

ENFERMEIRO DOCENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: UMA REFLEXÃO SOBRE O CENÁRIO ATUAL

NURSE TEACHER IN THE SURGICAL CENTER: A REFLECTION ON THE CURRENT SCENARIO

Onilda Rubin¹

Amanda Rodrigues da Silva Eisenmann²

Adriana Barcellos de Oliveira³

Bianca Lenise Gehlen da Gama Mattei⁴

Ivana Trevisan⁵

Zenaide Paulo Silveira⁶

Katiushka María Trifun Rodríguez⁷

Jessyca de Oliveira Silva⁸

RESUMO: O presente estudo tem como finalidade realizar uma descrição sobre o ensino em enfermagem centro cirúrgico no Brasil, especificamente sobre a docência na área de centro cirúrgico, a partir da produção científica elaborada no decênio pós-instituição das Diretrizes Curriculares em Enfermagem. O percurso metodológico utilizado foi pesquisa bibliográfica. Foram analisados os resumos de 147 artigos científicos relacionados a cada unitermo. Sendo assim, a palavra para inclusão dos artigos para pesquisa foi Docência, Ensino e centro cirúrgico. Destes foram selecionados 12 artigos, que após uma breve leitura dos resumos, foram selecionados: 01(um) artigos relacionados à Enfermagem centro cirúrgico, 09 (nove) artigos relacionados à Docência em Enfermagem e 02 (dois) relacionado ao Ensino Enfermagem centro cirúrgico. Os dados foram organizados a partir de um roteiro adaptado, proposto por Polit, Beck e Hungler, que auxiliou na sistematização de informações chave. Esse estudo reforça a importância da reorganização pedagógica na formação do profissional na área da saúde especificamente enfermagem. Verificou-se que o profissional da enfermagem tem demonstrando uma deficiência pedagógica durante sua formação acadêmica, sendo necessária uma reestruturação destes conceitos. Além disso, observou a necessidade de mudanças na formulação da disciplina cirúrgica, tanto na reformulação pedagógica do conteúdo adequando a realidade carga horária, adequando a realidade conforme as diretrizes Curriculares de Enfermagem, embora algumas escolas já praticassem essa mudança.

69

Palavra chaves: Enfermagem cirúrgica. Docência Enfermagem. Ensino Enfermagem Centro Cirúrgico.

¹ Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

² UNIASSELVI.

³ Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

⁴ Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

⁵ Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

⁶ Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

⁷ SENAC Passo d'Areia.

⁸ Vista Carioca-UNESA.

ABSTRACT: The purpose of this study is to describe nursing teaching in a surgical center in Brazil, specifically on teaching in the surgical center area, based on the scientific production elaborated in the post-institution decade of the Nursing Curricular Guidelines. The methodological course used was bibliographic research. We analyzed the abstracts of 147 scientific papers related to each unit. Thus, the word for inclusion of the articles for research was Teaching, Teaching and surgical center. From these, 12 articles were selected, which after a brief reading of the abstracts, were selected: 01 (one) articles related to Nursing Surgical Center, 09 (nine) articles related to Nursing Teaching and 02 (two) related to Teaching Nursing Surgical Center. The data were organized from an adapted script, proposed by Polit, Beck and Hungler, that aided in the systematization of key information. This study reinforces the importance of the pedagogical reorganization in the formation of the professional in the health area specifically nursing. It was verified that the nursing professional has demonstrated a pedagogical deficiency during his academic formation, being necessary a restructuring of these concepts. In addition, he observed the need for changes in the formulation of the surgical discipline, both in the pedagogical reformulation of the content, adjusting the reality of the workload, and adjusting the reality according to the Curricular Nursing guidelines, although some schools already practiced this change.

Key words: Surgical nursing. Nursing Teaching. Teaching Nursing Surgical Center.

I INTRODUÇÃO

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a formação do ensino na área da saúde propõe a idéia de um quadrilátero, nesse ensaio assim conhecido de uma prática experimental como política de educação para o Sistema Único sendo formada por: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Atualmente a formação dos profissionais da área da saúde é considerada um desafio, para a ordenação de políticas formadoras como prevê a Constituição Nacional do Brasil. Sua prática compete à formação de Políticas Públicas, segundo Ministério da Saúde (MS). A reforma sanitária foi responsável pela revolução no campo da saúde, momento inusitado em nossa história, porém no que corresponde o ensino ainda está estagnada, exigindo mudanças urgentes nessa articulação entre saúde e educação. O ensino tem recebido fortes críticas, nessas questões apesar de todo movimento em torno da reforma profissional, além das mudanças que dependem do estímulo de todos, que se apresentam de forma lenta, muitas vezes estagnada, mas que marcam o seu acontecimento em vários setores (ALMEIDA, 1996).

As modificações realizadas têm como principal objetivo no que se referem no ensino em saúde têm a intenção de unir a prática de saúde e as práticas pedagógicas, transformarem a educação dos profissionais no Sistema Único de Saúde - SUS e as Instituições formadoras. Estas devem formular diretrizes curriculares que contemplem o perfil epidemiológico e demográfico, prover de meios adequados à formação profissional que consiga atender o SUS responsabilizando de forma a todos, afinal o controle social precisa interagir entre todas as bases

do quadrilátero tendo em vista que construir e organizar a educação são um processo de ação e mudanças sociais (PEREIRA, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Assim, Pereira (2003) para que haja essa inclusão das práticas educativas na saúde tanto na formação continuada dos profissionais que atuam nesta área, como no campo da educação e saúde para população em geral, é necessário que esse abarcamento de conhecimento humano aconteça através do desenvolvimento de práticas educativas norteadas por um adjacente de representações do homem e da sociedade que se quer efetivar. Essa caricatura é mostrada através de discussão do processo de ensino-aprendizagem utilizando tendências pedagógicas, círculos de debates e conferências motivadas num propósito formar novos processos de ensino do saber que dominam nosso meio por serem tradicionais com intenção de práticas renovadoras condicionadas por fatores social-culturais. (PEREIRA, 2003).

Revisto a literatura sobre o ensino nos cursos superiores no Brasil, como os elaborados por Batista (2005); Silva, Gomeesses e Rodrigues (2004) e Faria e Casagrande (2004) é de se notar que, ainda hoje, o que prevalece na formação universitária é a lógica tecnicista, a ênfase no saber e no saber-fazer.

Entretanto no que refere ao Curso de Graduação em Enfermagem e formadora de professor é delicado e também obsoleto. Esta situação é demonstrada no fato de que, até bem pouco tempo, bastava ser um especialista competente para exercer a docência superior. Conseqüentemente, se os novos profissionais exercerem com técnica e rigor sua profissão que está cumprido à função da universitária conforme Faria e Casagrande (2004).

Em meio à transformação dos paradigmas educacionais e a necessidade de acomodação a essas modificações, o Curso de Enfermagem, assim como os demais cursos da área da saúde, enfrenta um problema: a maior parte dos professores não tem formação pedagógica. Reis, Gomes e Rodrigues (2004) afirmam que “Logo, eles ainda ‘ensinam a fazer’, como fizeram com eles, e transmitem o conteúdo que receberam, geralmente, da forma como receberam”. Como um espelho que transmite a imagem que não se modifica do passado que remete ao presente sem limite aversão imitador do que se aprendeu. Dizemos que o processo de educação é vetusto e cruel, quando se trata de ensino-saúde, pois propõem uma prática antiquada e que usamos a internet como a maior novidade e continuamos viciados no quadro negro como único método de ensino.

Nesse sentido, dada relevância que a temática desta pesquisa possui, de forma a transmitir uma experiência profissional, bem como objetivos e caminhos percorridos nessa tarefa, procuram explicitar, também, as motivações acadêmicas, mas apropriadas de acordo com

a intencionalidade de minhas inquietudes. Não poderia ser diferente tratando este trabalho da questão dos saberes docentes de uma área específica do conhecimento na área da saúde a nível superior e colocando em evidencia centro cirúrgico.

A especialização no Curso Enfermagem em Centro cirúrgico e CME surgem como uma oportunidade de busca na minha formação, inclusive em razão das incertezas vividas, da reflexão constante que realizo no meu cotidiano numa escola de nível médiocompactuando para a formação em um curso técnico profissionalizante atuando na função de docente numa disciplina com o propósito de ensinar sobre centro cirúrgico, além de uma reflexão no papel dos enfermeiros que remete no seu cotidiano dentro de uma unidade centro cirúrgico o papel de docente.

Na medida em que vou cursando os módulos no curso Enfermagem em Centro Cirúrgico e CME os meus pensamentos, também mudam e percebo diferentes interfaces entre as áreas de educação e saúde. A cada aula que assisto, amadureço nas discussões, leituras e reflexões, muitos aspectos elucidam sobre questões que envolvem a todos mesmo que suas formações sejam diferentes. Porém, numa turma heterogênea as opiniões combinam e também se contradizem, somos diferentes, e nas diferenças existe o aprendizado. Todos com o desejo de discutir a educação na saúde, centro cirúrgico. A partir de minha implicação articulo os assuntos abordados com minha vivência de docente e os futuros desafios, potencialidades dos nós críticos desse lugar.

72

Sendo assim, são muitas as razões/implicações de interesse deste estudo, desse modo a mais comum está vinculada a prática que é o local da atuação profissional do autor. Investigar os saberes de docente significa entrelaçar na minha trajetória os fios de lembranças, retomando aos momentos de dúvida sobre meu trabalho como Educadora de enfermagem num centro cirúrgico e sala de aula levando conhecimento numa disciplina onde o tema refere ao meu cotidiano Centro Cirúrgico e CME. A temática dessa pesquisa é influenciada pela trajetória que tenho realizado em minha vida na busca de conhecimento, também motivações pessoais e profissionais no que refere aperfeiçoamento.

Durante a atuação como docente em uma escola de enfermagem, onde meu conhecimento é compartilhado com discentes e foi nesse espaço que me permitiu uma vivência singular através da prática do ensino por ser um dos momentos, que potencializam trocas de informações e construções de saberes profissionais no processo de aprendizado. Os alunos demonstraram seus conhecimentos, e dúvidas em aulas através rodadas de conversas articuladas com saberes de suas participações. Da mesma forma, a interface repercutiu em mim tendo como

conseqüência o repensar do papel de docente e quais os limites que tenho como uma educadora, tanto na prática de ensino quanto na interface com a acadêmica do curso Enfermagem em Centro Cirúrgico e CME.

Assim, a partir de uma pesquisa bibliográfica sobre a docência em enfermagem em centro cirúrgico, busquei compreender os acúmulos, potencialidades e dificuldades da discussão de ensino em saúde a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem a dessa profissão e como esses processos estão refletindo-se nas práticas de ensino.

2 OBJETIVO

Realizar uma descrição sobre o ensino em enfermagem no centro cirúrgico, especificamente a docência nessa área, a partir da produção científica elaborado no decênio pós-instituição das Diretrizes Curriculares em Enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Educação na saúde

Nas décadas de 70 e 80, a partir da Reforma Sanitária Brasileira surgem alguns movimentos sociais na área da educação ensino e saúde. Motivada por intensas lutas e mobilizações, no Brasil o Movimento Sanitário que contou com a participação de um grupo elitizado: público de intelectuais, universidades, comunidades organizadas, profissionais de saúde e alguns políticos. Nesse período de transição os recursos aplicados na saúde eram considerados mínimos com valores em reduzidos, mesmo no auge do milagre econômico começou a se estruturar políticas públicas que envolveriam as secretarias Municipais de saúde. Movimento que adquiriu maturidade por influência acadêmica, influenciada por faculdades de medicina com suas ideias e fatores relacionados à saúde como bem-estar do corpo humano deu ênfase a essa luta engajado no processo com força total.

Apontado por um contexto singular e em virtude desse movimento, no setor da saúde, elaborou-se também um sentido único à saúde e pretenderam-se recortes preventivistas ou curativistas, saúde pública ou assistência médica, promoção *versus* reabilitação. Tal oscilação disputava seu espaço: em lugar da assistência a integralidade, no lugar da polaridade a prevenção *versus* cura e finalmente, no lugar da processualidade a doença *versus* reabilitação (CECCIM e FERLA, 2009).

Nesse momento que surge o que faria parte de um marco histórico, assim renasce o termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da Reforma Italiana, sendo a expressão esquecida por um tempo e recuperada na 8º Conferência Nacional de Saúde. Nasceu com a luta contra ditadura, marco fundamental de um período de grande importância aos nossos pais com o tema Saúde e Democracia, estruturou-se nas universidades e nos movimentos sindicais em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento era um contíguo de idéias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde e que pela primeira vez reuniu mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil que discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na constituição por meio de emenda popular, que “*a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado*”.

Esses acontecimentos foram cruciais para que houvesse essas mudanças que não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor de saúde, onde a idéia principal era entendida como melhores condições de vida para a população. Numa conjuntura que transformaria o futuro da saúde. Como alguns movimentos provido de projetos, foram ensaios como saúde comunitária, clínica de família e pesquisa comunitária que no início não eram articulados por não terem uma denominação específica, esses movimentos também não podiam ser ignorados, assim em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Brasília, esses grupos de pessoas, foram denominados de forma pejorativa de “partidos sanitários” (ARROUCA, 2015).

74

Nota-se que tínhamos uma saúde restrita, que antes da constituição Federal em 1988, a saúde pública estava no setor da saúde e a assistência médica estava no setor previdência social, com isso o acesso estava garantido apenas pelo tratamento médico para aqueles que estivessem empregados. Prevalecendo assistência a uma minoria. Porém, todo o movimento levou à formação do Sistema único de Saúde ampliando essa assistência para uma grande maioria.

Como efeito de fortalecimento, ocorreu à percepção de insuficiências no ensino e das profissões de saúde. O conceito de saúde estaria relacionado à qualidade de vida e ao trabalho, o SUS seria consequência de todo esse marco da história social do cidadão que movimentou várias classes sociais e foi capaz formular um conceito em saúde (CECCIM; FERLA, 2009).

Neste momento histórico, um desejo de mudança na formação profissional para setor de saúde esteve presente na discussão de reforma. Discussões que assumiram transformações que acompanham projetos educativos que contemplam uma visão contemporânea e a crítica dos modos de ensinar e de aprender. O amadurecimento do processo de reforma do setor da saúde

e suas avaliações colocaram a formação como um grande nó crítico necessitando uma nova prática para a mudança radical de uma visão arcaica para novos conceitos de como fazer saúde. A educação como grande área de especificidade do conhecimento também se ocupou de pensar uma reforma no ensino que compreende a natureza da reforma sanitária para fazer suporte intelectual ou instigante tensionamento educativo. A educação superior dos profissionais de saúde tem marco paradigmático no primeiro esforço conceitual e prático empreendido para avaliação institucional do ensino. O projeto de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos da América, compreendido em 1910 por Abraham Flexner, gerou além da teoria científica da educação superior em saúde, uma teoria da avaliação da educação (CECCIM, 2008).

O Modelo Flexneriano (alguns autores chegam a falar de um paradigma biomédico flexneriano), do ponto de vista conceitual, refere-se, não exclusivamente biologicista de doença com negação da determinação social da saúde. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo hospitalocêntrico, individualista e tendencialista à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Na educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa e o excito à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra - se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde (FILHO, 2010).

75

A proposta de Flexner, embora tenha recebido ao longo do tempo fortes críticas, especialmente porque nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantada, ainda se encontra em vigor na maior parte das escolas médicas do mundo, onde permanece organizando seus currículos: um ciclo inicial de disciplinas básicas realizadas nos laboratórios e outro de estudos clínicos realizados em hospitais e centros médicos acadêmicos. Os hospitais se transformam nos lócus privilegiado de transmissão do conhecimento médico, restando às faculdades o ensino de laboratório nas áreas básicas e a parte teórica das especialidades (HORA et al 2014).

No particular da academia, o movimento sanitário desenvolveu entre os docentes, da área da saúde Pública e da Saúde Preventiva e Social, pois a produção científica formava processos capazes de condicionar ou determinar o estado de saúde e adoecimento a satisfação e insatisfação do cidadão. Era realizado um análise que estabelecia interpretações científicas sobre

os padrões de financiamentos e geração de lucro sobre a vida e a saúde. Tudo contribuiu na conquista entre projeto terapêutico e histórico cultural nas classes sociais (CECCIM; FERLA, 2009).

A arte de formação dos profissionais de saúde, ainda se encontra limitado aos avanços da cidadania que força a sociedade um posicionamento, o amadurecimento reflete a questões sociais. Mesmo que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado fazer validar os princípios na prática ainda exigia mudanças importantes como à travessia de fronteiras. Uma visão crítica que demonstre interesse em edificação cultural de valores, e principalmente nesse desejo de metamorfose que a saúde verso ensino. Esses preceitos estabelecidos legalmente como saúde, como direito à vida com qualidade; saúde como direito à atenção integral, com privilégio da promoção e prevenção sem prejuízo da recuperação e da reabilitação dos estados de saúde; saúde como expressão do andar a vida (CECCIM; CARVALHO, 2004).

Forte domínio consequentemente a influência das corporações e do mercado de interesses do complexo produtivo da saúde, a diferença promovida pelas corporações e pelo ideário social neoliberal e conflitos de posição em estruturas de poder no trabalho, pelas deficiências no processo de educação dos professores, fragilidade na composição dos cenários de aprendizagem e de interação das instituições formadoras com as instâncias de condução setorial e atuação profissional da saúde contribuem de modo importante para a dificuldade de organização de propostas de formação mais flexíveis e qualitativas (CECCIM; CARVALHO, 2004).

76

Em 2003, o Conselho de Saúde aprovou como política, a iniciativa de formação e desenvolvimento para SUS caminho de referência a Educação Permanente. Tal documento marcou início de saberes e práticas de Educação e Ensino da Saúde reconhecendo suas origens de produções em saúde coletiva. Também há uma necessidade de abandonar o modelo biologista para a construção de referências que atendam às necessidades dos usuários (CECCIM; FERLA, 2009).

Em síntese a esse contexto as mudanças propostas nos currículos dos cursos das áreas da saúde foram impostas nas instituições de ensino superior, provocação de realizar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva com o intuito de preparar os profissionais que sejam capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde de forma multiprofissional, características que atendem os princípios do Sistema de Saúde - SUS. As diretrizes curriculares homologadas em sua maioria são resultantes da disputa entre diferentes ideologias, especialmente entre aqueles que defendiam o desenvolvimento das disciplinas em ambientes

hospitalares e das universidades e as concepções daqueles que, assim como indicavam as novas diretrizes, defendiam uma formação voltada para o campo da Atenção Primária à Saúde (ROSSINI; LAMPERT, 2004).

3.1. 1 Ensino Aplicado na Graduação em Enfermagem

A formação dos enfermeiros no Brasil segue caminho paralelo à do sistema de saúde, culminando no aumento e diversificação dos postos de trabalho para enfermeiros através da criação do SUS. O desenvolvimento intenso do número de escolas de graduação em Enfermagem, especialmente no setor privado, estimulado pelo apoio oferecido pelo governo federal através de programas de crédito educativo e bolsas de estudo (BATISTA, 2006).

De maneira geral, o ensino da Enfermagem nas Universidades encontra dificuldades na incorporação das propostas para incrementar as mudanças na formação dos profissionais, estabelecidas pelas diretrizes curriculares nacionais de Enfermagem (FERNANDES, 2005).

A presente Resolução a ser observada na organização do currículo de Graduação em enfermagem em todas as Instituições, para atender novas concepções de saúde pelo Conselho Nacional de Educação, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem com a Lei 9.131 de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNES/CES 1.133 de agosto de 2001 com conjunto de Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001).

77

Essas diretrizes propõem relativas à aquisição/desenvolvimento/avaliação das competências e das habilidades, dos conteúdos essenciais, das práticas/estágios e das atividades complementares. Observa-se que há certa dificuldade em definição sobre as competências para a formação do enfermeiro e para obtenção de consenso sobre essas competências. Porém, são exatamente essas competências que irão conciliar o plano curricular dos cursos às necessidades e objetivos de formação de enfermeiros (FERNANDES, 2005).

Em face disso, as Diretrizes Bases na Educação LDB, instituições relacionadas ao ensino de enfermagem foram as primeiras a traçar as diretrizes gerais para educação em enfermagem no Brasil. Na construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) foram envolvidas em diversas entidades nacionais, tanto no âmbito do ensino quanto nos serviços, na busca de um perfil profissional com competência, habilidades e conhecimento para atuar no SUS (ALMEIDA, 2003).

Segundo Fleury e Fleury (2001), a forma de educação voltada à formação do profissional mostra que, a exemplo do que ocorre na América Latina, recebem fortes críticas, por ser

baseadas no sistema educacionais tendo como novo conceito para qualificação de investidores internacionais. A lógica do mercado prima por mão-de-obra capacitada para dar conta da dimensão tecnológica e não privilegia a formação crítico-reflexiva capaz de impactar o mercado e provocar melhorias sociais locais a médio e longo prazo.

Contrapondo-se ao sistema de formação de competências brasileiro, cuja responsabilidade primeira advém das Instituições de Ensino Superior (IES), deveria ser também papel das organizações empregadoras a formação de uma rede de conhecimento permanente que gerasse o desenvolvimento contínuo de competências.

Entretanto as dimensões estão pautadas com a formação de diferentes modelos de competências que advém de um movimento irreversível, cujas principais consequências serão sentidas nos âmbitos da educação e do mundo do trabalho.

Na busca de convergências para categorizar as competências, identificam-se como mais citadas na literatura às competências de comunicação, educacionais, de trabalho em equipe e de gerência (WITT, 2005). Na graduação, as DCNs apontam para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

O ensino superior enfermagem apresenta competências gerais propostas pelas DCNs para a formação dos profissionais de saúde e apontadas suas interfaces com os SUS, surgem os desafios a serem enfrentados diante das necessidades da população. A modalidade de formação por competências deve ser analisada para não refletir apenas mais um modismo que serve a interesses de grupos específicos tanto do ensino, quanto do mercado de trabalho. As DCNs apresentam um texto com pretensões de formar um profissional crítico-reflexivo, ativo diante das demandas do mercado de trabalho (BRASIL, 2001).

Verifica-se uma divisão acentuada entre ensino e serviço. Enquanto na dimensão estrutural das políticas de educação e de saúde existe a preocupação com a inserção do futuro profissional no SUS, propondo estratégias para a ampliação da participação das escolas formadoras no sistema de saúde, estas e os serviços de saúde locais e regionais possuem muitas dificuldades para proferir parcerias interessantes para ambos os lados. A situação pode ser analisada como um contrassenso, já que ao concluir a graduação, o profissional partirá para o mercado de trabalho. Este por sua vez, deseja um profissional experiente, porém não está disposto a investir em treinamento, com exceção de alguns hospitais universitários ou serviços públicos de saúde (CIAMPONE, PERES, 2006).

3.1.2 Ensino Aplicado nos Cursos Profissionalizantes em Enfermagem

No Brasil, o ensino profissionalizante tem sua origem nos tempos mais remotos da colonização, tendo como os primeiros aprendizes de ofícios os índios e os escravos, e “habitou-se o povo de nossa terra a ver aquela forma de ensino como destinada somente às pessoas de baixas categorias sociais”. (FONSECA, 1961).

É possível relatar que o processo ensino no Brasil consolidou no sistema capitalista ocorrendo posteriormente à existência do que poderia ser chamado de ensino profissionalizante, no intuito de atender ao mercado de trabalho. Seria uma Mão- de- obra barata num curto período e supriria a necessidade do mercado.

Em virtude de diversas implantações de modelos de educação profissionalizante no Brasil, têm vários pontos divergentes entre eles, tanto em relação à implantação quanto ao modelo inserido, entretanto, algo leva a crer que exista inegavelmente um ponto em comum nas diversas experiências profissionalizantes: a influência de interesses do grupo dirigente no poder diante dos modelos de ensino, manifestado através das propostas políticas, como também nas respostas de setores da sociedade diante de necessidades classistas (FALCIONE; AMORIM, 2004).

Na década de 40, sob o Decreto-Lei n. 4048, Getulio Vargas e os ministros da educação e do trabalho assinaram a promulgação que autorizava a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI (WEINSTEIN, 2000, p. 118). O SENAI foi um exemplo de política protetora na quais as esferas públicas e privadas foram marcadas pela ambigüidade, afinal, a instituição SENAI foi imposta pelo Estado Novo à classe burguesa, tanto que “os empresários reagiram fortemente ao projeto varguista de instituir uma contribuição compulsória para financiar a formação profissional de operários” (CUNHA, 2000, p. 46).

Visto que o Estado Novo assumiu uma postura de tutor, indutor e representante de interesses privados, bem como atuou como um adequado árbitro na luta de classes entre patrões e empregados, na organização de um meio de produção harmônico e disciplinado, características da preocupação estatal com a “paz social” (CUNHA, 2000).

Entre os anos de 1937-1945, a formação profissional adotou impulso, o ensejo era obter o apoio da classe trabalhadora e média diante do governo recém-imposto. Porém, o momento auxilia a entender a preocupação do governo diante da educação profissional, uma vez que, a Segunda Guerra Mundial era um momento de boa expectativa econômica para os industriais brasileiros. (WEINSTEIN, 2000);

3.2 Docência em saúde

A construção do docente é um dos mais importantes engenhos para o desenvolvimento da competência do professor, e, como afirmam “as políticas de formação docente nos países da América Latina ganharam centralidade nos projetos educacionais, especialmente, a partir da década de 90.” Mesmo que seja possível perceber essa centralidade nas políticas não é difícil identificar situações de precariedade nas propostas indicadas (RODRIGUES E VARGAS, 2008, P.37).

A formação de professores tema abordado atualmente nas instituições de ensino, por sua complexidade expressada por transformações atuais, que exigem um diálogo crítico com as propostas pedagógicas e acadêmicas que problematizem através de movimentos sociais. Quando relacionamos à educação a saúde, agrega-se um triangulo entre ensino-aprendizagem-assistência, e a competência profissional ganha destaque nesse cenário de aprender e ensinar construído por docentes, pelos discentes, pelos pacientes além da comunidade (BATISTA, N., BATISTA, S., 2004).

A legislação brasileira, organizada no bojo das reformas educacionais, ao produzir a formação de professores para a educação básica em graduação de nível superior, admitindo a formação em nível médio para os docentes das séries iniciais do ensino fundamental, que correspondem ao primário (BRASIL, 1996). Porém, a formação de nível superior, ainda que desejável, não é garantia de qualidade. Conforme, a LDB, são admitidas instituições públicas e privadas com variados graus de abrangência ou especialização (art. 44) e os cursos nas modalidades a distância ou presencial em diferentes formatos, são autorizadas e reconhecidas pelo poder executivo (art.45) (BRASIL, 1996).

Discussir a formação de professores da área da saúde emerge como desafios e perspectivas, inspirando-nos a construção de um olhar interdisciplinar. Que relata a experiência como formadora de outros professores na área da saúde ampliados o olhar no cotidiano que transforma o ensino num cenário acadêmico durante o aprendizado (BATISTA, N., BATISTA, S., 2004).

A educação superior permite afirmar que o professor é influenciado pelo paradigma da sua própria formação, mas que a concepção ou tendência pedagógica que caracteriza a ação docente pode ser modificada ao longo de sua trajetória profissional. Ao longo da história da educação, os paradigmas influenciaram as variadas áreas de conhecimento em suas múltiplas dimensões e têm aparecido com designações diferenciadas, como: tendências, abordagens e

concepções, entre outros termos. Em geral, os educadores apresentam os paradigmas como conservadores e inovadores e seus desdobramentos aparecem de maneiras diferenciadas.

3.2.1 Docência em Enfermagem

Na apresentação no que diz respeito a história de ensino de enfermagem no Brasil entre os trabalhos mais conhecidos inclui-se o de Paixão (1979), que deu ênfase na influência da religiosidade, a doação do ser ao próximo, sobre a profissão tendo uma participação fundamental na construção da trajetória do enfermeiro. Vale salientar a formação profissional de Paixão, Enfermeira diplomada pela Escola de Enfermagem Carlos Chagas da Universidade Federal de Minas Gerais EECC/UFMG que contribuiu para o avanço do ensino em enfermagem.

Já no currículo no ensino de enfermagem transformação do modelo médico/hospitalar nos centros universitários, para enfermeiras generalistas em virtude da Reforma Sanitária algumas propostas na área da saúde, visavam uma melhoria em todo sistema organizacional trazendo os princípios norteadores do SUS como uma proposta prática fundamental na assistência de profissionais com formação atuando em vários níveis de atenção à saúde, isso modificaria toda prática da assistência e levando uma prática epidemiológica mais presente, fomentaria o futuro de uma especialização voltada a unidades de assistência Básica, e a comunidade em consideração de suas reais necessidades (ITO ET AL, 2006).

Com a aprovação da Lei nº 3.780, sancionada pelo presidente Juscelino Kubitschek dispendo sobre a classificação de cargo do Serviço civil do poder executivo sendo de grande importância o status da Enfermagem. (AZEVEDO et al, 2009; PADILHA; BORENSTEIN, 2006), fundamentando legalmente a profissão. A partir dessa lei o enfermeiro foi posicionado entre duas categorias sociais como profissional técnico-científico de nível médio e superior no serviço público federal contribuindo para o surgimento da categoria universitário.

O ensino de enfermagem no país passou por várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos, tendo como reflexo de cada mudança o contexto histórico da sociedade brasileira. O seu surgimento através da dedicação religiosa foi o marco inicial do processo do cuidado (OLIVEIRA; GALLEGUILLOS, 2001).

Entretanto, talvez considerável mais importante para sua legalização e reconhecimento profissional foi o movimento da Reforma Sanitária, consequentemente fatos determinantes na formação do profissional engajados na realidade que forçou a necessidade da mão de obra no mercado e o seu reconhecimento (OLIVEIRA; GALLEGUILLOS, 2001 e ITO ET AL, 2006).

No que afluem ao perfil do enfermeiro significativas mudanças decorrentes desse quadro de transformação da educação e da saúde, modelos internacionais foram os primeiros sistemáticos na criação da formulação curricular (ITO ET AL, 2006). A resposta para tal missão, a educação deve organizar-se em torno de quatro eixo a aprendizagens fundamentais, assim ao longo da vida será para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes (FARIA, 2004).

3.3 Centro Cirúrgico

O hospital constitui-se atualmente dividido em mais de um complexo no que se refere a organização. A palavra hospital deriva do latim *hospe*, significando aquele que recebe ou acolhe, próprio para a internação e tratamento de doentes e feridos. Seu surgimento remete a um período medieval, os doentes buscavam ajuda em conventos, posteriormente surgimento de instituições com objetivo de internar doentes crônicos.

Atualmente, o hospital tornou-se uma empresa prestadora de serviços a saúde, com todos os princípios de administração, com previsões, organização, controle e coordenação. A tecnologia modificou sua estrutura tornou ambiente inovador e facilitou o trabalho e o avanço na medicina (MORAES; CARVALHO 2010).

O ambiente centro cirúrgico surgiu para facilitar o trabalho da equipe médica. E somente na era moderna houve a centralização das salas cirúrgicas. O Centro cirúrgico também é responsável pela Central de Esterilização (MORAES; CARVALHO 2010).

A partir de 1846, com a descoberta do anestésico, a história da cirurgia evoluiu assim os procedimentos foram tornando audaciosos, e o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro tornou-se inquestionável, pois o ambiente seguro, confortável e limpo era de suas responsabilidades.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a unidade de centro cirúrgico é um conjunto de elementos destinado a atividades cirúrgicas, e recuperar pós-anestésico e pós-operatório imediato. Assim unidade complexa restrita para assistência à saúde, contem unidades especializadas para realizar procedimentos de grande e pequeno porte. Segundo Rdc nº 50 2002, esse ambiente deve prover: água fria e quente, oxigênio canalizado ou portátil, vapor, gás combustível, vácuo clínico canalizado, ou portátil, vácuo de limpeza, ar comprimido medicinal,

canalizando ar-condicionado. O espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinadas atividades, sendo caracterizado por dimensões e instalação que possibilitam ampliação, reforma e segurança, bem como conforto das equipes que nele prestam serviços (SOBEC,2009). Sendo assim, a arquitetura do ambiente de assistência deve estar otimizada na assistência, uma relação física do espaço com as atividades, projeto arquitetônico tem um papel primordial de contribuir no entendimento do sistema de acreditação, seja nacional ou Internacional.

O conforto não deve fugir as regras e normas conforme Anvisa, podem conter designer sofisticados, mas não devem fugir das normas reguladoras. Geralmente deve ser projetada em medidas padrão cada sala cirúrgica, construídas e definidas conforme tipos de cirurgias a serem realizadas (ZIONI; BOTELHO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado tem base pedagógica na formação do profissional Enfermeiro docente em centro cirúrgico. O profissional tem demonstrado essa deficiência já em sua formação acadêmica, por razões claras do processo em formar enfermeiro generalista.

Algumas estratégias de ensino devem ser realizadas preenchendo essas lacunas que o profissional formado tem sofrido ao entrar no mercado. 83

Nota-se que através das publicações científicas vinculada a enfermagem, que passaram 18 anos da instituição DCN vários são os desafios para que tenhamos uma formação efetiva que garanta o perfil do egresso preconizado e necessário ao Sistema de Saúde Brasileiro. Também é sábio dizer que tivemos mudanças efetivas nas bases curriculares, metodologia para formar profissionais capazes de identificar e ajustar as necessidades que abrangem, muito além da epidemiologia, mas de fatores sociais econômico de uma população.

O enfermeiro sendo generalista deve desenvolver habilidades técnicas em todos os cenários da saúde, assim como o decente durante o processo de ensinar não se limitando apenas no conhecimento científico buscando melhorias na prática em sua formação pedagógica.

O ensino em enfermagem é capaz de formar novos pensadores, entretanto para que esses processos de transmissão de conhecimento ultrapassem fronteiras, é necessário responsabilizar fazer essa reflexão da forma crítica , visando como construir enfermeiros capazes de atuar e diversas situações e atender assim as Diretrizes Curriculares em Enfermagem que propõem atender a realidade da população.

Assim diante do contexto estudo acima, podemos dizer que minhas dúvidas foram sancionadas: pois encontrados estudos capaz de confirmar as dificuldades vivenciadas por docentes em sua prática, no qual refletem no seu cotidiano em transmitir o seu legado de saberes. Além disso, tornou-se evidentes que o conteúdo de centro cirúrgico em enfermagem não pode ser reduzido numa carga durante a administração da disciplina clínica cirúrgica, devido a uma carga teórica longa em tempo curto. Dessa forma, devemos refletir nossas responsabilidades quando assumimos o papel de docentes diante nossa formação pedagógica acadêmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABE. Associação Brasileira de Enfermagem Nacional. Relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil, 1956-1958. Brasília: ABE; 1980.
2. ALMEIDA, M. As novas diretrizes curriculares para os cursos da área de saúde: Rede Unida, Londrina (PR), 2003.
3. ALMEIDA, C.O.S. Modelos de Reforma Sanitária dos Anos 80: Uma Análise Crítica. *Saúde e Sociedade* 5(1):3-53,1996.
4. AROUCA, S. FIOCRUZ: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sanitarista-Biblioteca Virtual. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/> sanitarista. Acesso em: 30 de janeiro de 2015. 84
5. AZEVEDO, J.M.; CARVALHO, V.; GOMES M. L.B. Waleska Paixão: Uma Biografia a Serviço da Enfermagem Brasileira, *Rev Enferm, Esc Anna Nery* 13 (1): 31-35. Jan/mar. 2009.
6. BATISTA, K. B. C. GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*, São Paulo, v,20, n.4, p.884-899. 2011.
7. BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. A Docência em Saúde: Desafios e Perspectivas. In: Docência em Saúde: Temas Experiências. São Paulo: Ed. SENAC, 2004. Introdução, P.17-31.
8. BAPTISTA S.S, BARREIRA I.A. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. *Rev Bras Enferm*, Rio de Janeiro, 59(n.esp):411-6 . 2006
9. BATISTA, N.A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. *Trabalho, Educação e Saúde*, São Paulo, n.02, v.03, p.283-294, 2005.
10. BEHRENS, M.A. O paradigma da complexidade na formação e no desenvolvimento profissional de professores universitários profissional de professores universitários. *Educação*, Porto Alegre/RS, n. 3 (63), p. 439-455, set./dez. 2007.
11. BIANCHI; F.R.E. TURRINI; R. N.T.,E. Assistência Enfermagem em Centro Cirúrgico. In: Planejamento físico centro cirúrgico. Cap.2. Ed. Manole, reimpressão 2010. SP.

12. BORENSTEIN, M.S, PADILHA MICS. Por que conhecer a história da enfermagem. In: Borenstein M.S, organizadora. *Fragmentos de memórias coletivas: a história da saúde nos Hospitais da Grande Florianópolis: 1940-1960*. Florianópolis (SC): Ed. Assembléia Legislativa; 2004.

13. BRASIL. MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO CNE/CES nº 3 de novembro 2001. Disponível em: www.portal.mec.gov.br/cne arquivo pdf. Acesso em: 16 de janeiro. 2015.

14. BRASIL. Ministério da Educação Centenário da Rede Federal de Educação Profissional Tecnologia.,2009 Disponível <http://portal.mec.gov.br/setec/arq>. Acesso em 03 de fevereiro de 2015.

15. BRASIL, Lei n.º94 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n.º 2048, p.27833-27841, 23 dez. 1996.

16. BRASIL. Ministério Educação. Disponível em: <http://www.brail.gov.br/educação/2014/12/inep-divulga-notas-de-avaliação-para-instituições-de-ensino>. Acesso: 08 de fevereiro, 2015.

17. Brasil. Ministério da Educação; Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 10 mar. 2001. Seção 1E, p.113.

18. CUNHA, Luiz Antônio Rodrigues. *O Ensino Profissional na irradiação do Industrialismo*. UNESP, São Paulo. 2000. 85

19. CUTOLO, L.R.A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 35, no. 4, de 2006.

20. DANTAS, A.S.; AGUILA, O.M.O Ensino Médio e o Exercício Profissional no Contexto da Enfermagem Brasileira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol.7 no.2, Abr. 1999.

21. FALCIONI, R.V. Amorim, M.L. O Ensino Profissionalizante na Sociedade Moderna Industrial: Um Olhar Histórico Roberto Evair Falcioni. Disponível: http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/revistatecnologiaesociedade/revo8/04_ensino_profissionalizante.pdf. Acesso:03 de fevereiro de 2015.

22. FARIA, J.I.L.; CASAGRANDE, L.D.R. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na Enfermagem. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol.12, n.05, set./out. 2004.

23. FARIA JIL, CASAGRANDE LDR. A Educação para o Século XXI e a formação do Professor reflexivo na Enfermagem. *Rev.Latino Americana Enferm.* 2004; 12(5):821-7.

24. FERNANDES, J.D, XAVIER I. A, CERIBELLI, M.I.P.F, Bianco MHC, Maeda D, Rodrigues MVC. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Rev Esc Enferm, USP*, 39(4): 443-9. 2005

25. FILHO, N. A. Reconhecendo Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dez. 2010.

26. FLEURY M.T.L, FLEURY A. Desenvolver competências e gerir conhecimentos em diferentes arranjos empresariais: o caso da indústria brasileira de plástico. In: Fleury M.T.L, Oliveira Jr. M.M, organizadores. *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências*. Atlas, São Paulo (SP), p.189-211. 2001

27. FONSECA, C. S. *História do Ensino Industrial no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Técnica, 1961.

28. GERMANO, R.M.O *Ensino de Enfermagem em Tempos de Mudança*. Rev Bras Enferm, Brasília, DF.56(4):365-368, jul/ago. 2003.

29. GOMES J.B.; CASAGRANDE, L.D.R. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, V. 10, n.05, p. 696-703, 2002.

30. HADDAD; V.C.N.; SANTOS, T.C.S. A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale no Ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery (1962 - 1968) *Esc Anna Nery* (impr; 15 (4):755-761), out/dez. 2011.

31. HAGEMEYER, R.C.C. *Currículo e Mudança: práticas mediadoras como catálise, ultrapassagens e referências para a formação docente na contemporaneidade*. *Currículo sem Fronteiras*, v.11, n.1, pp.232-251, Jan/Jun. 2011.

32. HENRIQUES, R.L.M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA orgs. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO. 2005.

33. HORA, D.L.; CARVALHO, R.M.; SOUZA, E.C.T.V. Novos Cenários para Modelo de Formação do Profissional da Saúde para o SUS e as Propostas da Comissão Independente 2010. *Revista Teias* v. 14 • n. 37 • 154-167 • (2014): Formação Docente: Memórias, Narrativas e Cotidianos.

34. ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev Esc Enferm, USP*, 40(4):570-5. 2006.

35. KUENZER, A. *Ensino médio e profissional: as políticas do estado neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1988.

36. KUENZER, A. *A Pedagogia da Fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez, 1985.

37. LÜDKE A, Coordenador. *O professor e a pesquisa*. Campinas (SP): Papirus; 2001.

38. MACHADO, L. R. S. *Educação e Divisão Social do Trabalho: contribuição para o estudo do ensino técnico industrial brasileiro*. 2Ed, São Paulo: Cortez: 1989.

39. MACHADO, J.L.M.; VIEIRAI, J.E. Formação e Seleção de Docentes para Currículos Inovadores na Graduação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 326 35 (3): 326-333. 2011.

40. MASETTO M. Docência na universidade. 3^a ed. Campinas (SP): Papirus. 2001.

41. MORAES, M.W; CARVALHO, R. A Inserção do Centro Cirúrgico na Saúde. In: *Enfermagem Centro Cirúrgico e Recuperação*. Editora: Manoela. SÃO Paulo, 2010.

42. NOGUEIRA, R.P. A política de saúde e a formação de recursos humanos. In: *SEMINÁRIO A PRÁTICA E CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO*. Ribeirão Preto, Anais. Ribeirão Preto, CODAC/USP, 1985.

43. NOGUEIRA, R.P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970/1983. Brasília, OPS, 1986.

44. OLIVEIRA, M.A.C. GALLEGUILLOS, T.G. B A Gênese E O Desenvolvimento Histórico do Ensino de Enfermagem no Brasil. *Rev.Esc.Enf, USP*; v. 35, n. 1, p. 80. 7, mar. 2001.

45. PADILHA; M.I.C.S.; BORENSTEIN; M.S. História da Enfermagem: Ensino, Pesquisa e Interdisciplinaridade. *Revista de Enfermagem, Esc Anna Nery* 10 (3): 532 – 8. dez. 2006

46. PADILHA, M.I.C.S. O resgate das raízes: a influência da formação familiar e social na escolha e exercício da enfermagem Rio de Janeiro. [Tese de livre docência]. (RJ): Escola Alfredo Pinto/ UNIRIO; 1991.

47. PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set/out.2003.

48. REIS, S.M.A.; GOMES, V.L.; RODRIGUES, M.M. A docência nos cursos superiores na área da saúde. *Ícone Educação*, Uberlândia, n.1/2, v.10, p.131-144, jan./dez., 2004.

49. ROTHOROCK, J. C. Alexander Cuidados de Enfermagem ao paciente Cirúrgico. Capítulo 1: Conceitos Básicos de Enfermagem Perioperatória. Editora: Elsevier; Ed. 13, 2007.

50. RODRIGUEZ, M. V.; VAR GAS, M. B.; A formação dos professores na América Latina: um balanço dos debates dos fóruns internacionais 1966-2002; Políticas Educacionais e a formação de professores em tempos de globalização; Brasília: Líber Livro Editora, 2008.

51. ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 18, nº 1, jan/jun. 2004.

52. SABINO ET AL. Uso de tecnologias leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. CHIA, COLOMBIA, JUNHO 2016..230-239.

53. SILVA J.R. AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.

54. TURRINI, R.N.T.; LEITE, S. Analise do Ensino de Enfermagem em Centro Cirúrgico nas Escolas de São Paulo. *Revista Brasileira Enfermagem* 2014, julho-agosto :67(4):512-9.

55. SOBECC. PRATICAS RECOMENDADAS. Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Pós Anestésica Centro de Material e Esterilização. Recursos Humano no Centro Cirúrgico. Enfermeiro. CAP.3-pag.26. Ed. São Paulo. 5º edição, 2009.

56. ZEICHNER, K.M. Uma análise crítica sobre a "reflexão" como conceito estruturante na formação docente. Educ.Soc. vol.29 no.103 Campinas May/Aug. 2008.

57. ZIONI, E.C.; BOTRLHO, A.C.M.A. Visão Arquitetônica do Centro Cirúrgico para Enfermagem. In: Enfermagem em Centro Cirúrgico. Editora :Martinari, 2008. Pag. 31.

58. WEINSTEIN, B. (Re) Formação da Classe Trabalhadora no Brasil (1920-1964). São Paulo: Cortez: Universidade de São Francisco, 2000.

59. WITT R.R. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP.