestidade /humanização/ responsabilidade; – Observar direitos e deveres; – Ter conhecimento da política de saúde; – Apresentar respeito e dignidade humana na profissão; – Conhecer/definir políticas públicas.
b) Cidadania com relação às ações na saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Incorporar a comunidade/ sociedade no processo da saúde; – Ter a consciência que a saúde é um direito/ conhecimento dos direitos e deveres na saúde; – Fornecer um atendimento de qualidade; – Promover ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação; – Favorecer o bem-estar à população. 	<ul style="list-style-type: none"> – Incorporar a comunidade/ sociedade no processo da saúde; – Participar nas políticas da Saúde.

Em ambos os locais da pesquisa, a cidadania é compreendida na relação de direitos e deveres, com valores de respeito, honestidade, responsabilidade e humanização. Assim, tanto em Portugal como em São Paulo (Brasil) é importante a participação da comunidade.

O conceito de cidadania para um profissional da saúde pode ser analisado de acordo com as respostas fornecidas pelos docentes, pela separação em duas categorias: formação profissional e ações na saúde.

Pode-se observar uma coincidência nas afirmações relativas ao exercício da prática com dignidade e na questão dos valores percebidos: honestidade, responsabilidade, respeito e dignidade humana na profissão.

A análise de conteúdo dos dados obtidos relativos ao conceito de cidadania para um profissional da saúde mostra que, em São Paulo (Brasil), a maior preocupação se encontra no atendimento, prevenção e políticas públicas, enquanto

que, em Portugal, os indicadores se concentram nas questões voltadas ao desempenho da profissão, direitos, conhecimento e valores. Como já descrito anteriormente, a cidadania deve ser conceituada levando-se em consideração o contexto social do qual se está a falar e, nesse caso, os enfermeiros, como profissionais de saúde, mas também atores sociais, assumem responsabilidades pelos rumos da cidadania na saúde em cada um dos países.

5.2 Resultados da análise documental dos Planos de Ensino

A análise qualitativa foi utilizada como metodologia para se avaliar os planos das disciplinas de Ética, Bioética e Deontologia das seis universidades da amostra, a partir da qual foram obtidos sete planos de ensino. Buscaram-se as unidades de textos que se repetiam, agrupando-as em categorias.

A amostra consistiu de sete planos de ensino de disciplinas de Ética/Bioética, sendo três universidades de São Paulo (Brasil), codificadas como A, B e C e quatro Universidades Portuguesas, codificadas como D, E, F e G.

5.2.1 Elementos que constituem cada plano das universidades de São Paulo (Brasil) e de Portugal

Os dados apresentados no Quadro 3 mostram que os planos de ensino não apresentam um modelo padrão, pois, como se observa, cada universidade cria o seu próprio modelo, o que acaba diferenciando os conteúdos dos planos analisados.

Quadro 3 – Elementos que compõem cada plano de ensino das universidades de Portugal e de São Paulo (Brasil)*

Elementos dos planos de ensino	Universidades Brasileiras			Universidades Portuguesas			
	A	B	C	D	E	F	G
Curso	X	X					
Disciplina	X	X	X				
Semestre	X	X		X	X		
Turno	X						
Carga horária	X		X	X	X	X	
Responsável	X	X	X	X		X	
Ementa	X						
Objetivos	X	X	X	X	X	X	X
Habilidades	X		X				
Atitudes	X		X				
Conteúdo	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação	X		X	X	X	X	X
Estratégia de ensino	X		X				
Bibliografia	X	X	X	X		X	X
Coordenação		X	X				
Departamento			X				
Competências			X	X			
Conhecimentos			X				
Unidades / Temas / Seminários				X			
Área					X		
Ano						X	
Introdução						X	
Metodologia						X	

* As universidades estão nomeadas com letras.

Somente em dois planos de ensino se observa o item competências, assim como os itens habilidades e atitudes.

O item ementa aparece uma única vez. Destaca-se que, em comum, as universidades incluem os elementos básicos: objetivo, conteúdo, avaliação e bibliografia. Isso porque as Universidades têm autonomia na elaboração dos Planos de Ensino, desde que esses incluam, no mínimo, os elementos básicos.

Para atender à complexidade do mundo contemporâneo, torna-se necessário contemplar outros elementos relacionados à formação do aluno, como atitudes,

habilidades e competências. Dessa forma, o ensino torna-se mais completo e complexo, indo ao encontro da complexidade do fenômeno educativo, que extrapola os elementos básicos teóricos e a necessidade da uniformidade.

Em vista das diferenças entre os planos, centramos a análise nos elementos comuns às universidades.

5.2.2 Objetivo Geral - apresentado nos Planos de Ensino

As palavras indicativas, destacadas em negrito no Quadro 4, foram agrupadas nas categorias ‘Deontologia’, ‘Legislação Profissional’ e ‘Ética/Bioética’ e apresentadas no Quadro 5. Isso permitiu estabelecer uma relação entre os dados extraídos dos sete planos de ensino que compuseram a amostra da pesquisa.

A seguir, estão reproduzidos os objetivos dos planos de ensino das universidades incluídas no estudo e os indicativos que compuseram as categorias.

Quadro 4 – Objetivos apresentados nos Planos de Ensino

São Paulo (Brasil)	Portugal
<p>Universidade A</p> <p>Apresentar os marcos éticos, bioéticos e da cidadania, como um dos determinantes do fazer Enfermagem no país e no mundo;</p> <p>Fornecer elementos para a construção da identidade profissional do enfermeiro;</p> <p>Apropriar-se do conhecimento metódico referente ao suporte legal e a representatividade da profissão de Enfermagem, necessários para o seu exercício profissional.</p>	<p>Universidade D</p> <p>Adquirir competências éticas para o exercício da profissão de enfermagem;</p> <p>Contribuir para a formação de uma consciência ética na prática de cuidados de enfermagem, de acordo com os critérios que respeitem os direitos e a dignidade de toda a Pessoa Humana;</p> <p>Identificar soluções promotoras da Vida Humana para as questões da Bioética;</p> <p>Demonstrar capacidade de reflexão face às exigências éticas no âmbito da relação de cuidados.</p>
<p>Universidade B</p> <p>Conhecer o papel da Bioética e da Ética na prática de Enfermagem e os conflitos éticos experienciados pelos profissionais de enfermagem;</p> <p>Caracterizar Bioética, Ética, Moral e o Direito;</p> <p>Conhecer o processo para a resolução de problemas éticos;</p> <p>Conhecer a importância dos órgãos oficiais de classe, seus objetivos e sua atuação.</p>	<p>Universidade E</p> <p>Desenvolver uma consciência profissional que permita intervir ativamente no âmbito da profissão de enfermagem, junto dos utentes, dos colegas, da instituição de saúde e da sociedade;</p> <p>Desenvolver capacidades e atitudes que possibilitem a gestão de processos de mudança e inovação.</p> <p>Universidade F</p> <p>Descrever as implicações legais de responsabilidade profissional do enfermeiro;</p> <p>Conhecer as especificidades da carreira de enfermeiro;</p> <p>Conhecer o enquadramento legal do Sistema de Saúde Português.</p>
<p>Universidade C</p> <p>Sistematizar conceitos e modelos cognitivos que auxiliem o exercício humanista e eticamente orientado da profissão de enfermagem;</p> <p>Apreciar diferentes conceitos e enfoques utilizados para a justificação ética em Enfermagem;</p> <p>Valorizar a competência de reflexão e ação ética como indissociável da competência técnica e interpessoal na profissão de Enfermagem.</p>	<p>Universidade G</p> <p>Conhecer, compreender e saber explicar os conteúdos do programa;</p> <p>Pensar sobre o que significa ser sujeito moral responsável e as condições que o favorecem e obstaculizam;</p> <p>Saber interpretar os textos que lhes são propostos, bem como comentar, de forma clara e ordenada, os temas apresentados em debate na aula.</p>

Em São Paulo (Brasil), destacam-se da análise, como elementos significativos: cidadania, identidade, representatividade da profissão, conflitos éticos,

resolução de problemas, exercício humanista e competência para a reflexão. Em Portugal, podem ser destacados os elementos: competência para o exercício da profissão, consciência ética na prática, identificar soluções, reflexão para a relação do cuidar, consciência profissional, gestão de mudança, responsabilidade profissional, carreira do enfermeiro, Sistema de Saúde Português, sujeito moral e conteúdo.

Quadro 5 – Distribuição dos indicativos das categorias Deontologia, Legislação Profissional e Ética ou Bioética nos objetivos gerais dos planos de ensino, por local de pesquisa e universidade

Categorias	Portugal		São Paulo (Brasil)	
	Universidade	Nº	Universidade	Nº
Deontologia	D E	1 1	C	1
Legislação Profissional	E F	1 3	A B C	2 1 1
Ética/Bioética	D G	3 1	A B C	1 3 2

Os indicativos em São Paulo (Brasil) estão em maior número na categoria Ética/Bioética, seguida por Legislação Profissional. A categoria menos preenchida foi a Deontologia. Em Portugal, os termos distribuem-se, igualmente, nas 3 categorias.

Observa-se, de acordo com as definições, que, tanto em São Paulo (Brasil) como em Portugal, os planos de ensino apresentam os objetivos correlacionados aos conceitos de Ética/Bioética e Legislação Profissional.

De acordo com as ideologias presentes nesses elementos significativos, levantamos para a discussão as questões de cidadania, do compromisso com a saúde e da relação profissional-paciente.

5.2.3 Conteúdo dos planos de ensino

O conteúdo dos planos de ensino foi compilado nas categorias Ética, Bioética e Deontologia/Legislação Profissional. A opção pela separação de Ética e Bioética

em categorias diferentes justifica-se pelo objeto desse estudo, ou seja, o ensino da bioética.

Quadro 6 – Classificação dos conteúdos dos planos de ensino nas categorias Ética, Bioética e Deontologia/Legislação Profissional

Categorias	Portugal	São Paulo (Brasil)
Ética	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento moral e ético: <ul style="list-style-type: none"> • Bens e virtudes; • Normas e deveres; • Felicidade; • Religião e ética. - O homem e sua dimensão existencial. - Níveis ontológicos da existência. - Desejo de conhecer. - O homem dolens e a hermenêutica dos perigos. - A pessoa: unidade e pluralidade, comunicação e incomunicabilidade. - Comissões de ética 	<ul style="list-style-type: none"> - Distinção entre ética e moral. - História da Ética e Bioética. - Aspetos éticos no cuidado com o idoso. - Ética no início e fim da vida. - Relacionamento ético com a família e com a equipa de trabalho. - Código de ética e exercício de enfermagem. - Comité de ética. - Comissão de ética e pesquisa.
Bioética	<ul style="list-style-type: none"> - Antropologia filosófica. - Bioética: Conceitos e fundamentos. - Dimensão ecológica da Bioética. - Cidadania: aplicação a Enfermagem. - Experiência de cidadania e voluntariado. - Qualidade de vida e Bioética. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cidadania e prática social. - Respeito à pessoa humana. - Qualidade de vida. - Bioética: conceito, origem, cuidado em enfermagem. - Bioética e saúde. - Humanização.
Deontologia / Legislação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Estado; • Entidades; • Administração regional; • Estrutura orgânica. - Carreira de enfermagem: ingresso, concurso, conteúdo, avaliação de desempenho, formação em serviço, regime de trabalho, estatuto. - Organizações profissionais. - Código deontológico do enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspetos legais da enfermagem. - Responsabilidade profissional. - Suporte profissional ético para o exercício e estrutura orgânica.

O conteúdo, em Portugal, enfatiza as organizações e, dentro dessas, busca, por meio da Ética, trabalhar a vida, a morte, a felicidade e a própria existência. Em São Paulo (Brasil), ocorre a ênfase na luta pelos direitos, como o cuidado com o idoso, com o fim da vida e o relacionamento com a família. Em comum, os dois locais, de forma similar, trabalham a qualidade de vida e os conceitos de bioética e cidadania. Vale ressaltar que, em Portugal, aparece a dimensão ecológica da bioética e da cidadania aplicada a enfermagem e, em São Paulo (Brasil), aparecem a humanização e a cidadania na prática social.

Quadro 7 – Frequência das citações das categorias Ética, Bioética e Deontologia/Legislação Profissional dos conteúdos dos planos de ensino

Categorias	Portugal	São Paulo (Brasil)
Ética	7 citações	9 citações
Bioética	6 citações	6 citações
Deontologia / Legislação Profissional	5 citações	3 citações
Total	18 citações	18 citações

Como o foco para a organização e análise dos dados foi qualitativa, não estamos preocupados com a quantidade de indicadores. Entretanto, quantificamos as citações dentro de cada categoria, por entendermos que isso poderia facilitar a percepção do olhar similar entre os dois locais. Com isso, elucida-se que a Ética se apresenta mais significativa, seguida da Bioética, e, em último, está a Deontologia.

5.2.4 Temas para discussão

No Quadro 8, são reproduzidos os temas propostos para discussão nos planos de ensino das universidades que compuseram a amostra desta pesquisa.

Quadro 8 – Temas de discussão nos planos de ensino, por local de pesquisa

São Paulo (Brasil)	Portugal
<p>Universidade A Aborto, Clonagem, Transplantes, Transfusão de sangue, Paciente fora de possibilidades terapêuticas, DST-SIDA</p>	<p>Universidade D Problemas éticos da origem e do início da vida: Diagnóstico pré-natal, Abortamento provocado, Procriação medicamente assistida, Clonagem. Problemas éticos do final da vida: Eutanásia, Transplante de órgãos</p>
<p>Universidade B Bioética e Saúde: Fatores que interferem na saúde da população – Temas éticos e questões legais: Aborto, Eutanásia, Transplante de órgãos, Clonagem, Células-tronco, A morte e o morrer, Pesquisas envolvendo seres humanos, Política Nacional de Humanização, Humanização em Enfermagem</p>	<p>Universidade E Experiências de cidadania e o voluntariado</p>
<p>Universidade C Ética do início da vida: Reprodução assistida, Clonagem, Células-tronco</p>	<p>Universidades F e G Ética e comunicação: mentir ou dizer a verdade a um paciente – Neste último caso, qual será a melhor forma de transmiti-la? Por que aspiramos a uma vida plena? Será que a religião nos ajuda a sermos o que realmente pretendemos ser? Abordagem à diferença: o outro como ponto de partida. Atitudes mais adaptadas ao contexto da diversidade cultural (como percebemos a realidade). Dimensões da vida</p>

Os dados foram agrupados por temas, contabilizando-se a quantidade de vezes em que apareceram nos planos de ensino.

Com base na conceção de Berlinguer⁷³, que alerta para a ênfase que se dá no pensar da Bioética às ‘situações-limite’, como a eutanásia, a reprodução assistida e DST – SIDA, e considerando a rotina da prática de enfermagem, que também é marcada por conflitos éticos, como pesquisa envolvendo seres humanos, transplante de órgãos, células-tronco, os temas foram agrupados nas categorias: conflito ético; situação-limite; humanização; qualidade de vida; e princípios éticos. Humanização, princípios éticos na relação profissional-paciente e a melhoria da qualidade de vida foram incluídos por serem temas que se diferenciam dos demais e apareciam nos planos de ensino.

Quadro 9 – Frequência dos temas para discutir citados nos planos de ensino em Portugal e em São Paulo (Brasil)

Temas para discutir	Categoria	Portugal	São Paulo (Brasil)
Aborto	Conflito ético	1	3
Clonagem	Conflito ético	1	3
Eutanásia	Situação-limite	1	1
Transplante de órgãos	Conflito ético	1	1
DST – SIDA	Situação-limite		1
Transfusão de sangue	Conflito ético		1
Pesquisa envolvendo seres humanos	Conflito ético		1
Células-tronco	Conflito ético		1
Paciente fora de possibilidades terapêuticas	Situação-limite		1
Humanização	Humanização	2	2
Reprodução assistida	Situação-limite	1	1
Diagnóstico pré-natal	Qualidade de vida	1	
Ética e comunicação: mentir ou dizer a verdade	Princípios éticos	1	
Porque aspiramos uma vida plena	Qualidade de vida	1	
Religião	Humanização	1	
Diversidade cultural	Princípios éticos	1	
Dimensões da vida	Qualidade de vida	1	
Total de temas		13	16

Quadro 10 – Frequência dos temas agrupados por categorias citados nos planos de ensino em Portugal e em São Paulo (Brasil)

Categorias	Portugal	%	São Paulo (Brasil)	%
Conflito ético	3	23,1%	10	62,5%
Situações-limite	2	15,4%	4	25,0%
Humanização	3	23,1%	2	12,5%
Qualidade de vida	3	23,1%	0	0,0%
Princípios éticos	2	15,4%	0	0,0%
Total de temas	13	100,0%	16	100,0%

Pelo quadro acima, podemos observar uma distribuição dos temas classificados nas categorias sem concentrações significativas nos planos de ensino das disciplinas das Universidades Portuguesas. Em São Paulo (Brasil), é evidente a concentração dos temas que tratam dos conflitos éticos, o que pode ser tomado como coerente com os elementos significativos identificados nos planos de ensino. Destaca-se, ainda, que, no Brasil, não foram relacionados temas que abordassem a qualidade de vida e os princípios éticos.

5.2.5 Metodologias previstas nos planos de ensino

Mostra-se, no quadro a seguir, a compilação das citações de metodologias ou estratégias de ensino contidas nos planos das disciplinas.

Quadro 11 – Classificação dos conteúdos dos planos de ensino

Portugal	São Paulo (Brasil)
<p>Plano de Ensino D: Aulas teóricas Pequenos grupos Discussão de questões problematizadas</p>	<p>Plano de Ensino A: Não consta metodologia</p>
<p>Plano de Ensino E: Não consta metodologia</p>	<p>Plano de Ensino B: Aulas teóricas Seminários Estudos de casos Encenações Vídeos</p>
<p>Plano de Ensino F: Não consta metodologia</p>	<p>Plano de Ensino C: Aula expositiva e dialogada Seminários Estudos de casos Estudo dirigido Filmes</p>
<p>Plano de Ensino G: Aulas teóricas Aulas práticas (exercícios)</p>	

Nesse item, não houve quantidade suficiente para a análise. Isso não invalida que, qualitativamente, possamos inferir que, em Portugal, mencionam-se aulas teóricas e estudos de caso, e, em São Paulo (Brasil), aparecem as aulas teóricas, os estudos de caso e o recurso à ética narrativa com as encenações, os vídeos e os filmes.

5.2.6 Sistemáticas de avaliação previstas nos planos de ensino

Mostra-se, no quadro a seguir, a compilação das citações relativas às sistemáticas de avaliação contidas nos planos das disciplinas.

Quadro 12 – Classificação das sistemáticas de avaliação contidas nos planos de ensino

Portugal	São Paulo (Brasil)
Plano de Ensino D: Prova de avaliação final Exame de avaliação final para alunos sem aproveitamento	Plano de Ensino A: Avaliação Presencial, Parcial e Regimental
Plano de Ensino E: Exame escrito ou trabalho científico	Plano de Ensino B: Provas regimentais / Seminários / Estudos de casos / Vídeos
Plano de Ensino F: Prova de avaliação em momentos previstos Elaboração de trabalho em grupo Apresentação escrita do trabalho Apresentação oral do trabalho Nota Final: Prova escrita (75%) + Trabalho em grupo (25%)	Universidade C: Não consta
Plano de Ensino G: Avaliação sumativa (testes) Avaliação contínua	

Embora as concepções de bioética dos docentes incluam a importância do diálogo, as avaliações são classificatórias, obrigatórias e, assim, indicam uma avaliação formal. Provavelmente, isso resulta das amarras institucionais das universidades.

5.2.7 Competências e habilidades

No referencial teórico, foi discutida a questão das competências. Entretanto, frente à aparente sobreposição entre competências e habilidades que se mostrou nos resultados, considerou-se conveniente distinguir os dois conceitos antes de apresentar o quadro de resultados.

Na relação entre competências e habilidades, pode-se afirmar que as primeiras são mais amplas e são operacionalizadas, na prática, pelas segundas. Como

define o Ministério da Educação do Brasil, as competências são “as modalidades estruturais da inteligência, ou melhor, ações e operações que utilizamos para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas que desejamos conhecer”⁷⁴. Já por habilidades, o Ministério entende como decorrentes das competências adquiridas e referem-se ao plano imediato do ‘saber fazer’. “Por meio das ações e operações, as habilidades aperfeiçoam-se e articulam-se, possibilitando nova reorganização das competências”⁷⁴.

Para Perrenoud⁷⁵, a competência significa, simultaneamente, a erudição e a capacidade de mobilização para resolver problemas. Parece que integra nesta compreensão o que o Ministério da Educação distingue entre habilidades e competências.

No Quadro 13, são elencadas as Competências e Habilidades especificadas nos planos de ensino.

Quadro 13 – Competências e habilidades nos planos de ensino, por local de pesquisa

São Paulo (Brasil)	Portugal
<p>Universidade A</p> <p>Atenção à saúde Tomada de decisões Comunicação Educação permanente Observação Reflexão Visão holística</p>	<p>Universidade D</p> <p>Competências éticas para o exercício da profissão Identificar soluções</p>
<p>Universidade B</p> <p>Reflexão sobre conflitos Desenvolver procedimentos Reconhecer limites de atuação Interpretar e aplicar exigências de Resoluções</p>	<p>Universidade E</p> <p>Intervir ativamente Inovação</p>
<p>Universidade C</p> <p>Sistematizar conceitos Reflexão Ação ética</p>	<p>Universidade F</p> <p>Descrever as implicações legais Conhecer as especificidades da carreira de enfermeiro</p>
	<p>Universidade G</p> <p>Discernimento Consciência do outro Consciência de responsabilidade Ideia de fazer o bem Gosto pela moral</p>

Nota-se uma falta de clareza dos docentes no que se refere aos limites entre competências e habilidades. Isso, provavelmente, explique por que os dados levantados indicaram uma relação extensa de competências e habilidades, sem distingui-las, o que impediu o agrupamento em categorias. As citações de competências e habilidades diferenciavam-se conceitualmente, sem permitir o seu agrupamento.

Entretanto, destacou-se a competência ‘Ética’ citada uma vez em São Paulo (Brasil) como ‘ação ética’ e duas vezes em Portugal como ‘gosto pela moral’ e ‘competências éticas para o exercício da profissão’.

Em Portugal, a competência/habilidade ‘ideia de fazer o bem’ pode ser vista como uma indicação do dualismo bem/mal ensinado na teologia, o que é compatível com o alto número de teólogos entre os sujeitos.

Em São Paulo (Brasil), das habilidades/competências listadas, pode-se dizer que transpareceu a reflexão, o discernimento de conflitos, a tomada de decisão e a identificação de soluções, em consonância com o destaque que se dá à cidadania nos conteúdos e à importância da relação professor-aluno no ensino.

6 DISCUSSÃO

De acordo com os dados coletados, 71,4% dos docentes em São Paulo (Brasil) e 42,9% dos docentes em Portugal apresentam graduação em Enfermagem. Ainda de acordo com a formação dos docentes pesquisados em Portugal, 42,9% apresenta Teologia como curso de graduação, o que não aparece em São Paulo (Brasil), que relata ter 28,6% dos docentes formados em Medicina, formação que não aparece em Portugal (Tabelas 1 e 2).

No Brasil, o bacharelado em Teologia (que equivale à licenciatura em Portugal) foi reconhecido pelo Ministério da Educação somente em 1999 (http://portal.mec.gov.br/index.php?id=12877&option=com_content&view=article).

Antes disso, todos os cursos de Teologia, ainda que ministrados dentro de universidades, eram considerados cursos ‘livres’. Assim, os diplomados não podiam lecionar em cursos de graduação, como a enfermagem. Em Portugal, o reconhecimento da formação em Teologia é, pelo menos, da década de 60, segundo informações do histórico da Faculdade de Teologia da UCP (<http://www.ucp.pt/site/custom/template/ucptplfac.asp?sspageID=2128&lang=1>).

Especificamente na área da bioética, o primeiro curso de pós-graduação oferecido em Portugal foi no Departamento de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa (Braga)⁸⁶.

A formação originária é consolidada no domínio de conhecimento científico, mas a análise e interpretação da atividade profissional conduzem o professor à criação de um conhecimento específico decorrente da prática. A prática é comprovada na caracterização da amostra, pela experiência no exercício da profissão de enfermagem, em que se obteve a média de 28 anos entre os docentes do Brasil, comparado com a média de 26 anos entre os docentes de Portugal (Tabela 3). Os sujeitos não iniciaram a docência na enfermagem pela ética e bioética, conforme se observa pela média de anos de experiência nas áreas de atuação no ensino.

Nos dois países, a presença de professores que não são enfermeiros indica a necessidade de um aprofundamento específico na área da enfermagem, com foco na ética e bioética, com suporte nas questões teóricas e didáticas.

Como afirmado no referencial teórico deste estudo, no conceito-chave ‘enfermagem’, uma profissão distingue-se dos ofícios por ser uma atividade económica especializada, com papéis e status bastante definidos, mas que se modificam ao longo do tempo. Como atividade económica, a enfermagem, no Brasil e em Portugal, constitui comunidade científica e profissional de maior relevância na garantia do acesso da população aos serviços de saúde, bem como qualidade desses.

A experiência profissional na enfermagem, quando os docentes são enfermeiros, aponta para a possibilidade de um ensino mais próximo da realidade, já que poderão trazer para as aulas exemplos concretos vividos. O Projeto Competências do COREN-SP afirma que a tomada de decisão é a capacidade de desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa entre as possíveis para a solução adequada das situações e condições surgidas no dia-a-dia do trabalho, baseada em conhecimentos e práticas, considerando limites e riscos.

As questões de ética e cidadania implicam tomadas de decisão e, como vimos, as habilidades para tal aprimoram-se no trabalho.

A profissionalidade do enfermeiro, que se constrói nas trocas sociais e simbólicas, repousa sobre sua capacidade de identificar e resolver problemas em situação de incerteza, de stresse e forte envolvimento pessoal⁷⁰. Essa competência e suas habilidades têm a ver com a forma como os docentes mobilizam o repertório de conhecimentos e saberes na formação inicial do enfermeiro, de maneira a conscientizá-los da necessidade de manter continuamente sua formação.

Para os docentes de São Paulo (Brasil), os elementos mais importantes na preparação das aulas são as estratégias, os objetivos da disciplina e o relacionamento professor-aluno. Nas universidades de Portugal, o conteúdo e os objetivos das disciplinas são os mais destacados.

Provavelmente, isso é reflexo da maior presença de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) entre os docentes no Brasil, sendo que, em Portugal, boa parte provém das ciências humanas, como a teologia.

Kalaitzidis e Schmitz⁷⁶ salientam que o ensino da ética para os alunos de graduação em enfermagem levanta importantes questões sobre o conteúdo, o método de ensino e a relevância para o futuro do estudante de enfermagem como profissional. A partir de uma revisão da literatura sobre o ensino da ética em enfermagem, os autores afirmam que há poucas evidências sobre qual o melhor método ou estratégia para auxiliar no aprendizado do aluno em relação à

identificação de um problema ético. Também, reconhecem que não há consenso sobre a utilização de qualquer livro em particular. Assim, recomenda-se o uso cuidadoso de fontes de qualidade de informação, uma vez que há variações.

A utilização de estudos de caso, de códigos deontológicos e métodos de tomada de decisão ética também servem para gerar, entre os estudantes em sala de aula, discussões e reflexões sobre as dimensões éticas da prática da enfermagem. A aplicação de diferentes métodos, estratégias e orientações para o ensino da ética é determinada pelo arranjo social, econômico e político. Essa última ponderação dos autores⁷⁶ é essencialmente importante para o objeto deste estudo, pois o contexto político é uma parte fundamental do desenvolvimento da cidadania.

A despeito do uso corrente das discussões de caso, Kalaitzidis e Schmitz⁷⁶ encontraram em sua revisão da literatura que o ensino da ética em enfermagem também inclui uma ênfase no ensino das teorias éticas e dos princípios da autonomia, beneficência, justiça. Essa abordagem é popular, dado que os padrões éticos e os princípios são sempre importantes no processo decisório em ética.

O entendimento da ética como um juízo de valores implica uma prática educacional voltada para o discernimento do modo mais adequado de viver e agir, não bastando apenas o ensino de princípios e deveres. Como lembram Kuiava e Sangalli⁷⁷, é preciso estabelecer relações, justificar, analisar, criar, compreender e transformar o mundo para promover uma existência digna.

Um tema forte na literatura que discute o ensino da ética em enfermagem é facilitar o desenvolvimento das habilidades de reflexão do aluno, aproveitando-se da experiência dos estudantes no contexto clínico do ensino. O pensamento reflexivo está relacionado com o pensamento crítico, e a enfermagem reconheceu, há muito, a importância do desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico por parte dos enfermeiros. A responsabilidade profissional requer que as ações sejam justificadas com aceitáveis razões. O pensamento crítico é um processo que envolve a elucidação das respostas melhores e mais imparciais. As disposições e comportamentos associados à tendência de alcançar tais tipos de respostas incluem a capacidade de autorreflexão do enfermeiro⁷⁶.

O pensamento 'crítico-reflexivo' implica que o enfermeiro faça a automonitorização de seus conhecimentos. Como profissionais reflexivos, os enfermeiros devem ter, entre outras posturas, a disposição de se questionarem no sentido de evitar respostas tendenciosas. Permite-se, então, perguntar: 'Estou sendo

imparcial?’ É essencial que os enfermeiros acolham as crenças e estilos de vida diferentes de pacientes, sem que isso signifique abandonar a escolha de um curso de ação tão eficaz quanto possível. O enfermeiro com capacidade de pensar reflexivamente estabelece a sua própria descoberta de explicações e soluções alternativas, com as convicções de outras pessoas. O pensamento reflexivo torna-se uma importante prática para os enfermeiros, pois permite que esses categorizem os diferentes valores que os usuários dos serviços trazem em cada situação. A reflexão inclui pensar metodicamente, apontando para observação; explicitar valores e normas; e considerar visões alternativas⁷⁶.

A prática do pensamento crítico e reflexivo, no sentido exposto, é fulcral para um exercício cidadão da enfermagem. Somente o enfermeiro crítico e reflexivo será capaz de se perguntar no dia-a-dia: por que as doenças se expressam de maneira diferente em cada grupo social?

A maior preocupação com o relacionamento professor-aluno é um fato importante para a enfermagem brasileira, pois, como afirma Germano³¹, o ensino da ética em enfermagem baseou-se, durante longo período, na coerção externa e na obediência a uma autoridade, não sendo estimulada a reflexão autónoma dos profissionais a partir de valores e princípios. Os resultados desse estudo apontaram para uma mudança nesse quadro, o que é sinal otimista.

Os estudantes de enfermagem e os enfermeiros são testemunhas de um grande número de sofrimentos humanos durante seus encontros e nas experiências clínicas com os pacientes.

Sem dúvida, as emoções são parte integrante do que significa ser humano. Por isso, é compreensível que os estudantes de enfermagem, e os enfermeiros, sejam suscetíveis a serem afetados pelo sofrimento dos outros. As emoções também podem desempenhar um papel importante na ética, especialmente porque os estados emocionais podem se manifestar em resposta à identificação de uma questão ética⁷⁶.

As emoções são fontes únicas de informação para as pessoas e desempenham um papel chave na formação dos pensamentos, ações e sentimentos. Por et al⁷⁸, em um estudo empírico sobre a inteligência emocional entre estudantes de enfermagem, apontam que um aumento na sensação de controlo e da competência emocional pode ajudar os estudantes de enfermagem a adotarem uma estratégia ativa e eficaz no enfrentamento do stresse, processando mobilizações, que possibilitam o aumento de seu bem-estar subjetivo. A associação direta entre stresse e inteligência emocional

destaca o valor potencial de facilitar o desenvolvimento da competência emocional entre os estudantes de enfermagem. Essa é uma capacidade aprendida, e a enfermagem precisa incorporar, em sua formação, inicial e permanente, as competências associadas à inteligência emocional, como autoconsciência.

As relações entre os estudantes de enfermagem e os docentes são importantes meios para auxiliá-los na consecução dos objetivos de aprendizagem, com uma atitude positiva quanto à profissão e às relações com os demais membros das equipas. As relações, pessoais ou profissionais, pautam-se pelos aspetos de honestidade, confiança, respeito e confidencialidade.

Assim, relações académicas que não se pautem por tais valores podem ter resultados negativos para os alunos, seja no presente como no futuro profissional⁷⁹.

Então, é salutar para o ensino da ética e da bioética que os docentes preocupem-se com as relações que estabelecem com os estudantes, pois, como dissemos, elas devem ter por base os valores de honestidade, respeito, confiança e confidencialidade. Sem dúvida, esses também são valores essenciais à cidadania.

Por muitos anos, os processos de formação em ética foram realizados na proposta do discente como um recetáculo com função passiva, a receber as informações transmitidas pelo docente. É claro que a forma como o discente capta e processa a informação recebida, na maioria das vezes, pode diferir do que se desejava transmitir. Segundo Gracia⁸⁰, no processo de aprendizagem, a preocupação foi, durante muito tempo, com a mensagem a ser transmitida, não se levando em conta a pessoa que a receberia.

Com relação à quantidade de disciplinas atribuídas aos professores, observa-se que, em Portugal, 71,4% dos docentes ministram uma única. Em São Paulo (Brasil), 42,9% dos docentes ministram uma disciplina e 42,9% ministram três (Tabela 5). A discussão do número de disciplinas atribuídas aos docentes nos conduz para a possibilidade de refletir sobre o leque de conteúdo estruturado nesse viés, por causa de nomeações diferentes das disciplinas, mas com uma fundamentação similar. Como cultivar o pensamento crítico do estudante e um relacionamento que dê conta das questões relativas à inteligência emocional se o docente está sobrecarregado em sua jornada de trabalho? Como aprofundar-se nas questões teóricas de ordem ética e nas metodologias de ensino da ética em enfermagem? Será ele a ministrar essa disciplina na próxima oferta do curso?

Com efeito, as disciplinas ministradas variam nos dois países não só na quantidade atribuída aos docentes como também nas nomeações diversas (Tabela 6). Em Portugal, as disciplinas recebem as seguintes denominações: Ética, Bioética, Enfermagem e Cidadania, Antropologia, Deontologia, Políticas e Direito da Saúde, Especialização Ética em Enfermagem, Construção e validação de instrumentos e Investigação Aplicada. Já em São Paulo (Brasil), foram encontradas: Bioética, Processo de cuidar em enfermagem, Metodologia da Pesquisa, Ética e Legislação Profissional, História da Enfermagem, Terapias alternativas e Comunicação interpessoal, Saúde do adulto, Saúde da criança, Filosofia, Espiritualidade e Medicina.

Podemos inferir que todas as faculdades pesquisadas consideram a ética como um assunto importante, ainda que proponham nomenclaturas diferentes. Isso corrobora os dados do trabalho de Yamada⁸¹:

O ensino de ética esteve sempre presente nos currículos dos cursos de graduação de enfermagem, desde o início, tendo as disciplinas recebidas ao longo do tempo diferentes denominações, como: Bases Históricas, Éticas sociais da Arte de Enfermagem, Legislação e Deontologia, Ética e História da Enfermagem, Exercícios da Enfermagem, entre outros⁸¹.

Chama a atenção que nenhum docente, seja de Portugal ou de São Paulo (Brasil), tem uma formação específica em Ética ou Bioética. Na distribuição dos docentes, repara-se que não há docentes de enfermagem em tempo integral para lecionar exclusivamente ética/bioética. Nesse momento de transformação do mundo globalizado, quando é apontado uma grande pobreza e a necessidade de um atendimento mais humanizado, precisamos pensar em profissionais enfermeiros voltados exclusivamente para prover os elementos que são oriundos de um curso específico de ética e bioética, tornando-se um profissional especialista dessa área e não utilizando a disciplina em questão como uma complementação de carga horária com diversas denominações (Tabelas 6 e 7).

De acordo com os resultados (Quadro 1), observa-se que tanto Portugal quanto Brasil incorporaram o conceito de holismo no referencial teórico das disciplinas. Entretanto, nos dados dos dois países, não há menção dos aspetos políticos e económicos, que são essenciais para a saúde da pessoa conforme o enfoque do marco teórico (saúde e cidadania). A politização se faz necessária para

que o exercício da bioética, entendida como espaço de confluências, permita o desenvolvimento de reflexões objetivando o estabelecimento de um contrato social entre a população, os profissionais da saúde e o governo. Constatamos, dessa forma, que existe um contexto teórico voltado para o indivíduo na sua integralidade, mas desconectado dos aspetos políticos e económicos.

Para Lopes⁸², o termo holismo vem sendo empregado na enfermagem como abordagem que espelha as realidades complexas dos seres humanos no cosmos. No início desse milénio, um modo de pensar energiza o pensamento humano, como um fio condutor de um novo paradigma. Nesse contexto transcendental, a abordagem holística emerge como técnica holográfica – modelo de interação dos elementos que compõem o todo e as partes em que se reflete uma realidade de tridimensionalidade. E Lopes⁸³ acrescenta que a enfermagem holística abraça toda prática de enfermagem, cuja premissa é a de cuidar da pessoa inteira, reconhecendo que há duas visões relativas ao holismo: aquela em que o holismo estuda e entende os inter-relacionamentos da dimensão biopsicossocial e espiritual da pessoa e reconhece que o todo é maior que a soma de suas partes; e aquela em que o holismo entende o indivíduo como um todo integrado, interagindo com outrem em ambientes internos e externos.

Pelo que se depreende da exposição da autora, não há preocupação explícita com a cidadania e contexto da determinação social da saúde e doença.

O entendimento corrente de holismo não considera as questões estruturais, entendidas como a teia de relações sociais complexas que fluem historicamente de acordo com lógicas específicas, permeadas por incoerências, contradições, harmonias e desequilíbrios inesperados⁸⁴.

Enquanto o holismo parte do pressuposto do equilíbrio, a cidadania, ao implicar as questões estruturais, irá trabalhar com conflitos e contradições que levam a pactos e acordos temporários e possíveis para o momento.

A análise de conteúdo dos dados obtidos relativos ao conceito de cidadania para um profissional da saúde mostra que, em São Paulo (Brasil), a maior preocupação se encontra no atendimento, prevenção e políticas públicas, enquanto que, em Portugal, o maior índice se encontra nas questões voltadas ao desempenho da profissão, direitos, conhecimento e valores. Em São Paulo (Brasil), observam-se mais ações com relação à saúde na sociedade por causa da situação socioeconómica, obrigando-nos a tomada de decisões sociopolíticas frente ao quadro da situação da

saúde, como descrito no marco teórico. Em Portugal, as respostas estão mais focadas em relação à formação profissional, aos direitos e deveres que faz parte das reformas discutidas. Como já escrito anteriormente, a cidadania deve ser conceituada levando-se em consideração o contexto social do qual se está falando e, nesse caso, os enfermeiros, como profissionais de saúde, assumem responsabilidades, como atores sociais, pelos rumos da cidadania na saúde em cada um dos países. Da mesma forma, como já mencionamos, o contexto social e político influenciam diretamente o modo de ensino da ética em enfermagem.

Cidadania distancia-se da burocracia, uma vez que é permeada por uma filosofia de participação determinante nos rumos da saúde de um país; nessa perspectiva, espera-se que todos os cidadãos cooperem para que a sociedade como um todo tenha saúde e dignidade humana.

Quando discute-se Bioética (Tabela 12), as afirmações mais assertivas sobre o que é Bioética apresentam similaridade entre os docentes nas questões ‘Bioética é diálogo transdisciplinar e transcultural’ e ‘Bioética é estudo transdisciplinar’, que ficam como aspectos mais relevantes apontados pela amostra em Portugal e ocupam, respetivamente, a segunda e terceira posição na amostra dos docentes em São Paulo.

Esse aspecto ‘trans’ da bioética já é marcado na Enciclopédia de Bioética:

Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética); pode-se defini-la como sendo o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar⁵³.

Com base nisso, considera-se que a bioética é espaço de diálogo transdisciplinar:

Bioética, ética da vida, é um espaço de diálogo “transprofissional”, transdisciplinar e transcultural na área da saúde e da vida, um grito pelo resgate da dignidade da pessoa humana, dando ênfase na qualidade de vida: proteção à vida humana e seu ambiente. Não é ética “prefabricada”, mas um processo⁵⁷.

Entretanto, chama atenção o fato da questão ‘Bioética é exercício da cidadania’ aparecer como visão que mais se aproxima dos pontos de vista dos

docentes em São Paulo (Brasil), enquanto que, em Portugal, essa questão só aparece na quarta posição.

A bioética brasileira tem uma identidade sanitária, devido, em boa parte, à sua cultura sanitária engajada no processo de ‘redemocratização’ do País. Essa identidade foi construída ao longo das décadas de 70 e 80 (século XX) e culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988. Na saúde, contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao tomar a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, definindo, como finalidades do SUS, a igualdade e integralidade na assistência à saúde, a universalidade do acesso, a política pública de saúde, no Brasil, incorpora normas e diretrizes com marcado conteúdo ético e bioético, além de político⁸⁵.

Em Portugal, os principais fóruns de debate bioético são instituições académicas e sociedades independentes ligadas à ética médica e direito biomédico. A primeira e mais proeminente instituição que foi responsável pela difusão da bioética em Portugal é o Centro de Estudos em Bioética (CEB), fundado em 1988, em Coimbra. Também o Centro de Direito Biomédico, desde 1988, tem trabalho para auxiliar na resolução de problemas que surgem dos conflitos entre os interesses e os códigos profissionais de medicina e farmácia e as estritas regras profissionais⁸⁶.

Em relação a essas diferentes géneses da bioética, em Portugal e no Brasil, cabe marcar que enquanto no primeiro a pós-graduação em bioética inicia-se pela filosofia, como dissemos, no Brasil, começa vinculada à saúde coletiva, na Universidade de Brasília.

Da mesma forma, a questão apontada pelos docentes em Portugal, ‘Bioética é consequência dos importantes avanços na ciência biológica’, é o terceiro ponto de vista mais relevante, enquanto que, em São Paulo (Brasil), ela aparece na quinta posição. Isso significa que bioética é ainda muito ligada às biotecnologias em Portugal, dificultando que ela seja uma ponte para a cidadania. A saúde não se limita à cabeceira do paciente ou aos laboratórios com suas pesquisas. A saúde trata também dos problemas do dia-a-dia enfrentados por todos os cidadãos: alimentação, moradia, trabalho, lazer, acesso à terra e acesso aos serviços de saúde.

Segundo Gracia⁸⁷, a sofisticação tecnológica alcançada nos hospitais e serviços especializados tem sido uma das motivações mais evidentes do desenvolvimento da bioética. Isso explicaria a compreensão de bioética como

consequência de avanços biotecnológicos dos docentes que foi encontrado nesse estudo.

As publicações e os procedimentos de tomada de decisão mais difundidos na bioética, fundamentalmente, são casos de ‘situação-limite’, relativos aos avanços da biotecnologia. Até mesmo a teoria bioética mais difundida, o princípalismo, e toda a linguagem ética dos princípios e das consequências vem sendo pensada em função da tomada de decisão em circunstâncias peremptórias que exigem uma resposta rápida, mais apropriada aos cenários de cuidado com grande densidade tecnológica⁸⁷.

Na sua pesquisa de mestrado em Bioética, Pansani⁸⁸ observou que a maioria das faculdades de enfermagem pesquisada no Estado de São Paulo aponta como principal tema os dilemas éticos, como aborto, transplantes de órgãos, doação de sangue, células-tronco, vida, morte engenharia genética e, ainda, o código de ética.

Sem desconhecer a relevância de tais temas, temos que lembrar o alerta de Clotet⁸⁹: a bioética tem-se ocupado de problemas que afetam apenas um número reduzido de pessoas nos países ricos, o que pode-lhe impor o risco de isolar-se do fluxo de exigências e experiências comuns a todos.

Esse enfoque talvez não contribua para que a bioética seja ponte para o exercício da cidadania nos sistemas de saúde. Precisamos entender que bioética como ponte para o exercício da cidadania implica compreendê-la como ética da vida, da saúde e do meio ambiente, portanto implicada no cotidiano da vida. O cotidiano está intrinsecamente ligado à cidadania e nesse trabalho procuramos observar como isso está descrito nos planos de ensino.

Na análise dos planos de ensino, não encontramos em quantidade significativa o elemento competência, mas na discussão (Tabela 11) os profissionais apresentam clareza nesse aspecto. Então, por que não se preocupar com o desenvolvimento das atitudes e habilidades que permeiam as competências?

Planejamento do ensino significa, sobretudo, pensar a ação docente refletindo sobre os objetivos, os conteúdos, os procedimentos metodológicos, a avaliação do aluno e do professor. O que diferencia é o tratamento que cada abordagem explica o processo a partir de vários fatores: o político, o técnico, o social, o cultural e o educacional⁹⁰.

A maioria dos docentes, nos seus planos de ensino, não estabelece a diferença entre ementa e objetivos: ementa tem como teor apresentar a disciplina, a sua trajetória e os seus conteúdos de forma geral, enquanto objetivos tem por finalidade o

que se pretende atingir. De acordo com a didática, tudo tem início com a ementa da disciplina.

De posse do Projeto de Ensino oficial, o docente irá elaborar sua programação, adaptando-a às suas escolhas, inclusive inserindo a pesquisa nos exercícios didáticos. Caso a instituição de ensino superior não apresente o projeto da disciplina, o professor deverá elaborar observando os principais elementos⁹⁰.

Quanto aos objetivos dos planos de ensino em Ética/Bioética (Quadro 4), observamos que o elemento mais significativo para São Paulo (Brasil) é a cidadania e, para Portugal, o exercício profissional. Esses dois elementos parecem apontar para diferenças na formação ideológica dos profissionais nos dois Países, além de serem reflexo da distinta gênese da bioética em cada local, como já mencionado. Nesse contexto, vale ressaltar a necessidade do planejamento.

Planejar, então, é a previsão sobre o que irá acontecer, é um processo de reflexão sobre a prática docente, sobre seus objetivos, sobre o que está a acontecer, sobre o que aconteceu. Por fim, planejar requer uma atitude científica do fazer didático e pedagógico⁹⁰.

A média da importância das estratégias utilizadas para transposição dos conteúdos da Ética/Bioética para a prática, em Portugal e em São Paulo (Brasil), segue os mesmos índices. Em primeiro lugar, está a análise da realidade, demonstrando a ênfase dada ao cotidiano. Em segundo lugar, posiciona-se a discussão de casos, seguido pelo uso de filmes e debates, mostrando a relevância do diálogo como recurso de aprendizagem. O uso dessas estratégias, sendo relacionadas na mesma sequência de importância, indica uma semelhança entre as metodologias adotadas pelos docentes dos dois países, que valorizam o papel da disciplina como componente curricular e fundamental para auxiliar o desenvolvimento das competências do profissional enfermeiro, como as apontadas pelos entrevistados: reconhecer e intervir nas questões éticas da prática profissional. As estratégias coincidem, mas, no momento de falar das dificuldades (Tabela 10), os docentes apresentam de forma significativa a transposição para o cotidiano. Existe a clareza da necessidade da transposição, mas ainda buscam uma forma de fazê-lo, para colocar em prática na sala de aula.

Os dados da Tabela 10 mostram que as dificuldades encontradas se referem à colocação em prática das estratégias adotadas que priorizam a análise da realidade, demonstrando a ênfase dada ao cotidiano. Também, a estratégia de discussão de

casos parece seguir na mesma direção da transposição do conteúdo teórico, pois, se o interesse do aluno pela disciplina de Ética/Bioética é uma dificuldade para a execução do plano de ensino, também o será para o uso de debates, mesmo que sejam utilizados recursos de filmes.

Germano³¹ afirma que:

Um aspeto mencionado, acerca do envolvimento dos alunos com a disciplina de ética, diz respeito à metodologia utilizada na sala de aula: o interesse do aluno aumenta proporcionalmente à sua participação ativa no curso, através de pesquisas, seminários, painéis, estudo de casos, trabalhos de grupos, entre outras técnicas³¹.

Essa contradição entre estratégias e dificuldades encontradas para se colocar em prática o plano de ensino parece ser o tema central para uma discussão frente à necessidade de desenvolvimento pedagógico do professor, que deve focar a profissionalização e profissionalidade do enfermeiro, refletindo numa prática educativa integrada ao dia a dia, buscando novas possibilidades de agir no ensino.

Observa-se que, ao falar das questões da transposição do teórico para a prática, nos remete a uma discussão a respeito do ensino da ética/bioética requer uma articulação com a vivência da prática, pois, quando não há essa articulação, o ensino dessa disciplina se torna para o estudante uma atividade vazia de significados e leva-o a um distanciamento da reflexão crítica.

Embora haja certo consenso na literatura acerca da importância da discussão de casos reais no ensino da ética e bioética, ainda não há uma concordância quanto à forma de proceder com eles para o ensino⁹¹.

Existiu um momento quando os princípios estavam a contemplar somente os aspetos normativos e deontológicos inerentes ao exercício profissional da enfermagem construído à luz de princípios e valores morais. Desse modo, não existia a possibilidade de conduzir os futuros enfermeiros à reflexão crítica acerca dos dilemas éticos que tangem a sua prática quotidiana. E refletir o quotidiano também nos aspetos sociopolíticos e económicos, pois a saúde não se resume em somente estar à cabeceira do doente, conforme discutido⁹².

A relevância das competências para a docência em Ética/Bioética, como mostra a Tabela 11, indica uma semelhança entre as três primeiras posições quando comparamos as médias obtidas a partir das respostas dos docentes: conhecimento,

atualização e facilidade de comunicação. Chama a atenção o fato da competência ‘publicação de trabalhos’ se posicionar na quinta colocação em Portugal e na oitava colocação em São Paulo (Brasil). Outra competência que difere na comparação é a ‘resolução de conflitos’, que aparece na quarta posição em São Paulo (Brasil) e em último lugar em Portugal.

A questão da publicação pode ser reflexo dos docentes não se dedicarem somente ao ensino da ética e bioética e, assim, podemos pensar que estariam mais voltados para publicarem em outros assuntos que lecionavam.

Esses resultados apontam para um diferencial no senso crítico frente aos conflitos encontrados na vida profissional e no quotidiano da sociedade. Com as práticas de discussão na Bioética, estamos mais propensos à resolução de conflito, pois, com elas, remete-se o estudante a uma reflexão contínua que, acredita-se, será mantida e fomentada ao longo da vida profissional. Por outro lado, a das publicações nos remete ao lado teórico da academia, aspeto nem sempre relacionado, prontamente, com a prática. Conforme já discutido anteriormente, a questão de trabalhar com a realidade do quotidiano é um desafio que gera dificuldades aos profissionais docentes dos dois países, uma vez que o cerne da problemática está na transposição da teoria na prática do quotidiano, aspeto que teve a maior média nos dois países. Observa-se a necessidade de um trabalho pedagógico para preparar os profissionais da área para o ensino da bioética.

A discussão desta questão nos remete à reflexão proposta por Juliatto⁶⁴: “*O professor é a pessoa capaz de transmitir conhecimentos ou facilitar o processo de aprendizagem. O educador, por sua vez, é o que, além de ser professor, transmite valores aos seus educandos*”. Cabe ao docente se posicionar como professor ou como educador. A partir dessa posição, além de avaliar o contexto onde o ensino de Ética, Bioética, Legislação Profissional ou Deontologia está inserido, o docente deverá optar pelas estratégias mais valiosas, a fim de atingir os objetivos propostos em seu plano de ensino e concretizar-se como professor ou educador em bioética.

De acordo com o conteúdo (Quadro 7), nos dois países, a ética e a bioética se encontram em primeiro lugar, seguido da deontologia/legislação profissional. Entretanto, quando observamos as temáticas proposta para a sala de aula, em São Paulo (Brasil), as questões de conflito são ressaltadas, enquanto que, em Portugal, elas também existem, mas se encontram diluídas entre os demais temas, salientando-se uma preocupação com os princípios éticos.

Quanto à avaliação, observa-se a formalidade imposta pela Universidade. Seguiu-se, em importância, o conteúdo. Isso aponta para um ensino humanista de ética/bioética, a partir do qual se espera que haja a oportunidade de um trabalho voltado para a cidadania.

Os programas de formação inicial e contínua têm o potencial de promover uma cultura ética e permitir o desenvolvimento da faculdade de explorar questões, esclarecer aspectos das relações, identificar as áreas de conflitos e resolver os problemas por meio da deliberação. Faz parte da responsabilidade docente garantir que sua prática mantenha-se atual e eticamente correta. Em geral, hão de incentivar os estudantes para discutir pensamentos, ações e sentimentos, para propiciar a identificação precoce de transgressões de fronteiras, facilitar o trabalho em equipa e criar uma cultura em que estejam mais propensos a buscar conselhos e discutir abertamente as questões éticas⁷⁹.

Para isso, os programas podem incluir como características: concentrar-se principalmente na melhoria e no aumento das oportunidades de aprendizagem para os estudantes; interagir com os estudantes de maneira respeitosa e com decoro profissional; participar no desenvolvimento contínuo da educação profissional; apoiar o desenvolvimento da partilha de conhecimentos, habilidades e perícias; estimular a autorreflexão e consciência responsável quanto às palavras e ações⁷⁹.

Para dar conta de tais características, concordamos com Gracia⁸⁰, quando coloca que o ensino da bioética deve: trabalhar com grupos muito pequenos; manter um ambiente totalmente interativo e participativo, com um estilo de ensino mais prático do que teórico; incluir a discussão permanente do que é exposto, usando o debate como um método; durar períodos muito longos de tempo; colocar mais ênfase na análise e melhoria da atividade quotidiana do que na resolução de situações extremas e excepcionais; e fomentar a promoção da excelência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o tema desta tese, a formação cidadã do enfermeiro, buscou-se responder ao seguinte problema central: será que os docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética profissional ou de bioética formam enfermeiros cidadãos?

Assim, os objetivos foram: Objetivo geral – reconhecer as pontes e barreiras para a formação do enfermeiro cidadão entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal. Objetivos específicos – averiguar as concepções de saúde, bioética e cidadania entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal; e analisar e discutir o projeto político e pedagógico e as estratégias de ensino adotadas pelos docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal.

Após uma análise e reflexão sobre alguns marcos teóricos que achamos importantes para a pesquisa, como: saúde, enfermagem, cidadania, bioética, fatores que interferem na conscientização e na atuação do enfermeiro (liberalismo/capitalismo, globalização, pós-modernidade, centralidade e primazia do econômico em detrimento do social), educação e cidadania na enfermagem e profissionalidade, a pesquisa demonstrou o seguinte, em função do tema e do problema: o diagnóstico demonstra uma similitude nos dois locais, Portugal e São Paulo (Brasil).

O enfermeiro, como profissional da saúde, em seu processo de formação, necessita ser preparado e estar continuamente atualizado, não só para uma prática competente voltada para a resolubilidade, acessibilidade e confiabilidade do sistema de saúde do seu país, mas também para exercer a crítica das políticas nacionais da saúde. Para atingir, desenvolver e ampliar a competência técnica e crítica possível, evidencia-se como objetivo central, tanto dos programas de graduação em

enfermagem, bem como nos de atualização e educação continuada, desenvolver não só conhecimento, habilidades e atitudes, mas também promover o preparo do cidadão enfermeiro para o exercício da crítica social. Além da formação profissional, o enfermeiro deve encarar a vida real da população, suas dificuldades, seus anseios para melhor atender a suas dificuldades. Assim, no enfoque saúde, apontando a visão holística, enfatizou-se o lado físico, psíquico e social, mas sem alcance político, quando, na verdade, o alcance maior deveria ser o direito à saúde e trabalhar para que isso se torne realidade.

Para o ensino da bioética, precisamos de docentes da enfermagem como especialistas ou até como mestres ou doutores em bioética, já que o enfermeiro, conhecendo a sua área de atuação, poderá entender e encaminhar os assuntos de cidadania referentes ao enfermeiro. De fato, a passagem do ensino deontológico dos códigos de ética para a disciplina de ética e também bioética mostra a necessidade dos profissionais de enfermagem nas questões suscitadas pela sociedade moderna ampliarem o leque de conteúdo programático mais próximo com as necessidades vigentes. Entretanto, ainda o conteúdo enfatiza mais as questões deontológicas, abordando poucos os temas bioéticos. Precisamos adequar a formação profissional a um novo paradigma de sociedade e de ciência: visão do homem como ser holístico.

Enquanto as leis, os decretos, as resoluções, as políticas públicas e as diretrizes são determinadas pelo meio social em que a Universidade está inserida, a intencionalidade reside na visão que as pessoas que conformam o currículo têm do mundo. Essa determinação do contexto social pode ser nomeada de determinismo, definido como a conexão condicional entre os fatos, ou seja, as leis, os decretos, as resoluções, as políticas públicas e as diretrizes, condicionando tendências nos currículos. Destacamos a influência da cultura nas relações, mas o professor precisa ter consciência das transformações que estão ocorrendo do seu lado, sendo mais profissionalizante em Portugal. Bioética é um espaço de diálogo transdisciplinar; muitas vezes a não reflexão leva a um corte com a realidade.

Quando discutimos esse profissional exercendo a função de professor de Ética/Bioética, constata-se a dificuldade da transposição da teoria para a prática. Como pode ser trabalhada a cidadania sem contextualizar a realidade e o desejável? Como construir um profissional crítico sem exaltar nos planos de ensino as competências que emergem e são necessárias para desenvolver essas habilidades?

Torna-se necessário um trabalho direcionado às questões metodológicas articuladas às questões de cidadania.

Dentro da contemporaneidade, podemos justificar a continuidade dessa pesquisa, por meio da metodologia de observação, buscando a variedade representativa entre os dois países, sendo uma observação direta em sala de aula, laboratórios ou campos. Dessa forma, será possível comparar os discursos e depoimentos com a prática pedagógica real, pois, dessa forma, as intervenções a serem propostas serão construídas e os dois países se ajudarão mutuamente.

É interessante destacar que, nos dois países, a questão do profissional de enfermagem estar atracado à cabeceira dos enfermos desapareceu, mas as questões de desigualdade, equidade e qualidade de vida não são destacadas nas respostas apresentadas pelos dois países. As concepções se renovaram, mas a prática nem sempre ocorre no mesmo tempo; o profissional continua a ofuscar o social. Quando as respostas se referem ao 'Holismo', existe uma clareza dos dois países na relevância de se observar o paciente na sua totalidade, mas existe, em seguida, uma grande contradição, pois não se fala em desigualdade.

Quando o assunto é ética/bioética na enfermagem, confirma-se um modelo predominantemente conservador: concepção normativa, valorização de códigos e normas ao invés de um ensino reflexivo e crítico. Diante do tema e da problematização desta pesquisa, faz-se necessário nos dois países um trabalho direto com esses profissionais em relação a sua formação política e metodológica.

Os dois países juntos têm muito a colaborar um com o outro devido as suas semelhanças e diferenças.

O caos da saúde no Brasil justifica as competências abordadas, que são vislumbradas na defesa dos princípios da política de saúde. Em Portugal, essa relação direta se faz com códigos, com legislação, com direitos e deveres dos profissionais em questão, mostrando a influência da sua cultura.

A maior diferença constada no decorrer desta pesquisa entre os dois países é que, para Portugal, a cidadania está mais restrita ao profissional, à profissão de enfermagem, à atuação no seu âmbito socioprofissional. O Brasil explora mais as questões comunitárias, a saúde enquanto direito, o Estado, o respeito no cuidar, no atendimento de qualidade. Seria tudo isso, por sermos um país com muitas desigualdades, e Portugal não? Observa-se Portugal como uma sociedade pacifista, seria uma falsa ideologia?

A cidadania prioriza uma educação que venha construir esse cidadão, enfermeiro, portanto a educação seria a promotora da cidadania, uma rutura com os valores conservadores. Constatou-se, na análise dos planos de disciplinas, que não existe preparação dos profissionais para a cidadania, como atores sociais de transformação do sistema de saúde no sentido de enfatizar o direito à saúde, saúde entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, colocando-a, assim, antes de tudo, como resultado das formas de organização social da produção.

Questiona-se a formação dos profissionais que não são enfermeiros: exige-se um aprofundamento na área específica com foco na ética/bioética nos dois países, já que a profissionalidade do enfermeiro repousa na capacidade de identificar e resolver problemas em situação de risco.

Observou-se, após todas as discussões, que, apesar das contradições encontradas, não se apresentam os países como antagônicos, pois, de acordo com os quadros apresentados, as eleições de cada país, seja na competência técnica, consciência crítica, cidadania ativa, não são excludentes. O Brasil, devido à desigualdade que permeia o País de norte a sul, pontua mais as questões sociopolítica e económica, enquanto Portugal tem um olhar mais intenso para as questões de legislação e de holística.

Podemos concluir dizendo que os docentes de ética/bioética, nos dois locais, precisam de mais preparo para formar enfermeiros cidadãos. A bioética entendida como ponte para o exercício da cidadania, bioética ensinada na transversalidade de todas as matérias ou módulos durante o curso de graduação.

Lembramos que bioética é um espaço de diálogo ‘transprofissional’, transdisciplinar e transcultural, tendo como finalidade o resgate da dignidade da pessoa humana e a promoção da qualidade de vida.

Devemos refletir mais sobre a formação desses profissionais que estão a trabalhar com ética/bioética, refletir sobre a profissão de enfermagem nesse mundo atual, sobre a atuação do enfermeiro na promoção da cidadania. Mostrar também a importância de um compromisso político para entender o alcance da abordagem das biotecnologias e biociências: a tecnologia não é neutra. Assim, precisamos analisar custos *versus* benefícios para o doente.

Urge trabalhar para que tenhamos, nos dois locais, docentes de ética/bioética formados em enfermagem, já que conhecem as necessidades específicas da profissão, e também docentes com um curso de especialização em bioética, mestrado e/ou doutorado para abrir os horizontes e ajudar melhor os futuros enfermeiros a entender por que o doente está na cama e entender que a maior parte dos sintomas das doenças são consequências de problemas social, político, psíquico, espiritual, sofridos na sociedade. Daí a importância do compromisso sociopolítico do enfermeiro na sociedade se for verdade que o enfermeiro é um profissional da saúde.

Finalizando este trabalho, destacamos as implicações dos resultados para a clínica: o enfermeiro deve saber quem é o cliente, as imbricações socioculturais e económicas da pessoa cuidada e trabalhar para sua emancipação. Em nível da investigação, podemos continuar a estudar como pode ser a preparação desses docentes, qual é a lacuna do conhecimento, qual é a melhor forma de ensinar para formar profissionais críticos e reflexivos no ensino da bioética. Em nível da educação, trabalhar a bioética como tema transversal em todo o currículo, assim como a atitude dos docentes para a construção de uma verdadeira cidadania, contribuindo, dessa forma, para uma transformação dos dois países.

O ensino da ética é fortemente influenciado pelo contexto histórico e político; deve ser feito de maneira interativa e nada melhor para isso que o docente com um preparo específico em bioética e em metodologias de ensino que suscitem a formação 'crítico-reflexiva'.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALONSO, A. H. **Ética das profissões**. São Paulo: Loyola, 2006. ISBN: 85-15-03237-6.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. [Relatório Final]
3. OLINDA, Q. B. Inclusão Social e Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 3, p. 123-124, 2006. [editorial]. [Consult. 22 fev. 2008]. Disponível em URL: <<http://www.unifor.br/noticia/file/954.pdf>>.
4. OLIVEIRA, M. D.; BEVAN, G. Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. **Health Policy**, London, v. 66, n. 3, p. 277-293, 2003.
5. SERRANO, M. M.; LEMOS, S. Promoção da saúde: um novo paradigma? **Boletim ABRASCO**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 85, p. 5-9, 2002.
6. TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
7. OMS – Organização Mundial da Saúde. **Constituição OMS 1948**. Genebra: OMS, 1948. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>
8. OPAS/OMS – Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. 1ª Conferência de Promoção em Saúde no Caribe, Port of Spain, 1993. **Anais...** Genebra: OMS, 1993. Disponível em: <<http://new.paho.org>>
9. CARVALHO, A. I. Saúde e Democracia. **RADIS – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 60, p. 3, 2007. [editorial]
10. SILVA, F. V.; MENEZES, M. D. G. A. S. Formação profissional e humanização dos serviços de saúde. **Formação – formação técnica em saúde no contexto do SUS**, Brasília, v. 2, n. 5, p. 59-74, 2002. [Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem]. ISSN: 1519-0781
11. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
12. PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Lei de Bases da Saúde**, n. 48/90, de 24 de agosto de 1990. Portugal: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos>>.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

14. OPAS/OMS – Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>.
15. LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Preventive Medicine for the doctor in his community**. New York: Mac GrawHill, 1965.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. ISBN: 85-33406029
17. BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
18. OMS – Organização Mundial da Saúde. **A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um mundo globalizado**. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>.
19. CAMPOS, G. W. S. [et al.] (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi, Quênia, 2009. **Anais...** Genève: WHO, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html>>.
21. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE. Decreto-Lei n. 104/98, de 21 de abril. Diário da República – I Série A, n. 93, de 21 de abril de 1998. p. 1739-1757.
22. VIEIRA, M. **Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007.
23. DOLAN, J. [et al.]. **Nursing in society: a historical perspective**. 15^a ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1983.
24. NOGUEIRA, M. **História da enfermagem**. 2^a ed. ampl. Porto: Edições Salesianas, 1990
25. PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 4^a ed. ampl. Rio de Janeiro: Bruno Buccini Editor, 1969.
26. Florence Nightingale. In: **Wikipédia, a enciclopédia livre** [Em linha]. Flórida: Wikimedia Foundation, 2011, rev. 13 Maio 2011. [Consult. 27 maio 2011]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Florence_Nightingale&oldid=25238794>
27. LUNARDI, V. I. **História da enfermagem**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel, 1998.

28. GIOVANINI, T. [et al.]. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
29. FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: FGV, 1987.
30. GIOVANINI, T. [et al.]. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
31. GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
32. GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1984.
33. GERMANO, R. M. A evolução do ensino da ética para enfermeiros. **Revista Bioética**, Brasília, v. 4, n. 1, 1996. [Conselho Federal de Medicina]
34. BELLATO, R.; GAÍVA, M. A. M. A cidadania e a ética como eixos norteadores da formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 429-432, 2003.
35. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.
36. OMS. **Les soins infirmiers en action. Renforcer les soins infirmiers et l'obstétrique à l'appui de la Santé pour tous**. Copenhagen: J. Salvage, 1993. [Publications régionales de l'OMS, Série européenne, n. 48, p. 18]
37. PORTUGAL. Conselho de Enfermagem. **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Portugal: Conselho de Enfermagem, 2003.
38. BRASIL. COREN – Conselho Regional de Enfermagem. **Projeto Competências**. São Paulo: COREN, 2009.
39. BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 7498/86**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem. Brasília: Congresso Nacional, 1986.
40. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES, n. 3**, de 7 de setembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2001.
41. CORTINA, A. **Por uma ética do consumo**. Madrid: Taurus, 2002.
42. CORTINA, A. **Los ciudadanos como protagonistas**. Barcelona: Galáxia Gutengberg, 1999.
43. PINSKI, J. **História da cidadania**. São Paulo: Editora Contexto, 2008. p. 21-24.

44. RAWLS J. **Justiça como equidade: uma reformulação**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
45. VASQUEZ, A. S. **Ética**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. p. 10-5.
46. DURAND, G. **A bioética: natureza, princípios, objetivos**. São Paulo: Paulus, 1995.
47. COHEN, C.; SEGRE, M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995. p. 13-22.
48. RIBEIRO, R. J. Ética é uma questão de indagações. **Jornal do CREMESP**, n. 108, p. 8, 1996.
49. BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
50. PETRONAIU, A. **Ética, moral e deontologia médicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
51. POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs: N. J. Prentice-Hall Inc., 1971.
52. FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, L. C. P. (Org.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola e Centro Universitário São Camilo, 2003.
53. REICH, W. T. **Encyclopedia of bioethics**. Revised edition. New York: Macmillan, 1995.
54. GARRAFA, V. Bioética, responsabilidade e solidariedade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 5, jun. 1995.
55. OLIVEIRA, F. **Bioética, uma face da cidadania**. São Paulo: Moderna, 1997. [Coleção polêmica]
56. OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP: Manole, 2006.
57. BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética e início da vida: alguns desafios**. São Paulo: Idéias & Letras, Centro Universitário São Camilo, 2004.
58. BIGO, P.; ÁVILA, F. B. **Fé e compromisso social**. São Paulo: Paulinas, 1981.
59. CHAUI, M. **Primeira Filosofia**, 6. São Paulo: Brasiliense, 1986.
60. PRADO JUNIOR, Bento. **O que é liberdade**. (Capitalismo x socialismo). São Paulo: Brasiliense, 1986.

61. DIAS, M. J. Globalização: a economia da exclusão. **Ecoss Marianos - Jornal do Santuário de Aparecida**, Aparecida, p. 47, 72-73, 2007.
62. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU. **Declaração do milênio das Nações Unidas**, de 8 de setembro de 2000. [Cúpula do Milênio]. New York: ONU, 2000.
63. SANTOS, J. F. **O que é pós-moderno**. 25ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2006. [Coleção Primeiros Passos]
64. JULIATTO, C. I. **O professor educador**. Curitiba: PUCPR, 2003. [Aula inaugural do ano acadêmico de 2003]
65. ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: EDIPRO, 2007.
66. ASSMANN, Hugo. **Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente**. Petrópolis: Vozes, 1998.
67. REIBNITZ, K. S. Enfermagem: espaço curricular e processo criativo. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998. Cap. 6, p. 187-237 (Série Enfermagem – REPENSUL)
68. SOBRAL, F. F. Educação para a competitividade ou para a cidadania social? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n.1, jan./mar. 2000. ISSN: 0102-8839.
69. MACHADO, F. P.; CARRIJO, M. G. Educação, cidadania e suas mazelas. **Revista de estudos do norte goiano**, v. 1, n. 1, p. 121-136, 2008.
70. SANTOS, S. M. M.; DUBOC, M. J. O. A profissionalidade e a articulação dos saberes e a autonomia no exercício da profissão docente. **Anais...** V Colóquio Internacional Paulo Freire, Recife, 19 a 22 de setembro de 2005.
71. SCHAURICH, D. [et al.]. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido na PROFAE/RS. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 318-324, 2007.
72. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa (Portugal): Edições 70, 2004.
73. BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: CEDES/HUCITEC, 1983.
74. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais-INEP. **Avaliação para certificação de competências**. Brasília: INEP, 1999.
75. PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

76. KALAITZIDIS, E.; SCHMITZ, K. A study of an ethics education topic for undergraduate nursing students. **Nurse Educ Today**, 2011. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.02.006.
77. KUIAVA, A. E.; SANGELLI, I. J. Formação ética e valores morais no processo de ensino e aprendizagem. In: CARBONARA, V. [et al.] (Org.). **Filosofia, formação docente e cidadania**. Ijuí: Editora Unijui, 2008. [Coleção Filosofia e Ensino, 12]
78. POR, J. [et al.]. Emotional intelligence: its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. **Nurse Educ Today**, 2011. DOI:10.1016/j.nedt.2010.12.023.
79. CLEARY, M. [et al.]. Ethical conduct in nurse education: creating safe staff-student boundaries. **Nurse Educ. Today**, 2011. DOI: 10.1016/j.nedt. 2011.02.013.
80. GRACIA, D. La enseñanza de la bioética en España: un enfoque socrático. In: SARAIBA, J. (ed.). La Bioética lugar de encuentro. **Actas del II Congreso Nacional**. Madrid: ABFyC- Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1998. p. 73-84.
81. YAMADA, K. N.; DINIZ, N. M. Ética em enfermagem: de um ensino com enfoque deontológico para uma aprendizagem baseada na pedagogia da problematização. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 425-428, jul./set. 2005.
82. LOPES, D. N.; NÓBREGA, M. M. L. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 2, p. 233-242, 1999.
83. LOPES, D. N.; PAGLIUCA, L. M. F. Abordagem holística do termo em um estudo empírico: uma análise crítica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 825-830, 2002.
84. LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec – IMS – UERJ – ABRASCO, 2004. p. 4-20.
85. SCHRAMM, F. R.; ANJOS, M. F.; ZOBOLI, E. L. C. P. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E. (Org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2007. p. 29-56.
86. BISCAIA, J.; OSSWALD, W. Bioethics in Portugal. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P.; STEPKE, L. (Org.). **Ibero American bioethics. History and perspectives**. London / New York: Springer, 2010. [Chap. 18, p. 223-331].
87. GRACIA, D. **Bioética clínica**. Santa Fé de Bogotá: El Buho, 1998.

88. PANSANI, S. F. P. **O ensino de ética nas instituições de educação superior de enfermagem do Estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado em Bioética apresentada no Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.
89. CLOTET, J. Bioética: uma ética aplicada em destaque. **Anais... I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde**; 1994, 16 a 19 de novembro. Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. p. 115-129.
90. LEAL, R. B. Planejamento de ensino: peculiaridades significativas. **Revista Iberoamericana de Educación**. [Consult. em: 19 Maio 2011]. Disponível em: <<http://www.rieoei.org/deloslectores/1106Barros.pdf>>. ISSN: 1681-5653.
91. BRYAN, R. [et al.]. Framework for Professional Ethics Courses in Teacher Education. **Journal of Teacher Education**, v. 62, n. 3, p. 273-285, 2011.
92. MASCARENHAS, N. B.; ROSA, D. O. S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 2, 2010. ISSN: 0104-0707.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2004.
- ARAÚJO, M. R. N. A ascensão da enfermagem e a mercantilização da profissão. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 1, 2007.
- BARCHIFONTAINE, C. P. **Saúde e cidadania**. Aparecida, SP: Editora Santuário, 2003.
- BARCHIFONTAINE, C. P. **Saúde e cidadania: uma responsabilidade cristã**. 2ª ed. rev. amp. Aparecida, SP: Santuário; 2003.
- BARCHIFONTAINE, C. P. **Saúde pública é bioética?** São Paulo: Paulus, 2005.
- CHAVES, L. C. **Neoliberalismo e globalização**. [Consult. em 22 Fev. 2008]. Disponível em: <<http://www.culturabrasil.org/neoliberalismoeglobalização.htm>>.
- FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998.
- GARRAFA, V. Bioética, saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, set./out. 1999.

GARRAFA, V. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética**. Conselho Federal de Medicina, v. 5, 1997.

ITURRA, R. **O Guia do utente do Serviço Nacional em Saúde**. [Consult. em 18 Maio 2011]. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/docs/guia_do_utente.pdf>. Publicado em 28/02/2011.

NUNES, L. [et al.]. **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 8ª ed. rev. amp. São Paulo: Loyola, 2007. p. 149-150.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem, Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.

POMBO, A. A proteção do Brasil contra a globalização. [Consult. em 22/02/2008]. Disponível em: <<http://www.hps.infolink.com.br/pombo.global.htm>>.

ORDUNÃ, R. R. [et al.]. **Práxis cristã II**. São Paulo: Paulinas, 1984.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.) **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ANDRADE, M. E. A. **Bioética e Biotecnologia**. Universidade Federal Rural de Pernambuco. Disponível em: http://200.17.137.110:8080/licomp/Members/jeanemelo/plonelocalfolderng.2006-04-10.7475913377/IBC/Bioetica_e_Biotecnologia-elania.doc.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. In: **Wikipédia, a enciclopédia livre** [Em linha]. Flórida: Wikimedia Foundation, 2011, rev. 24 Março 2011. [Consult. 30 maio 2011]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Aten%C3%A7%C3%A3o_prim%C3%A1ria_%C3%A0_sa%C3%BAde&oldid=24518654>.

BRASIL. Ministério da Educação. http://portal.mec.gov.br/index.php?id=12877&option=com_content&view=article

BRASIL. Ministério da Saúde. www.portal.saude.gov.br

BRASIL. www.planalto.gov.br

CNS – Conselho Nacional de Saúde. CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. www.conselho.saude.gov.br/web/conep/index/html

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. www.portalcofen.gov.br

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. www.corensp.org.br

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Wikipédia, a enciclopédia livre** [Em linha]. Flórida: Wikimedia Foundation, 2011, rev. 29 Março 2011. [Consult. 30 maio 2011]. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Declara%C3%A7%C3%A3o_de_Alma-Ata&oldid=24584151>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. www.ibge.gov.br

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. www.inep.gov.br

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. www.icn.ch

ORDEM DOS ENFERMOS DE PORTUGAL. www.ordemenfermeiros.pt

PORTUGAL. www.portugal.gov.pt

PORTUGAL. www.portaldasaudefp.pt

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.
<http://www.ucp.pt/site/custom/template/ucptplfac.asp?sspageID=2128&lang=1>

ANEXOS

ANEXO A

Estudo comparativo a respeito da capacitação do enfermeiro para cidadania, na formação graduada, em Portugal e Brasil (São Paulo)

Objetivos:

Geral: Reconhecer, entre docentes das disciplinas de deontologia, ou legislação profissional, ou ética, ou bioética, na graduação em enfermagem no Brasil (cidade de São Paulo) e em Portugal, as possibilidades e restrições para a formação do enfermeiro cidadão.

Específicos: 1 – Averiguar concepções de saúde, bioética e cidadania entre aqueles docentes;
2 – Discutir o projeto político-pedagógico e as estratégias de ensino adotadas pelos docentes daquelas disciplinas.

Recolha de dados:

- Questionário com perguntas abertas e fechadas para identificar as concepções de bioética, saúde e enfermagem.
- Serão recolhidos dados demográficos e da experiência profissional dos entrevistados bem como de sua formação.
- Análise documental dos Planos de Ensino da disciplina ministrada a partir das palavras indicativas (deontologia, legislação profissional, ética ou bioética).

I Dados demográficos

1.1 – Área de formação:

Graduação: _____ Concluído em:

Especialização: _____ Concluído em:

Mestrado: _____ Concluído em:

Doutorado: _____ Concluído em:

Pós-doutorado: _____ Concluído em:

1.2 – Experiência Profissional

1.2.1 – Docência em Ética e Bioética, Legislação, Deontologia: _____ anos

1.2.2 – Docência na graduação de enfermagem: _____ anos

1.2.3 – Exercício na profissão de enfermagem: _____ anos

1.3 – Local de trabalho:

País: _____ Cidade: _____

1.4 – Disciplinas que ministra atualmente:

II. Concepções de saúde, bioética e cidadania

2.1 – Em sua opinião, o que significa holismo na saúde?

2.2 – Em sua opinião, o que significa cidadania para um profissional da saúde?

2.3 – Enumere em ordem crescente (de 1 a 4) as estratégias que utiliza para fazer a transposição dos conteúdos teóricos da Ética/Bioética para a prática. Considere 1 para a mais utilizada e 4 para a menos utilizada.

- Análise da realidade
- Discussão de casos
- Seminários
- Filmes seguidos de debates ou discussões

2.4 – Enumere, por ordem de prioridade, os elementos que considera quando prepara as aulas para a disciplina de Ética/Bioética. Considere 1 para o que é mais importante e 4 para o menos importante.

- Relacionamento professor-aluno
- Estratégia de ensino
- Conteúdo a ser ministrado
- Objetivos da disciplina

2.5 – Enumere por ordem de prioridade (de 1 a 7) as dificuldades que encontra para a execução do Plano de Ensino planejado para a disciplina de Ética/Bioética. Considere 1 para o que é a maior dificuldade e 7 para o que for de menor dificuldade, não podendo haver repetição de número:

- Interesse do aluno pela disciplina
- Carga horária necessária para o desenvolvimento do conteúdo
- Carga horária necessária para o aprofundamento das discussões
- Transposição do conteúdo teórico para o cotidiano do aluno
- Integração com outras disciplinas
- Adequação dos recursos didáticos
- Adequação dos recursos bibliográficos

2.6 – Enumere por ordem de relevância (de 1 a 9) as competências para a docência em Ética/Bioética. Considere 1 para o que é mais relevante e 9 para o menos relevante.

- Conhecimento em ética/bioética
- Facilidade de comunicação
- Publicação de trabalhos na área de Ética/Bioética
- Criatividade
- Habilidade de liderança
- Atualização em Ética/Bioética

- () Habilidade para resolução de conflitos
- () Facilidade de relacionamento interpessoal
- () Acompanhar as questões de Ética/Bioética na mídia

2.7 – Enumere em ordem crescente (de 1 a 9) as afirmações que seguem. Considere 1 para a que mais se aproxima do seu ponto de vista e 9 para a que menos se aproxima.

- () Bioética é diálogo transdisciplinar e transcultural.
- () Bioética é ética profissional
- () Bioética é legislação profissional
- () Bioética é exercício da cidadania
- () Bioética é estudo transdisciplinar
- () Bioética está entre Filosofia, Biologia e Medicina
- () Bioética é um conjunto de normas
- () Bioética é consequência dos importantes avanços na ciência biológica
- () Bioética é um movimento social e cultural

ANEXO B

São Paulo, 08 de agosto de 2008.

Ilmo. Sr.

Prezado senhor,

Eu, Christian de Paul de Barchifontaine, aluno do Doutorado em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, sob orientação das Professoras Doutoras Margarida Vieira (Universidade Católica Portuguesa) e Elma Zoboli (Universidade de São Paulo), venho, mui respeitosamente, solicitar autorização de V. Sa para realizar nesta instituição, a recolha de dados do estudo “Formação cidadã do enfermeiro: estudo comparativo sobre capacitação do enfermeiro para cidadania, na formação graduada, em Portugal e Brasil (São Paulo)”.

Esta pesquisa tem o caráter quanti-qualitativa e tem por objetivo reconhecer, entre docentes das disciplinas de Deontologia, ou Legislação Profissional, ou Ética, ou bioética ministradas nos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil (cidade de São Paulo) e em Portugal, quais as possibilidades e restrições para a formação do Enfermeiro Cidadão. Para este fim, gostaria de realizar a recolha de dados com aqueles professores de sua instituição com intuito de averiguar suas concepções a respeito dos temas de saúde, bioética e cidadania.

A recolha de dados será realizada por meio de questionário com perguntas abertas e fechadas que será preenchido pelos próprios professores.

Para completar a recolha será necessário que eu tome conhecimento do projeto político-pedagógico das disciplinas e as estratégias de ensino utilizadas por seus docentes. Assim, solicito obséquio que me seja facilitado o acesso a tal documento como melhor aprouver à instituição.

O sigilo e a privacidade dos participantes ficam assegurados na medida em que o questionário é respondido sem identificação do respondente. A forma de entrega e devolução dos questionários o será de maneira a não comprometer a rotina da instituição.

O projeto de pesquisa será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), e fica a critério das demais instituições o procedimento quanto à sua apreciação ética.

Minhas orientadoras também ficam disponíveis para qualquer questão relativa ao projeto pelos endereços eletrônicos: Profa Margarida Vieira (mmvieira@ics.porto.ucp.pt) e Profa Elma Zoboli (elma@usp.br).

Sem mais, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Christian de Paul de Barchifontaine

Aluno do Doutorado em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa

Reitor do Centro Universitário São Camilo – São Paulo

Rua Raul Pompéia, 144 - 05025-10 - São Paulo-SP - BRASIL

Fone: 55-11-38614003

cpb@scamilo.edu.br

Obs: O ofício original será encaminhado por postagem, ou seja, SEDEX Mundi, na data de hoje.

ANEXO C

São Paulo, 06 de outubro de 2008.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. _____,

Conforme o contacto anterior, solicito autorização para realizar a recolha de dados em sua instituição.

Pesquisa Intitulada "Formação cidadã do enfermeiro: estudo comparativo sobre a capacitação do enfermeiro para cidadania, na formação graduada, em Portugal e Brasil"

Autoria: Christian de Paul de Barchifontaine Orientado por: Dra. Margarida Vieira e Dra. Elma Zoboli.

Para tanto, necessito de uma autorização assinada (ver modelo em anexo) para que eu possa dar andamento no projeto de pesquisa e encaminhar ao Comitê de Ética em Pesquisa no Brasil.

Contacto: Sandra Regina Garcia

Telefones 55 11 3861.3403

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos e agradeço antecipadamente.
Atenciosamente,

Pe. Christian de Paul de Barchifontaine

Rua Raul Pompéia, 144 - 7º andar

05025-010 - São Paulo - SP - Brasil

ANEXO D

São Paulo, 06 de outubro de 2008

A -----

(instituição onde o estudo será realizado) autoriza a realização da pesquisa intitulada “Formação cidadã do enfermeiro” (Estudo comparativo sobre a capacidade do enfermeiro para cidadania, na formação graduada, em Portugal e Brasil - São Paulo) tendo como pesquisador responsável Christian de Paul de Barchifontaine, sob a orientação Dra. Margarida Vieira (Universidade Católica Portuguesa) e Dra. Elma Zoboli (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). A pesquisa está vinculada ao programa de doutoramento em Enfermagem na especialidade de Educação em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Assinatura/carimbo do responsável pela instituição

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

São Paulo,-----

Prezado(a) Senhor(a)

Como doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, estou fazendo uma pesquisa com os docentes das disciplinas de deontologia, ou legislação profissional, ou ética, ou bioética, na graduação em enfermagem no Brasil (cidade de São Paulo) e em Portugal. Gostaria de saber o que você entende por bioética, saúde e cidadania e que estratégias de ensino você utiliza na disciplina.

OBJETIVOS

Geral:

Reconhecer as pontes e barreiras para a formação do enfermeiro cidadão entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal.

Específicos:

1. Averiguar as concepções de saúde, bioética e cidadania entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na

graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal.

2. Discutir o projecto político-pedagógico e as estratégias de ensino adoptadas pelos docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal.

METODOLOGIA

1. Tipo de estudo: pesquisa exploratória, descritiva, empírica com abordagem quantiquantitativa.

2. Cenário: cursos de graduação em enfermagem (1º ciclo-licenciado) de Faculdades de Enfermagem de São Paulo (Brasil) e de Portugal. Tanto no Brasil como em Portugal, os sistemas de saúde nacionais são universais, gerais e públicos, com gestão descentralizada e participada. A escolha da cidade de São Paulo e Portugal foi feita em função da população, do número de profissionais de enfermagem e do número de faculdades/escolas de graduação de enfermagem serem comparáveis.

De cada país, será seleccionada uma escola pública, e duas privadas: uma laica e uma confessional, em representação da tipologia existente, considerando que se trata do ensino de uma área sensível á filosofia institucional, pelo curriculum oculto que sempre existe.

As escolas/docentes seleccionadas receberão um código para manter a privacidade e a confidencialidade das instituições e de seus docentes.

3. Escolha das instituições para a pesquisa

Crítérios de exclusão: Instituições onde o doutorando e as orientadoras exercem actividades profissionais.

Crítérios de inclusão: antiguidade e dimensão (número de alunos e inserção comunitária. Em Portugal as diferentes escolas deverão ser de regiões diferentes.

4. Sujeitos: docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal,.

5. Recolha de dados

- questionário com perguntas abertas e fechadas para identificar as concepções de bioética, saúde e enfermagem.

- serão colectados dados demográficos e da experiência profissional dos entrevistados, bem como de sua formação.

- análise documental dos Planos de Ensino da disciplina ministrada (deontologia, legislação profissional, ética ou bioética).

O questionário é anônimo, por isso não é necessário que o(a) senhor(a) ponha o seu nome quando for responder. Sua participação nesse estudo é voluntária e o(a) senhor(a) poderá interrompê-la a qualquer momento, sem que isso lhe dê qualquer prejuízo.

A procedência das respostas será sigilosa e confidencial.

Suas respostas podem colaborar para a melhoria do ensino de enfermagem.

Depois de preencher o questionário, por favor, entre em contacto para que providenciemos a recolha do mesmo.

Qualquer dúvida, você pode ligar para Christian (11-91931539) ou acessar meu e-mail: cpb@scamilo.edu.br; ou o e-mail da minha co-orientadora, Dra. Elma Zoboli: elma@usp.br

Para os colaboradores portugueses, em caso de dúvida, poderão entrar em contacto com a Dra. Margarida Vieira, minha orientadora, pelo e-mail: mmvieira@ics.porto.ucp.pt

Desde já, agradeço sua colaboração.

Concordo em participar da pesquisa:

Assinatura do docente

Data ____/_____/____

ANEXO F

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162

São Paulo, 13 de fevereiro de 2009.

CEP 2080/08

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE

Co-Investigadores: Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli (orientadora)

Disciplina/Departamento: Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Formação cidadã do enfermeiro - estudo comparativo sobre a capacitação do enfermeiro para cidadania, na formação graduada, em Portugal e Brasil (São Paulo)”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Multicêntrico internacional - Observacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Reconhecer as pontes e barreiras para a formação do enfermeiro cidadão entre docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação em enfermagem, na cidade de São Paulo e em Portugal.

RESUMO: Pesquisa exploratória, descritiva, empírica com abordagem quantitativa. Serão enfocados cursos de graduação em enfermagem de Faculdades de Enfermagem de São Paulo (Brasil) e de Portugal. De cada país será selecionada uma escola pública e duas privadas: uma laica e uma confessional, em representação da tipologia existente. Serão contatadas as seguintes escolas: públicas- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade Federal de São Paulo; privadas laicas- ISAVE (Minho) e Universidade Cruzeiro do Sul; privadas confessionais - Escola superior de Enfermagem de São Francisco das Misericórdias (Região de Lisboa e Vale do Tejo) e Faculdade Santa Marcelina. Participarão do estudo docentes de deontologia, de legislação profissional, de ética ou de bioética na graduação de enfermagem, na cidade de São Paulo (Brasil) e em Portugal. Será utilizado questionário com perguntas abertas e fechadas para identificar as concepções de

bioética, saúde e enfermagem. Serão recolhidos dados demográficos e da experiência profissional dos entrevistados, bem como de sua formação. Será realizada análise documental dos planos de ensino da disciplina ministrada (deontologia, legislação profissional, ética ou bioética).

FUNDAMENTOS E RACIONAL: A pesquisa baseia-se na necessidade de se refletir sobre o conteúdo da disciplina de deontologia, legislação profissional, ética ou bioética, realizando um levantamento, entre os docentes de faculdades de Enfermagem, sobre estes tópicos importantes na formação do enfermeiro.

MATERIAL E MÉTODO: Pesquisa vinculada ao Programa de Pós Graduação da Universidade Católica Portuguesa.

Estão descritos os procedimentos, apresentando carta de autorização das instituições onde a pesquisa será conduzida.

TCLE: Apresentado adequadamente, de acordo com a Res. 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: Adequado.

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 08/02/10 e 08/02/11.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado (CEP 2080/08).

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162

3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
- Atenciosamente,



Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo 2080/08

