

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM
BRASILEIRA (Nuphebras)**

LUCIRENE BARBOSA DA SILVA

**TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO HOSPITAL OPHIR
LOYOLA (PARÁ - 1998 - 2007)**

ORIENTADOR: PROF. DR. ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA FILHO

Rio de Janeiro
Dezembro - 2011

LUCIRENE BARBOSA DA SILVA

**TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO HOSPITAL OPHIR
LOYOLA (PARÁ - 1998 - 2007)**

Tese de Doutorado, submetida ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Rio de Janeiro
Dezembro – 2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Lucirene Barbosa

Trajetória Histórica do Curso de Especialização em Enfermagem-
Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola (Pará -1998 -2007). /
Lucirene Barbosa da Silva. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2011
Xviii, 213f: Il.; 31 cm.

Orientador: Antonio José de Almeida Filho

Tese (doutorado) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery/
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011.
Referências Bibliográficas: f. 189 - 201.

1. Enfermagem. 2. História da Enfermagem. 3. Residência em
Enfermagem 4. Educação em Enfermagem. I. Almeida Filho, Antonio
José de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de
Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
III. Título. Trajetória Histórica do Curso de Especialização em
Enfermagem- Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola (Pará -
1998 -2007).

CDD 610.73

LUCIRENE BARBOSA DA SILVA

**TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO HOSPITAL OPHIR
LOYOLA (PARÁ - 1998 - 2007)**

Tese de Doutorado, submetida ao programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Banca Examinadora:

Presidente: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho.
Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery

1.º Examinador: Profª. Drª. Mariângela Aparecida Gonçalves Figueiredo.
Universidade Federal de Juiz de Fora - HU

2.º Examinador: Profª. Drª Maria Lelita Xavier
Centro Universitário da Cidade – Curso de Enfermagem

3.º Examinador: Profª. Drª. Miriam Heidemann.
FASE - Curso de Enfermagem

4.º Examinador: Profª. Drª. Tânia Cristina Franco Santos.
Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery

Suplente: Profª. Drª. Maria da Luz Barbosa Gomes.
Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery

Suplente: Profª. Drª. Maria Teresinha Pereira e Silva
Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
Dezembro - 2011

DEDICATÓRIA

Em um momento de profunda reflexão, ao concluir este estudo, é meu dever dedicar o resultado final do mesmo, ao meu Deus, por sua infinita bondade e plenitude, ao longo da caminhada, ajudando a desobstruir obstáculos, transformar fraqueza em força e revigorar sempre a vontade de aceitar os desafios com humildade e coragem.

Ao meu esposo, Paulo Sérgio que, com amor e carinho, soube entender minha ausência, apoiando-me e colaborando para o êxito em toda a minha carreira acadêmica;

Aos nossos filhos, Thalyne Annyeale e Raphael Lucas, bênçãos divinas, principais estímulos à superação de desafios em todos os momentos da vida:

Ao meu pai, Domingos (in memóriam), pela educação e exemplo da importância de honestidade e coerência com os ideais que nos impulsionam a caminhada.

A minha mãe, Lucelina, pelas lições de força, luta e dedicação, sem esmorecimento, hoje e sempre.

AGRADECIMENTOS

A minha família, valiosa em todos os momentos, para a concretização de meus ideais.

A minha prima Bertina Ribeiro da Cruz, pelo apoio, carinho e acolhimento em uma de suas moradias, durante a realização deste doutorado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho, cuja experiência, dedicação, paciência, preocupação e conhecimento foram valiosíssimos na construção deste trabalho. Não ganhei somente um orientador, mas também um grande amigo.

Aos membros da Banca Examinadora, cuja parceria e generosidade acadêmica certamente contribuirão significativamente para o aperfeiçoamento da pesquisa.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade do Estado do Pará / Escola de Enfermagem Magalhães Barata, pela oportunidade de produzir novos conhecimentos e alcançar qualificação profissional.

À Direção do Hospital Ophir Loyola, na pessoa do Dr. Paulo Cardoso Soares, pela compreensão que tornou viável minha liberação, para aprimoramento profissional.

Ao Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem (NUPHEBRAS), pelo acolhimento, respeito, incentivo e contribuição na construção de meus conhecimentos.

A todos os participantes da pesquisa, sem os quais o estudo não teria sido possível.

À Diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery e à coordenadora do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem Magalhães Barata; à Coordenadora Geral de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Escola de Enfermagem Magalhães Barata; à Coordenação do Pólo DINTER EEAN/ EEMB; à Coordenação Operacional do Projeto / EEMB, pelo estímulo, carinho, respeito e competência.

À professora Maria de Ribamar Lopes Aranha, pelos ensinamentos e dedicação, principalmente por ser o espelho que reflete até hoje minha carreira acadêmica.

A professora Dr^a. Maria Teresinha Pereira e Silva, pela dedicação, empenho e profissionalismo com que fez a correção dos textos.

Aos meus professores, desde o Curso de Graduação até o Doutorado pelos ensinamentos, competência e apoio memorável, que contribuíram no estabelecimento de alicerces à minha formação pessoal e profissional.

Aos colegas do Curso do Doutorado, pelo apoio, incentivo, dedicação, carinho e respeito.

Aos profissionais da Escola de Enfermagem Anna Nery, aqui representados por Sônia Xavier, Jorge Anselmo, Fátima, Teles, entre outros, que, direta e indiretamente, foram valiosos para a nova conquista.

Às pessoas, que, de alguma forma foram parceiros nesta realização e que, por razões de ordem prática, foram omitidos nesta homenagem, mas certamente sempre terão meu reconhecimento.

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho histórico-sociológico, cujo objeto contempla a luta simbólica de lideranças de enfermeiros pela criação, expansão e não interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, no estado do Pará. O recorte temporal está ancorado no período 1998 a 2007, o marco inicial deve-se ao fato da criação do Curso de Especialização Modalidade Residência e o final corresponde ao ano de último ingresso dos enfermeiros no referido curso, embora se procure contextualizar o objeto de investigação, situando o lugar social da enfermagem em período anterior e posterior aos limites temporais supramencionados. Definiram-se como objetivos do estudo: descrever as circunstâncias sociais, políticas e institucionais que influenciaram na criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, em 1998; analisar as estratégias usadas pelos enfermeiros para expansão do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência; discutir as implicações da interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência, no estado do Pará. Do ponto de vista teórico e analítico, o delineamento da Tese fundamentou-se em alguns elucidativos conceitos do sociólogo francês Pierre Bourdieu, primordialmente no que concerne a capital cultural, social e simbólico, bem como de habitus e campo. O lócus privilegiado para a investigação foi o Hospital Ophir Loyola, antigo Hospital dos Servidores do Estado, onde se estabeleceram relações dialéticas dos agentes entre si e desses com representantes do poder político em âmbito institucional (universitário) e governamental. O corpus foi constituído por fontes primárias, destacando-se depoimentos de 16 enfermeiros, 01 médico e 01 psicólogo que vivenciaram a trajetória do Curso em suas diferentes etapas e por documentos escritos; leis; decretos; resoluções publicadas no Diário Oficial do estado do Pará, sem desconsiderar dados secundários, como estatísticas oficiais e outros que serviram para melhor compreensão dos fenômenos sob reflexão. A coleta de dados primários ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, que permitiu discorrer com mais liberdade sobre o objeto da investigação. A análise dos dados compreendeu procedimentos usuais nesta modalidade de estudo, como: ordenação dos dados e informações e classificação dos mesmos, para tornar viável a análise final, sob a bússola dos objetivos e conceitos teóricos que nortearam a pesquisa. Do ponto de vista ético, atendeu-se à Resolução 196/96. De início, os resultados da pesquisa reforçam que, historicamente, a Região Norte apresenta indicadores sociais que situam a maioria da população em desvantagem em relação às demais regiões, bem como aos segmentos privilegiados que residem no estado do Pará. No que concerne à área da educação e da saúde, ao final da década de 1990, imediatamente após a promulgação da Carta Magna de 1988, entre outros eventos de destaque no cenário político nacional, houve mobilização de algumas lideranças da enfermagem do Pará no intuito da criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola. Esse pode ser descrito como movimento sócio-político das enfermeiras assistente do HOL e docente da UEPA, no intento de formar recursos humanos especializados na área de saúde para o estado do Pará e, sobretudo, para atuar no próprio HOL. Os dados indicam que os Cursos de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência proporcionaram, ao HOL e à sociedade paraense, significativos avanços, mediante intercâmbio de conhecimentos entre os residentes e os enfermeiros preceptores e

demais profissionais setoriais e regionais. Além disso, intensificou-se o estímulo à Pesquisa, à Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Educação Contínua e Permanente. No entanto, sob o efeito de interferências políticas de âmbito regional e nacional, houve turbulências no processo de sedimentação do Curso, a ponto de se chegar à sua abrupta interrupção, sob a alegada falta de recursos financeiros. Entre outras implicações, ressalta-se a descontinuidade de políticas públicas e administrativas, com gravíssimas repercussões na qualidade da assistência à saúde da população, entre muitos outros prejuízos de ordem econômica, social e cultural. A superação desses entraves somente será possível com maior participação dos diferentes segmentos da sociedade em efetivo exercício de seus direitos de cidadania.

DESCRITORES: Enfermagem; História da Enfermagem; Residência em Enfermagem; Educação em Enfermagem

ABSTRACT

This is a qualitative sociological-historical kind of research, whose object contemplates the symbolic struggle leaders of nurses by creating, expanding and not stopping the specialization course in Nursing Modality – residence in Hospital Ophir Loyola, in the State of Pará. The temporal clipping is anchored in the period 1998 to 2007, being the first specialization course creation Residence and the end corresponds to the year of last arrival of nurses in that course, though for the context object of research, the social place of nursing in the period preceding and subsequent to the time limits mentioned above. We defined as objectives of the study: to describe the social, political and institutional circumstances that have had influence in the creation of the specialization course in Nursing-Residence Mode in Ophir Hospital in Loyola; to analyze the strategies used by nurses for expansion of the specialization course in Nursing-Residence Mode; to discuss the implications of the interruption of the specialization course in Nursing-Residence Mode, in the State of Pará. Under theoretical and analytical point of view, the delineation of the thesis was based on some relevant concepts of the French sociologist Pierre Bourdieu, primarily in relation to social, cultural and symbolic capital, as well as habitus and field. The privileged locus for research was the Ophir Loyola Hospital, former Hospital of the State's Servers, where if dialectical relations between themselves and these agents with representatives of political power in the institutional framework (University) and Government. The corpus was composed of primary sources, including testimonies from sixteen nurses, one doctor and one psychologist, who experienced the trajectory of the course in its different stages and by written documents; laws; resolutions published in the Official Gazette of the State of Pará, without disregard secondary data, such as official statistics and others that served to better understanding of the phenomena under consideration. Primary data collection occurred through interview structured way, which allowed spoken more freely about the object of research. The analysis of the data was based in usual procedures in this mode of study, such as: ordering of data and information and their classification, under the compass of the goals and theoretical concepts that guided the search. From the ethical point of view, we followed the Resolution 196/96. At first, the study's results reinforce that, historically, the northern region presents social indicators that are the majority of the population at a disadvantage in relation to other regions, as well as to privileged segments that reside in the State of Pará. With regard to education and health, to the late 1990, immediately after the promulgation of the 1988 Charter, among other prominent events in the national political scene, there were mobilizing some nursing leaders of Pará too. This can be described as socio-political movement of nurses and faculty member of HOL/ UEPA, in intent to train specialized human resources in the area of health for the State of Pará and, above all, to act in the HOL. The data obtained indicate that the courses of specialization in Nursing-Residence Mode provided by HOL and society paraense, significant progress, through exchange of knowledge among residents, preceptors nurses and other professionals. Moreover, intensified research arousal, the systematization of nursing assistance and continuing education and permanent. However, under the effect of political interference at regional and national levels, there was turmoil in the process of sedimentation of the course, as strong at the point of reaching to its abrupt interruption, under the alleged lack of financial resources. Among other implications, emphasizes the discontinuity of public policies and administrative, with

serious repercussions on the quality of health care of the population, among many other losses of economic, social and cultural order. Overcoming these barriers will only be possible with increased participation of different segments of society in effective exercise of their citizenship rights.

DESCRIPTORS: Nursing; Nursing History; Residence in Nursing; Nursing education.

LISTA DE SIGLAS

SIGLAS	SIGNIFICADOS
ABEn -	Associação Brasileira de Enfermagem
AIS-	Ações Integradas de Saúde
BIRD -	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBCENF	Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CEBEn	Congresso Brasileiro de Enfermagem
CEPEn	Centro de Estudo e pesquisa em Enfermagem
CFE -	Conselho Federal de Educação
CIRH -	Comissão Intersectorial de Recursos Humanos em Saúde
CNS -	Conferência Nacional de Saúde
COFEn -	Conselho Federal de Enfermagem
CONARENF -	Conselho Nacional de Residência em Enfermagem
CONASP -	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONSEP	Conselho Superior de Ensino e Pesquisa
CONSUN -	Conselho Universitário
CNRM -	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional
CREnC -	Conselho de Residência em Enfermagem Cirúrgica
DEP	Diretoria de Ensino e Pesquisa
DINTER	Doutorado Interinstitucional
EEMB -	Escola de Enfermagem Magalhães Barata
FAPESPA -	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará
FEP -	Fundação Educacional do Estado do Pará
FHCGV -	Fundação Pública Estadual Hospital de Clínica Gaspar Vianna
FIES -	Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior
FUNTEC -	Fundo Estadual de Ciência e Tecnologia
HBB -	Hospital Barros Barreto
HOL -	Hospital Ophir Loyola
HSE -	Hospital dos Servidores do Estado
HUJBB -	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IES -	Instituições de Ensino Superiores
LBA -	Legião Brasileira da Assistência
LDB -	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC -	Ministério da Educação e da Cultura
NUPEP -	Núcleo de Pesquisa e Pós-Graduação
OPAS -	Organização Pan-Americana da Saúde
PIASS -	Programa de Interiorização de Ações de Saúde-Saneamento
PIB -	Produto Interno Bruto
PREVI-SAÚDE -	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROPESP -	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
REFORSUS -	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SECTAM -	Secretaria de Educação de Ciência Tecnologia e Meio Ambiente
SEEPS -	Secretaria Especial de Estado de Proteção Social
SENADEN -	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SENPE	Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem
SETPS	Secretaria de Ação e Proteção Social
SGTES -	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNRMS -	Sistema Nacional de Residência Multiprofissional
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UEPA -	Universidade do Estado do Pará
UFPA -	Universidade Federal do Pará

LISTAGEM DE FOTOS

Foto Nº.	Título das Fotos	Página
01	Hospital Ophir Loyola	35
02	Aula Inaugural dos Cursos de Residência Médica e do Curso de Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência	77
03	Integração entre Chefe da DEP; Chefe do Departamento de Enfermagem do HOI; Preceptoras e Residentes	141
04	Solenidade de Abertura do Primeiro Encontro Paraense de Diagnóstico de Enfermagem em 1999	142

LISTAGEM DE GRÁFICOS

Gráfico Nº.	Título dos Gráficos	Página
01	Gráfico de Configuração do nº de Trabalhos Apresentados em Pôster no 11º SENPE	147
02	Gráfico de Configuração do nº de Trabalhos Apresentados na Forma Oral no 11º SENPE	148
03	Gráfico de Configuração das Principais Causas de Mortalidade entre as Doenças do Aparelho Cardíaco	167
04	Gráfico de Configuração das Principais Causas de Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, Septicemia, Diarréia, Gastrite, Tuberculose Pulmonar e HIV.	168
05	Gráfico de Configuração das Principais Causas de Neoplasia	169
06	Gráfico de Configuração das Mortes por Causas Externas	172

LISTA DE QUADROS

Nº dos Quadros	Título dos Quadros	Página
01	Caracterização dos Agentes da Pesquisa	41
02	Cronograma do Módulo Teórico-Prático Desenvolvido	82
03	Disciplinas do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica – Modalidade Residência	110
04	Disciplinas do Curso de Especialização em Enfermagem em Clínica Médica – Modalidade Residência	111
05	Disciplinas do Curso de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva-Modalidade Residência	112
06	Demonstrativo de Metas Executadas Convênio 009/2005	120
07	Números de leitos (SUS) por 1.000 (mil) habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1999 e 2005	124
08	Números de Médicos e Enfermeiros por mil Habitantes – Brasil e Grandes Regiões, 1998, 2000, 2002 e 2005.	125
09	Número e variação de concluintes de Cursos de Graduação em Saúde no Brasil e grandes Regiões, 1999 e 2004	128
10	Número de Enfermeiros por leitos hospitalares, segundo a esfera administrativa do Estabelecimento. Brasil e grandes Regiões, 1999, 2002 e 2005.	130

SUMÁRIO

Considerações Iniciais	16
Objeto de Estudo.....	25
Tese.....	25
Objetivos.....	26
Justificativa e Relevância do Estudo.....	26
Contribuição do Estudo.....	26
Referencial Teórico – Metodológico	28
Os Conceitos Teóricos.....	28
Operacionalização da Pesquisa.....	33
CAPÍTULO I - CIRCUNSTÂNCIAS SOCIAIS, POLÍTICAS E SANITÁRIAS QUE INFLUENCIARAM NA CRIAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA	45
1.1. Antecedentes da Residência em Enfermagem no Brasil.....	45
1.2. Conjuntura que Influenciou na Criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola....	53
1.3. Projetos Piloto para a Criação do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola.....	63
CAPÍTULO II - A UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ COMO CHANCELA PARA EXPANSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA: PESO DO CAPITAL INSTITUCIONAL	70
2.1. A Construção do Primeiro Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola.....	70
2.2. Processo de Implantação do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola	85
2.3. Expansão dos Cursos de Especialização – Modalidade Residência no HOL.....	107
CAPÍTULO III - A CRISE NO PROGRAMA DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ	132
3.1. A educação dos Profissionais de Saúde: uma necessidade de educação contínua e permanente.....	132
3.2. Repercussões da Crise e Interrupção dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Estado do Pará.....	152
CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
REFERÊNCIAS	181
APENDICE	194

INTRODUÇÃO

O Pará, segundo maior estado brasileiro em extensão territorial, constituído por 1.247. 689.515 km², ocupa cerca de 14,66% do território nacional e 45,27% da região Norte do país. Encontra-se entre os sete estados brasileiros que compõem a Amazônia Legal e constitui-se de 144 municípios, agrupados em 06 mesorregiões e 22 microrregiões. A economia se baseia prioritariamente no extrativismo do vegetal (açaí, castanha-do-pará, látex); do mineral (ouro, ferro, manganês, calcário, estanho entre outros); da agricultura (a malva, a juta e pimenta do reino); da pecuária, sobretudo o rebanho bovino entre outros (OLIVEIRA, 2008, p. 69).

Sua capital é a cidade de Belém, situada na região metropolitana da Amazônia, conta com cerca de 1,8 milhões de habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa da região Norte (BRASIL, 2004, p.09).

A Região Norte, por sua vez, compreende cerca de 60% do território nacional, concentrando a mais exuberante e complexa biodiversidade mundial: conta com um terço das florestas do planeta, com a maior bacia hidrográfica, maior rio em volume de água e 1/5 das reservas hídricas de todo o planeta, além da mais ampla e mais complexa província mineral do mundo. O setor agropecuário concentra-se no arco povoamento adensado: os estados do Pará e do Mato Grosso são responsáveis por 59% do crescimento desse setor, na região.

O Produto Interno Bruto (PIB) da Amazônia¹, em 1970 era de US\$ 1 bilhão, em 1996, aumentou para US\$ 25 bilhões, alcançando cerca de 3,2% do PIB

¹Amazônia Legal é uma construção geopolítica estabelecida, em 1966, para fins de planejamento regional. Compreende cerca de 60% do território nacional, em um total de aproximadamente cinco milhões de km². Abrange os estados do Amazonas, Amapá, Acre, oeste do Maranhão, norte do Mato Grosso, Rondônia, Pará, Roraima e Tocantins (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

nacional (BRASIL, 2004, p.10). Apesar do intenso crescimento econômico na região, o mesmo não aconteceu nos campos da educação e da saúde.

Na década correspondente ao recorte inicial do estudo, a região Norte destacava-se com precárias condições de cobertura de saneamento básico e as maiores incidências de doenças tropicais como no caso a malária que em 1999, destacou-se com 99% dos casos no País, quanto às doenças infecto-contagiosas como no caso a AIDS. Enquanto que, em outras regiões do país, no período de 1993 a 1999, foi observada uma queda de 7,3% dos casos de AIDS, na Região Norte ocorreu um aumento na ordem de 19,5% (BRASIL, 2004, p. 13).

Ainda, conforme dados do Ministério da Saúde (2004), a rede assistencial de saúde da Região era eminentemente pública (78%) e incipiente, dispondo de 8.523 unidades de saúde, das quais 131 eram de alta complexidade e as demais estavam distribuídas entre unidades básicas de saúde e hospitais de pequeno porte. A região contava com a menor taxa de leitos por habitantes do Brasil, com a menor cobertura de serviço de saúde se comparada com as demais regiões do país, 19% dos municípios contavam com um único posto de saúde como referencia de serviços de saúde e 30 deles não possuíam nenhuma unidade de saúde (BRASIL, 2004, p. 13).

Da mesma forma, pode-se constatar deficiência, na educação, a taxa de analfabetismo, em 1999, demonstrava elevado contingente de população de 15 anos ou mais não alfabetizado, superior à média nacional, chegando a 32% no Maranhão, 29% no Acre e 22% nos estados do Tocantins e do Amazonas (BRASIL, 2004, p15).

Esse panorama envolvendo os campos da saúde e da educação explicitam lacunas nas políticas sociais e seus reflexos na qualidade de vida dos cidadãos e merecem dedicada atenção de pesquisadores, políticos e de toda a sociedade.

Ademais, a Região Norte possui quantitativo reduzido de profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros. O Ministério da Saúde informa que, em 1991, a região contava com 0,6 médicos e 0,2 enfermeiros por 1.000 habitantes; e, em 1999, mantinha a média de 0,6 médicos e passou para 0,3 enfermeiros por 1.000 habitantes. Essas informações levam a inferir que a oferta do profissional médico era aproximadamente três vezes maior que a do enfermeiro (BRASIL, 2002, p. 171).

A estrutura dos serviços de saúde no estado do Pará não difere daquela observada na região norte do país. O Pará dispõe de um sistema de saúde eminentemente público, constituído por rede hospitalar de alta e média complexidade. Em 1998, contava com 202 estabelecimentos hospitalares, que ofereciam 11.096 leitos para uma demanda de 39.112 internações anuais. Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Pará (PARÁ. Relatório da Trajetória da Saúde - Oito Anos de Governo, 2002, p. 98), no período de 1995 a 2001, houve acréscimo de 33% no quantitativo de unidades hospitalares, o que representa incremento de 28,2% no número de leitos, o que perfaz relação de 1,8 leitos por 1.000 habitantes. Como se pode depreender trata-se de parâmetros muito aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, que define 2,5 leitos por 1.000 habitantes.

Por óbvio, o sistema de saúde no estado do Pará é insuficiente para atender à demanda daquela população, que anseia por soluções para os seus problemas de saúde, desde os mais complexos aos mais simples.

Ademais, a complexidade das demandas no campo da saúde, aliada aos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, exige qualificação profissional, que aproxime a prática assistencial das possibilidades técnicas e terapêuticas disponíveis no Brasil e no mundo.

Nesse contexto, destaca-se, a Residência de Enfermagem, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos enfermeiros, que se caracteriza pelo desenvolvimento das competências técnico-científicas e éticas, voltadas ao treinamento em serviço, tendo em vista qualificar o enfermeiro para seu trabalho seja compatível com as demandas, de forma a garantir uma assistência mais qualificada a serviço da cidadania. (COFEn, Resolução Nº 259/2001).

Especificamente no estado do Pará, a primeira experiência de criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência aconteceu no âmbito do antigo Hospital Barros Barreto (HBB), hoje Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), inaugurado oficialmente em 06 de janeiro de 1957, como sanatório, por fazer parte de programa de hospitalização de portadores de tuberculose do Ministério da Educação e Saúde. Em 1977, foi criado na mencionada instituição o primeiro Programa de Residência em Enfermagem em Saúde Pública, que vigorou até 1983. O mencionado programa congregava carga horária total de 2.737 horas, das quais 585 eram destinadas a atividades teórico-práticas, sendo as demais destinadas ao treinamento em serviço, sob coordenação da docente e enfermeira Terezinha de Jesus Silva² (DIAS, 1981).

No período entre 1984 a 1997, o Programa de Residência foi interrompido; porém, entre 1981 a 1993, foram ofertados 14 cursos de especialização em diversas áreas do conhecimento, sob a égide da antiga Fundação Educacional do Estado do Pará (FEP)³, pois, nessa época, a Universidade do Estado do Pará (UEPA)

²Enfermeira, docente aposentada da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, atual Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Coordenadora do primeiro Programa de Residência em Enfermagem no estado do Pará, à época, desenvolvido no Hospital João de Barros Barreto, atualmente vinculado à Universidade Federal do Pará (DIAS, 1981).

³A Fundação Educacional do Estado do Pará – FEP, implantada em 1961, dotada de autonomia didática, administrativa e financeira, vinculada à Secretaria Estadual de Educação do Pará, passou a ser o órgão responsável pela política de Ensino de 2º e 3º graus no Estado. A Universidade do Estado do Pará – UEPA nasceu, portanto da fusão e experiência dessas Escolas e Faculdades Estaduais. (Universidade do Estado do Pará, 2007).

encontrava-se em situação irregular, sob o aspecto jurídico. As medidas no sentido de regularizar a universidade ocorreram em 1993 e sua re-inauguração ocorreu em 05 de abril de 1994. Do total de cursos mencionados, 04 foram dedicados à área de enfermagem, sendo 01 em Fundamentos de Enfermagem, com 40 vagas; 01 em Enfermagem Obstétrica, com 20 vagas; 01 em Didática Aplicada ao Ensino da Saúde, com 30 vagas e 01 em Enfermagem do Trabalho, com oferta de 35 vagas, totalizando 125 vagas, para formação de especialistas.

Com a re-criação da UEPA em 1993, a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação começou a desenvolver um trabalho integrado com seus vários centros, no intuito de definir e estruturar programa de pós-graduação. O acúmulo de experiências acadêmicas pelos representantes de cada centro contribuiu para que a UEPA se posicionasse quanto às diretrizes e ações compatíveis com sua vocação institucional na pesquisa e no ensino de pós-graduação, para atender à demanda da população residente da região Amazônica e no país (UEPA. Relatório de Atividades, 1999, p.12).

Nesse movimento, de 1997 a 1999, a UEPA ofereceu 31 cursos de especialização, dentre os quais, destacam-se 03 na área de enfermagem, assim distribuídos: 01 curso de especialização em Enfermagem Obstétrica; 01 em Enfermagem Pediátrica e 01 curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, todos com 40 vagas (UEPA. Relatório de Atividades, 1999, p.13).

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA)⁴ também contribuiu para formação de especialistas no estado. Conforme

⁴ A Universidade Federal do Pará foi criada pela Lei nº 3.191, de 2 de julho de 1957, sancionada pelo Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, após cinco anos de tramitação legislativa. Congregou as sete faculdades federais, estaduais e privadas existentes em Belém: Medicina, Direito, Farmácia, Engenharia, Odontologia, Filosofia, Ciências e Letras e Ciências Econômicas, Contábeis e Atuariais. Atualmente, a Universidade Federal do Pará é uma instituição federal de ensino superior, organizada sob a forma de autarquia, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), através da Secretaria de

Relatório da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, os cursos de pós-graduação Lato Sensu em enfermagem da UFPA iniciaram na década de 1990 (UFPA. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Anuário Estatístico, 1991 a 1998).

Nessa década, mas precisamente no período compreendido entre 1991 e 1998, foram realizados 201 cursos de especialização Lato Sensu em diversas áreas: dentre esses 06 destinaram-se à área de enfermagem, assim especificados: 02 Curso de Especialização em Administração de Enfermagem em Serviço de Saúde, com 53 vagas; 01 em Enfermagem Psiquiátrica, com 09 vagas; 01 em Administração de Enfermagem em Serviço Público, com 39 vagas; 01 em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com 30 vagas e 01 em Enfermagem em Doenças Tropicais, com 23 vagas (UFPA. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Anuário Estatístico, 1991 a 1998).

O investimento na formação de especialistas permitiu, no caso da enfermagem, que o enfermeiro não fosse completamente excluído da possibilidade de atualização, ainda que tal oportunidade fosse bastante reduzida em relação ao quantitativo integral desses profissionais.

Como se pode inferir, a despeito do inegável esforço, o campo da saúde, em especial o da enfermagem, ainda necessitava de muita atenção das autoridades públicas do estado do Pará, no intento de minimizar o significativo déficit entre a qualificação dos profissionais enfermeiros e a realidade científica e tecnológica disponível em outras regiões do Brasil, principalmente de investimentos compatíveis com as prioridades advindas da realidade social, cultural, geográfica e de saúde da população do estado do Pará.

Embora a experiência com um pequeno grupo de enfermeiros na qualidade de estagiários voluntários, no ano de 1997, no âmbito do Hospital Ophir Loyola (HOL) possa ser considerada importante (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008), não parece razoável considerar que a ação desse grupo tenha sido o fator determinante para a criação, em 1998, do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola (HOL).

Não se pode desconsiderar que um grupo de docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA também desenvolvia atividades assistenciais no Hospital Ophir Loyola os quais atuaram como coordenadores dos primeiros Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência, desenvolvidos nesse hospital, cujo perfil assistencial é caracterizado pela alta complexidade, além de ser referência em várias áreas da Região Norte do país.

Os primeiros Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência no âmbito do HOL ocorreram nas áreas de domínio dessas docentes, tais como: Enfermagem Cirúrgica; Enfermagem em Clínica Médica; Enfermagem em Clínica Oncológica e Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva.

Como alguns docentes da UEPA já coordenavam Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, é evidente um vínculo (extra) institucional entre esse hospital e a universidade, embora o mesmo não integrasse a estrutura da Universidade do Estado do Pará.

Como explicitado no projeto político-pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA (UEPA. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, 2001, p. 08), elaborado em 2001, o Hospital dos Servidores do Estado, atualmente designado como Hospital Ophir Loyola (HOL), quando criado,

tinha como objetivo ser um Hospital-escola. A organização, previsão de pessoal e material, elaboração de normas e rotinas para funcionamento do mesmo coube ao corpo docente da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, atualmente Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA.

A época de sua implantação, o Regulamento aprovado pelo HOL (PARÁ. Regulamento do Hospital dos Servidores do Estado. Decreto Nº 3378 art. 15. Belém - Pará, 1961, p. 04), conforme Decreto Nº 3378 1961, art. 15, ratifica a parceria entre o Curso de Graduação em Enfermagem da antiga Escola de Enfermagem Magalhães Barata e o hospital mencionado, ficando o serviço de enfermagem do hospital a cargo da Escola de Enfermagem e, nessa condição, estava autorizado a utilizar suas dependências para proporcionar atividades práticas aos discentes de seu curso.

O Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência desenvolvido entre Hospital Ophir Loyola e a Universidade do Estado do Pará (UEPA) aconteceu após o estabelecimento de convênio firmado em 10 de abril de 2002, com a aprovação da Resolução Nº 683 pelo CONSUN – UEPA. O acordo previa que os custos financeiros ficariam sob responsabilidade do HOL, sendo que à UEPA caberia a coordenação acadêmica e científica do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008, p. 2).

A despeito do convênio celebrado pela Resolução Nº 683/02, onde o HOL se comprometia a custear os recursos orçados no projeto de natureza acadêmica, o setor de planejamento do HOL evidenciou incompatibilidade jurídica, em função da natureza das duas instituições, pois, na condição de instituição vinculada à Secretaria de Saúde do Estado do Pará, o hospital não poderia dispor de rubrica

para custeio de despesas com atividades próprias da Secretaria de Educação, como: horas-aula ministradas e atividades de coordenação dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência ali desenvolvidos (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008, p.3).

Diante disso, para viabilizar a continuidade dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, que já se encontravam em andamento, outro convênio foi celebrado em junho de 2004 entre a UEPA e o HOL, quando a Universidade ficaria responsável pelo repasse da verba destinada ao custeio das atividades acadêmicas dos Cursos de Residência Médica e dos Cursos de Especialização em Enfermagem– Modalidade Residência; ou seja, a partir daí, caberia à Universidade assumir as despesas referentes ao desenvolvimento de todos esses cursos. O novo acordo entre as partes foi oficializado pelo convênio Nº 006/2004 (UEPA. Convênio Nº 006/2004)

No entanto, em 24 de janeiro de 2007, o Magnífico Reitor da UEPA, Fernando Antonio Colares Palácios, comunicou a impossibilidade de continuar com a execução financeira do referido convênio, face aos constantes questionamentos pela Auditoria do Tribunal de Contas do Estado, alegando duplicidade de pagamento de servidores com vínculo com o estado. Tal argumento se fundava no fato de haver docentes da UEPA também pertencentes ao quadro técnico do HOL.

Com isso, extinguiu-se o termo aditivo de número 02 do contrato Nº 006/2004. Através de um ofício, o então reitor sugeriu que o HOL buscasse alternativas com outros órgãos, como fundações ou instituições congêneres, embora evidenciasse a permanência da parceria acadêmica entre as partes (UEPA. Ofício Nº 045/2007).

Ainda em janeiro de 2007, o então governador do estado do Pará, Simão Robson de Oliveira Jatene do PSDB, foi sucedido pela governadora Ana Júlia Carepa, do Partido dos Trabalhadores (PT), o que provocou mudanças no panorama político-partidário do estado do Pará. Em consequência, não ocorreu em 2007, o concurso público para novos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência.

Como evidentes questões políticas, foram decisivas para que, a despeito da vinculação entre o hospital e a universidade, não ocorressem oportunidades de constituir novas turmas a partir de 2007, o que provocou mobilização de profissionais da Enfermagem.

Diante do exposto, a tese de doutorado ora apresentada tem como Objeto de Estudo a luta simbólica de lideranças de enfermeiros pela criação, expansão e não interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, no estado do Pará.

O recorte temporal está delimitado ao período compreendido entre 1998 e 2007. O marco histórico inicial foi definido em função da criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, no estado do Pará e o ano de 2007, marco histórico final, quando ocorreu o último ingresso de enfermeiros para os Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência naquele hospital, que teve seu processo seletivo no ano anterior, ou seja, em 2006.

O estudo orienta-se pela seguinte Tese: a vinculação do Hospital Ophir Loyola à Universidade do Estado do Pará contribuiu para a criação e implantação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência, mediante o capital simbólico das enfermeiras docentes, o qual lhes conferia autoridade científica

e profissional nesse espaço. A implementação do Curso por quase uma década contribuiu para que os enfermeiros incorporassem o capital profissional necessário à apreensão dos jogos de poder no espaço social em questão. No entanto, diante de uma nova ordem social, o peso desse capital não foi suficiente para impedir a interrupção do Curso.

Para melhor elucidar o objeto de estudo desta pesquisa, traçaram-se os seguintes objetivos:

- Descrever as circunstâncias sociais, políticas e institucionais que influenciaram na criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, em 1998;
- Analisar as estratégias usadas pelos enfermeiros para expansão do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência;
- Discutir as implicações da interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência, no estado do Pará.

Acredita-se que o estudo seja relevante por possibilitar o conhecimento das peculiaridades que envolveram os Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, no estado do Pará. Apesar de corresponderem a uma necessidade social, muitos fatores foram decisivos para sua existência, vários avanços e retrocessos permearam as iniciativas realizadas no intuito de manter o funcionamento do Programa de Residência.

A importância da pesquisa também repousa no ineditismo do tema da pesquisa no estado do Pará e por sua contribuição à área da saúde, com destaque para a Enfermagem, no sentido de registrar os limites e possibilidades das ações de profissionais da enfermagem e de autoridades do estado do Pará (entre outros que se deparam com obstáculos similares), com vista à consolidação do Curso de

Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, o que, em última instância, resulta no aperfeiçoamento da formação na área, o que se reflete na qualidade da assistência prestada aos cidadãos.

Em outras palavras, a elucidação do objeto de estudo proposto poderá contribuir para melhor entendimento do impacto do programa de Residência em Enfermagem para a sociedade brasileira, em especial a paraense, e para os campos da saúde e da enfermagem no Pará, em contrapartida com sua vulnerabilidade à influência aos aspectos políticos, nos respectivos espaços.

Sem sombra de dúvidas, trata-se de dilema a superar no contexto da sociedade brasileira, tanto na área da saúde, como em outros campos, igualmente inerentes aos direitos sociais.

A presente tese se insere na linha de pesquisa História da Enfermagem do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery, da UFRJ, e está registrada no Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS)

REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO

CONCEITOS TEÓRICOS

Para suporte teórico desta pesquisa, a análise e a discussão dos dados foram iluminadas por conceitos da Teoria do Mundo Social, do sociólogo francês Pierre Bourdieu, que se destaca, entre outros importantes aspectos, pela dedicação ao estudo da configuração e a origem dos diferentes espaços sociais, as hierarquias e as lutas simbólicas entre os agentes.

Segundo esse destacado sociólogo francês, o mundo social é representado sob a forma de espaço multidimensional, constituído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição constituídos pelos conjuntos das propriedades que atuam no universo social considerado e são apropriadas de maneira a conferir ao seu detentor força ou poder nesse universo. Os agentes e grupos de agentes são, assim, definidos pelas suas posições relativas que ocupam nesse espaço (BOURDIEU, 2009, p. 133).

Dentre os conceitos elaborados pelo autor e que foram muito relevantes neste estudo, destacam-se os conceitos de capital simbólico, capital cultural institucionalizado e o de capital social, além dos conceitos de *habitus*, campo, espaço social, poder simbólico, luta simbólico e a violência simbólica.

Ao tratar do campo científico e dos usos sociais da ciência, Bourdieu (1997, p. 35 -36) faz referência ao capital científico, sublinhando duas espécies de capital científico: um temporal e um específico. O capital científico temporal (ou político) representa um poder institucional e institucionalizado vinculado à ocupação de posições importantes em instituições científicas, na direção de laboratórios ou

departamentos, como integrante de comissões e de comitês de avaliação, entre outros similares, igualmente vinculados ao poder de produção (contratos, créditos, postos, etc.) e de reprodução (poder de nomear e de fazer as carreiras) que tal ocupação representa.

O capital científico específico representa um “prestígio” pessoal, fundado quase que exclusivamente no reconhecimento, pouco ou mal objetivado e institucionalizado, oriundo do conjunto de pares ou da parte mais consagrada dentre eles.

Bourdieu (2005, p. 134) refere-se às diferentes espécies de capital ou poder, ao destacar as propriedades atuantes, consideradas como princípios de construção do espaço social, nos diferentes campos. Esse capital pode existir no estado objetivado, sob a forma de propriedades materiais, ou no estado incorporado, que pode ser juridicamente garantido e, por isso, representa poder sobre um campo.

Dessa forma, o capital simbólico (outro nome da distinção) não é outra coisa senão o capital ou poder, qualquer que seja sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção, resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição; vale dizer, quando conhecido e reconhecido como óbvio (BOURDIEU, 2009, p. 145).

Segundo Pinto (2000, p. 56-57), o capital cultural é considerado como grandeza que se transmite, cresce, diminui ou desaparece, característica jamais objetivável, que traz a marca dos que dela se apropriam legítima e naturalmente. Na prática, trata-se de princípio de hierarquização dominante e também objeto de disputa entre os grupos. O autor acrescenta que o capital cultural pode manifestar-se no estado incorporado, no estado objetivado (nas obras), e no estado institucionalizado sob a forma de títulos escolares (PINTO, 2000, p. 98).

O capital social é, segundo Bourdieu (2005, p. 28 - 29), traduzido como relação de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um *quantum* suficiente de força social, de modo que tenham possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder, entre as quais se destacam aquelas que possuem dimensão capital, cuja finalidade é a definição da forma legítima de exercício do poder.

Nessa perspectiva de análise, o espaço social pode ser descrito também como campo de forças; ou seja, como conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que entrem nesse campo e irreduzíveis às interações dos agentes individuais, ou às interações diretas dos agentes (BOURDIEU, 2005, p. 135). Representa, ainda, a distribuição no espaço físico de diferentes espécies de bens ou serviços e de agentes individuais e grupos fisicamente localizados e dotados de oportunidades de apropriação desses bens e desses serviços mais ou menos importantes (BOURDIEU, 2005, p. 161).

O ambiente físico do Hospital Ophir Loyola e da Universidade Estadual do Pará constitui espaço arquitetônico sofisticado, compatível com as demandas técnico-científicas que se anunciavam frente à condição de saúde daquela população e o complexo sistema de saúde ali existente, quase que absolutamente de caráter público. Está inserido no campo da saúde e no da educação, ambos reincidentemente sensíveis às iniciativas políticas regionais e nacionais.

Nesse sentido, inscreve-se nas estruturas mentais dos indivíduos, eis que representava um dos espaços sociais onde o poder se afirmava e exercia, “sob a forma mais sutil, a da violência simbólica como violência despercebida”. Trata-se, pois de um espaço arquitetônico, cujas injunções mudas dirigiam-se diretamente ao

corpo e dele conseguiam obter todo o respeito que nasce do distanciamento, em função de sua invisibilidade (BOURDIEU, 2005, p. 161).

Na perspectiva analítica do sociólogo em tela, o poder simbólico é invisível, somente exercido com a cumplicidade daqueles que nem sempre percebem a sujeição ou mesmo seu exercício. Para Bourdieu, o poder simbólico está relacionado com a posição ocupada pelos agentes no espaço social, sendo exercido em todas as partes do campo. É premente reconhecê-lo, descobrindo sempre onde ele se esconde e onde é ignorado. Trata-se do poder de fazer ver e de fazer crer, de produzir e de impor a classificação legítima ou legal. (IBIDEM, p. 07).

Os agentes sociais se diferenciam pelo *habitus*, que, segundo Bourdieu (2005, p. 61), é um conhecimento adquirido que indica a disposição incorporada, quase postural, duradoura e transferível, que resulta de longo processo de aprendizado, produto do contato com diversas estruturas sociais.

A posição de um agente no espaço social pode ser definida pelo lugar ocupado em diferentes campos, na distribuição dos poderes que atuam, por exemplo, nos capitais econômico, cultural, social e no simbólico, sob a forma de prestígio, reputação, fama, percebida e reconhecida como legítima no âmbito das diferentes espécies de capital (BOURDIEU, 2005, p. 135).

A respeito do tema, é pertinente ressaltar que as diferentes classes e frações da classe estão envolvidas numa luta simbólica cujo intuito é impor a visão de mundo coerente com seus interesses; isto é, o campo de posições ideológicas, que tende a reproduzir de forma transfigurada suas posições sociais. Essas lutas podem ocorrer diretamente, nos conflitos simbólicos da vida cotidiana, ou por procuração travada por especialistas da produção simbólica, onde está em jogo o monopólio da violência simbólica legítima, que traz subjacente o poder de impor e inculcar

instrumentos de conhecimento e de expressão arbitrários, embora ignorados como tal. Nesse embate, a classe dominante é protagonista de luta pela hierarquia, de reprodução e fortalecimento dos princípios da hierarquização e aceitação social da legitimidade da sua dominação (IBIDEM, p. 12- 13).

Como se pode depreender da lição do eminente pensador, o poder simbólico traz embutida a violência simbólica: numa relação entre os agentes, quem detém maior capital cultural tende a impor às demais o reconhecimento. Essa violência invisível e silenciosa se exprime através de coerções pontuais e duradouras, a que os dominados se submetem, num esforço para alcançar a correção, ou para renovar seu *habitus* (IBIDEM, p. 115).

O autor acrescenta ainda que o “consumo mais ou menos ostentatório do espaço é uma forma por excelência de ostentação do poder”. Para isso, muito pode ter contribuído a inserção do programa de Residência em Enfermagem no espaço da Universidade Estadual do Pará, onde seria possível aliar os aspectos de caráter eminentemente prático (assistencial) com o acadêmico e, portanto, agregando valor simbólico ao título ostentado pelo egresso da Residência de Enfermagem.

Também é pertinente destacar que os discursos são signos que precisam ser compreendidos, decifrados, avaliados, apreciados e expressam autoridade e, não raro relações de submissão. Em outras palavras: as trocas linguísticas representam subliminarmente relações de poder simbólico, onde se atualizam as relações de força entre os locutores e seus respectivos grupos. (IBIDEM, p. 116).

A competência legítima indica a capacidade reconhecida de um porta-voz autorizado a fazer uso da palavra, emitindo a fala digna de crédito. O uso da linguagem depende da posição social do locutor; ou seja, do reconhecimento institucionalizado e da crença que recebeu de um grupo (IBIDEM, p. 118).

Aplicando-se esses conceitos ao contexto da investigação, é interessante ressaltar que, no espaço social do Hospital Ophir Loyola e da Universidade Estadual do Pará, reuniam-se alguns dos importantes porta-vozes no campo da saúde e da educação, no estado do Pará, onde se manifestavam sob a forma de oposições espaciais.

Como ressaltado, trata-se de espaço hierarquizado, corporificado no espaço físico. O poder derivado do capital cultural sob diferentes espécies manifesta-se também no espaço físico, apropriado sob a forma de vínculo simbólico entre a estrutura espacial da distribuição dos agentes e a estrutura espacial da distribuição dos bens ou dos serviços, privados ou públicos (BOURDIEU, 2009, p. 160).

OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de *pesquisa qualitativa de cunho histórico-sociológico*. Conforme lição esclarecedora de pensadores como (MARCUS e LIEHR, 2001, p. 125), a pesquisa qualitativa concentra-se no todo da experiência humana, no sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência, por isso, permite uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito dos comportamentos humanos mais complexos.

Os autores (2001 p. 135) fazem referência ao método de pesquisa histórica como sendo uma “abordagem sistemática para compreender o passado por meio de coleta, organização e avaliação crítica de fatos”, permitindo ao pesquisador iluminar o passado, para que este possa servir de norteador para o presente e o futuro.

Por seu turno, Minayo (2007, p. 21) sublinha que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos movimentos, das aspirações, das

crenças, dos valores e das atitudes, todos os fenômenos que fazem parte da realidade social, já que o ser humano, não só age como pensa e interpreta suas ações, construindo assim a história.

Com esses fundamentos epistemológicos, o estudo focaliza, entre outros aspectos, o universo dos significados dos atores sociais que vivenciaram a trajetória do Curso de Especialização em Enfermagem Modalidade Residência, entendido como parte da realidade social.

A pesquisa histórico-social alicerça-se no princípio de que, em história, as abordagens são interligadas e estão inscritas no social, o que exige o esforço de delimitar um campo específico de problemas a serem formulados à disciplina histórica. Estão diretamente ligados a esses problemas os grupos sociais e os processos determinantes e resultados de suas relações, atribuindo-se ênfase ao estudo do comportamento individual e coletivo e da dinâmica social (CASTRO, 1997, p. 46-47).

Castro (1997, p. 48- 52) apresenta a história social como especialidade com mais de meio século, comportando problemáticas e metodologias próprias. Desde então, pôde-se formular, como problema central, os modos de constituição dos atores históricos coletivos, as classes, os grupos sociais, as categorias socioprofissionais, além de suas relações, que consideram historicamente as estruturas sociais. A autora acrescenta que as relações entre estrutura (com ênfase na análise das posições e hierarquias sociais), conjuntura e comportamento social definiriam, por assim dizer, o campo específico a ser delimitado.

Esta pesquisa insere-se na história sociológica como estudo de micro-história, por tratar-se da redução da escala de abordagem, comum à maioria das pesquisas recentes em história social. Castro (1997, p. 53) leciona que a escala de

análise, na perspectiva da micro-história, representa um “ponto de partida para um movimento mais amplo em direção à generalização”. A autora em comento elucida que a micro-história propõe-se às vivências históricas individuais, que podem ser parcialmente reconstituídas, “como um privilegiado de observação para rever e formular novos problemas à explicação histórica”. Para tanto, considera as condicionantes estruturais do comportamento humano na história e também a liberdade e a criatividade contidas no problema.

O cenário da investigação científica teve como lócus o Hospital Ophir Loyola (HOL), antigo Hospital dos Servidores do Estado (HSE), criado em 29 de dezembro de 1960 pelo Governador Luiz de Geolás de Moura Carvalho, através do Decreto de nº 2114. (Histórico do Hospital Ophir Loyola. s/d).

Foto nº. 1. Hospital Ophir Loyola



Fonte: www.apontador.com.br/.../hospitais.../hospital_ophir_loyol...

Em 1990, com a evolução da rede hospitalar de Saúde Pública foi transformado em principal Unidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS),

referência em tratamento Oncológico para as regiões Norte e Nordeste. A instituição representa espaço de atuação para diversos agentes sociais como: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes social, técnicos de enfermagem e outros membros da equipe de saúde.

Em 2007, o Hospital Ophir Loyola disponibiliza 214 leitos operacionais, 25 leitos CTI adulto, 03 leitos CTI infantil, 04 leitos no Hospital Dia e 96 leitos no Núcleo de Apoio ao Enfermo Egresso (NAEE) (Histórico do Hospital Ophir Loyola. s/d).

Para a coleta de dados desta pesquisa, foram utilizadas fontes primárias e secundárias. O corpus das fontes primárias foi constituído por documentos escritos e entrevistas temáticas. Os documentos escritos utilizados como fonte primária congregaram: Projetos; Regulamento; Relatório parcial e final dos Cursos de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência; Fichas de cadastro do processo seletivo para Cursos de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência, por conterem dados pessoais como: nome completo do aluno, número de inscrição, filiação, data de nascimento, número da carteira de identidade, endereço eletrônico; Relação nominal dos enfermeiros que atuavam como preceptores no referido curso e outros dados de interesse para o estudo, arquivados no Núcleo de Pesquisa e Pós-Graduação (NUPEP) do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA, após autorização para consulta dos mesmos, conforme (Apêndice 1).

Também foram consultados outros documentos, como: Jornais do Estado do Pará e Diário Oficial do Pará; Edital de Publicação do Concurso Público; Processo Seletivo; Edital de Publicação do Resultado do Concurso Público e Resoluções arquivadas em Biblioteca Pública: do Hospital Ophir Loyola; Fundação Cultural do Pará Tancredo Neves; Biblioteca Publica Artur Vianna e Biblioteca Leontina Gomes.

A coleta de dados foi enriquecida com procedimentos da história oral, que é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica, etc.) que *“privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo”* (ALBERTI, 2004, p. 18).

Procuramos respeitar a orientação de especialistas no assunto (THOMPSON 2002, p. 18 -19), quando assinalou que a história oral é constituída em torno de pessoas e permite ampliar seu campo de ação, ao lançar a vida dentro da própria história, ocasionando a emergência de novas versões da história, principalmente quando privilegia a voz de múltiplos e diferentes narradores, por meio da possibilidade da reminiscência da memória. Além disso, possibilita o desenvolvimento de atividade histórica mais democrática, eis que se esforça por construir a história a partir da palavra daqueles que vivenciaram e participaram de determinado período, mediante suas referências e imaginação.

Na lição de Delgado (2006, p.16), a memória é a principal fonte de depoimentos orais, que contempla um conjunto de conhecimentos múltiplos e variáveis, como temporalidade, topografias, individualidade, coletividade, diálogos entre si, muitas vezes revelando lembranças.

O processamento da memória inclui as dimensões do tempo individual e do tempo coletivo. Os sinais exteriores atuam como referências e estímulos para a emergência de lembranças e recordações individuais que constituem o substrato do ato de rememorar, que se relaciona com os quadros sociais da memória (DELGADO, 2006, p.16).

O tipo de entrevista foi temática, em função do intuito de resgatar lembranças derivadas da experiência em acontecimentos ou conjunturas específicos daqueles

que vivenciaram a trajetória do Curso de Especialização em Enfermagem- Modalidade Residência.

A esse respeito, buscamos suporte teórico em Alberti (2005, p.37), quando define que as entrevistas temáticas versam principalmente sobre a participação do entrevistado com vínculo ao tema escolhido e está na dependência do objetivo da investigação científica.

Os depoimentos orais foram obtidos junto a 18 pessoas, sendo 16 enfermeiros, 01 médico e 01 pedagoga: dentre esses, 06 atuaram na função de gestor, 04 na função de preceptor; 02 eram representantes de entidades de Classe e 05 eram egressos; 01 depoente acumulou experiências como gestora e representante de entidade de classe.

Todos vivenciaram a trajetória do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, no período de 1998 -2007. Conforme indicações de Alberti (2005, p.36), consideramos que o quantitativo de entrevistados tenha sido suficiente, pois permitiu inferir certo grau de generalização dos resultados do trabalho. Em outras palavras, a definição do número de atores sociais ocorreu a partir do critério de saturação dos dados, advertido por certo adensamento das informações, apontada como semelhanças entre condições internas por eles vivenciadas.

É relevante lembrar, conforme (MINAYO, 1999, p.40), que o critério de escolha da amostra na pesquisa qualitativa não se restringe ao âmbito numérico, eis que depende dos atributos e vivências relevantes dos agentes para as informações necessárias à elucidação das questões e objetivos da pesquisa.

A apresentação de fragmentos dos depoimentos foi identificada com a letra D, seguido das letras que representam suas respectivas funções. Assim, foram

acrescidas à letra D, as seguintes identificações: para os gestores, a letra G; para preceptores, a letra P; para representantes de entidades de classe, as letras EC; para os egressos, a letra E; e para a depoente que acumulou às funções de gestora e representante de entidade de classe, concomitantemente, as letras GEC, acompanhados do número ordinal, conforme a sequência de realização das entrevistas.

A coleta dos dados tomou como referência roteiros de entrevista semi-estruturada, constituído de questões alusivas a diferentes aspectos relativos à experiência dos devidos depoentes naquele campo e as suas participações durante a vigência da criação do Programa daquela modalidade de ensino (Apêndices 2,3,4,5 e 6). Este instrumento foi organizado no intuito de favorecer o diálogo, sem perder de vista os propósitos da investigação (MINAYO, 2007, p. 64), nem engessar a manifestação dos participantes do estudo. Não se pode esquecer que esta modalidade de pesquisa parte do pressuposto de respeito à subjetividade dos depoentes, particularmente no que se relaciona com suas memórias sobre a realidade vivenciada, suas crenças, valores, opiniões e sentimentos.

Eis porque, sempre que necessário, o roteiro da entrevista semiestruturada foi enriquecido com outras perguntas. De longa data, TRIVIÑOS (1987) já mencionava que esse tipo de entrevista valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade indispensáveis para enriquecer a investigação.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre outubro de 2009 e nos meses de janeiro, fevereiro, março e agosto de 2010. As entrevistas aconteceram em dia, hora e local compatíveis com as disponibilidades e possibilidades dos depoentes. Tivemos o cuidado de obter assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecimento (Apêndice - 7), quando os depoentes eram informados a respeito do objeto de estudo, dos objetivos, buscando-se sempre esclarecer quaisquer dúvidas. Após esta etapa, realizamos as entrevistas que foram gravadas em gravador digital portátil.

Os depoimentos tiveram duração variável, desde 15 minutos até uma hora e trinta minutos. A esse respeito, cumpre recordar as observações de Delgado (2006, p.21), quando sublinha que a definição do tempo de duração do depoimento depende de vários fatores como: característica do narrador (se prolixo ou não); disponibilidade de tempo entre o entrevistador e o entrevistado; condições emocionais do depoente; estágio de vida ou situação institucional do depoente (como, por exemplo, pessoas que exercem determinados cargos ou função que não dispõem de muito tempo para prestar depoimento).

Foram depoentes desta pesquisa, os atores relacionados no Quadro – 01, que, como ressaltado, foram selecionados intencionalmente, por sua experiência profissional no contexto do tema da investigação. O fascínio originário da experiência do outro (depoente) reforça a responsabilidade e o rigor do entrevistador, de sua interpretação dos dados e na divulgação dos resultados.

QUADRO Nº 01 - CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DA PESQUISA

Identificação Depoentes	Tempo Atividade Instituição	Período Relação Curso	Cargo / Função	Data Entrev.	Local Entrev..	Tempo
DG1	28 anos	1998 –2007	Chefe da Div. de Ensino do HOL e Coord. Curso Esp. Enf. Cirurg.- Mod. Resid.	15/10/09	Domicílio	60 Min
DG2	21 anos	1998 –2007	Pró-Reitora de Gestão e Planejamento da UEPA	16/12/09	Sala Revista EEAN	25 Min
DG3	32 anos	1998 –2007	Coord. Curso Esp.Enf. CI.Méd-Mod. Resid.	14/01/10	Aud. Enf.UEPA	30 Min
DG4	30 anos	1998 –2007	Diretor da Diretoria de Ensino e Pesquisa HOL	10/03/10	Consultório Médico	55 Min
DG5	28 anos	1998 –2007	Coord. Curso Esp.de Oncologia-Mod. Resd..	17/03/10	Residência	45 Min
DGEC	32 anos	1998 –2007	Chefe do Deptº Enf.HOL e Presidente ABEn – Pará	18/03/10	Residência	55 Mim
DG6	34 anos	1998 – 2007	Diretora do SERCA	30/06/10	PROPESP – Reitoria	1.30 Min
DP1	20 anos	1998 –2007	Preceptora	11/02/10	Diretoria HOL	20\ Min
DP2	26 anos	1998 –2007	Preceptora	22/02/10	HOL	45 Min
DP3	16 anos	1998 –2007	Preceptora	12/03/10	HOL	25 Min
DP4	16 anos	1998 –2007	Preceptora	31/03/10	HOL	30 Min
DEC1	09 anos	1998 –2007	Presidente. Sindicato Enfermeiros – PA	28/03/10	Sala da Pres. Sindicato.	15 Min
DEC2	05 anos	1998 –2008	Presidente do COREN-PA	29/03/10	Aud. Curso Enf. UEPA	20 Min
DE1	HOL-UNIMED	2007- 2009	Curso Esp. Enf. Oncologia Mod. Resid.	29/03/10	HOL	30 Min
DE2	Hosp.Metropoli /Ananind.	2007 –2009	Curso Esp. Enf. Cirúrgica Mod. Resid.	29/03/10	Hosp. Metropolitano	20 - min
DE3	Docente- UFPA / Mestranda- UFPA	2006 –2008	Curso Esp. Enf. Oncologia Mod.Resid.	31/03/10	Curso Enf. EEMB	25 Min
DE4	Fund Santa Casa SESPA	2006 –2008	Curso Esp. Enf. CTI Mod. Resid.	31/03/10	Curso Enf. EEMB	25 Min
DE5	Hosp. Metropolitano	2007 –2009	Curso Esp. Enf. CTI Mod. Resid.	05/03/10	Domicílio	20 Min

Embora os sujeitos selecionados para este estudo sejam apresentados por códigos, admite-se que alguns poderão ser identificados por ocuparem posições de destaque à época do recorte temporal do estudo, condição que foi explicada durante a realização das entrevistas e está previsto os Termos de Consentimento Livre Esclarecido assinado por todos os depoentes.

O processamento da entrevista obedeceu às seguintes etapas:

Após a realização das entrevistas gravadas, as mesmas foram copiadas em espaço apropriado que correspondia à instalação do programa Digital Voice Editor 3 para arquivar os áudios no computador para posteriormente serem gravados em discos digitais (DVD), devidamente identificados com o número de entrevistas, nome dos entrevistados e data de sua realização.

Em seguida, foram arquivadas em pasta também identificada, procedendo-se à transcrição do depoimento da forma oral para a escrita, tendo em vista facilitar a compreensão e a seleção dos trechos de interesse para a pesquisa. Nessa etapa, os depoimentos foram transcritos, revisados e submetidos à correção dos vícios de linguagem que dificultavam o entendimento da idéia expressada, sendo então apresentadas aos respectivos depoentes para validação (Apêndice 8).

Conforme (JANOTT, 1996, p. 62), esse é um procedimento que permite ao pesquisador evitar erros de interpretação, com destaque a expressões não verbais, como os silêncios, sons, ênfase, fonética, entre outros elementos extralinguísticos presentes no processo da entrevista. Esse é cuidado que tem o propósito de minimizar as inferências, pois não existe transcrição imparcial; ela é quase sempre fruto das percepções do pesquisador. Admitida essa interferência (humana), é importante apresentar a entrevista transcrita para o depoente promover as alterações que julgar necessárias.

Em paralelo, foram utilizadas 05 fotografias, no intento de ilustrar a relação entre o texto e a imagem.

Os dados foram submetidos à Análise temática, conforme proposto por Minayo (2007, p. 86; 1996 p. 234 - 238), tendo em conta que esta comporta um feixe de relações que pode ser apresentado por uma palavra, uma frase, um resumo. Os procedimentos de análise seguiram as etapas resumidas em continuidade:

– Ordenação dos dados: quando se considerou todos os dados coletados como fonte primária: os documentos escritos e os depoimentos orais. Os depoimentos foram transcritos; em seguida procedeu-se à releitura de todo material (depoimentos orais e documentos escritos), o que permitiu estabelecer determinada ordem, para obter uma classificação inicial.

– Classificação dos dados: quando os depoimentos transcritos e os documentos escritos foram submetidos à leitura exaustiva e repetida dos textos, iluminada por atitude interrogativa em face das fontes primárias. Esse procedimento viabilizou apreender as estruturas de relevância dos agentes identificados, as idéias centrais transmitidas por eles e os momentos-chave de sua experiência quanto ao tema sob investigação. Mediante essas atividades, pudemos estabelecer as categorias empíricas, que foram confrontadas com as categorias analíticas, teoricamente estabelecidas como norteadores da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas.

– Análise propriamente dita: Corresponde a análise final com a triangulação dos dados, realizada com o cruzamento dos depoimentos orais transcritos, com os documentos escritos e a teórica do Mundo Social do Sociólogo Pierre Bourdieu; Isto é, foram confrontados os achados nas entrevistas e nos documentos escritos com o referencial teórico da pesquisa, sem perder de vista os objetivos da pesquisa. Nessa

fase da análise, foi considerado o movimento incessante do empírico ao teórico e vice-versa, e que transita entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, se caracterizando como “verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado”.

As fontes secundárias foram constituídas por teses de doutorado, dissertações de mestrado, artigos de periódicos científicos e livros de história da enfermagem e de história do Brasil, localizadas em Bibliotecas Públicas e virtuais, tais como: Biblioteca Dr. Orlando Costa; Biblioteca Virtual de Saúde Pública do Estado do Pará; Biblioteca Digital de Tese e Dissertação de Mestrado da UEPA. (www.bdtd.ufpa.br); Biblioteca Paulo Freire – CCSE – Campus I – UEPA.

Tais fontes permitiram o estudo das seguintes temáticas: o contexto histórico e social brasileiro nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002) e de Luis Inácio Lula da Silva (2003 a 2010); o contexto da saúde na Região Norte do país, no estado do Pará e na cidade de Belém; o campo da educação superior e da saúde no estado do Pará e do Brasil, no período do estudo.

Em cumprimento à Resolução 196/96, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Hospital Escola São Francisco de Assis, conforme Protocolo de Nº 087/2009, aprovado em 30 de novembro de 2009 (Anexo 02).

CAPÍTULO I - CIRCUNSTÂNCIAS SOCIAIS, POLÍTICAS E SANITÁRIAS QUE INFLUENCIARAM NA CRIAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA

1.1. Antecedentes da Residência em Enfermagem no Brasil

A história da residência na área da saúde teve seu início em 1889, com a criação do primeiro programa de Residência Médica em Baltimore nos EUA, pelo cirurgião William Holsted, no Departamento de Cirurgia da Universidade Johns Hopkins, do qual participaram quatro ex-internos, com atribuição de responsabilidade progressiva nos cuidados pré e pós-operatórios e nas execuções de cirurgias (GALVÃO, 1996, p.8).

No Brasil, essa modalidade de ensino foi implantada em 1944, no Hospital das Clínicas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, quando se instituiu o primeiro programa de Residência Médica em Ortopedia (GALVÃO, 1996, p.8).

No campo da Enfermagem, merece relevo a instalação, em 1961, no cenário da Residência Médica no Hospital Infantil do Morumbi, da Fundação da Legião Brasileira de Assistência - L.B.A. - Seção de São Paulo de projeto com a finalidade: “aperfeiçoamento em enfermagem pediátrica” (LIMA, 1979, p.14).

A Residência em Enfermagem, assim identificada desde a sua origem até 2001, quando passou a ser denominada como Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, conforme Resolução do COFEn N° 259/2001, teve sua primeira experiência no estado de São Paulo, em 1961, mais especificamente no Hospital Infantil do Morumbi, à época, vinculado à Legião Brasileira da Assistência (LBA) (LIMA, 1979, p. 17).

Embora essa experiência tenha ocorrido no início da década de 1960, a dissertação de mestrado, defendida por Lima (1979), na Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, registra que as subsequentes Residências em Enfermagem somente viriam acontecer na década de 1970.

Vale destacar que, com a Reforma Universitária em 1968, estruturada na Lei de Nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, passou-se a exigir melhor qualificação profissional, o que abriu espaço aos cursos de pós-graduação em nível de Lato Sensu e Stricto Sensu (BRASIL, 1996).

Nesse âmbito, descortina-se novo paradigma com base científica para a prática profissional. Assim, na década de 1970, foram criados nove Programas de Residência em Enfermagem no país, cuja distribuição geográfica pode ser caracterizada como se segue: 05 na Região Sudeste (55,6%), 03 no nordeste (33,3%) e 01 na Região Norte (11,1%). Todas as Residências em Enfermagem da Região Sudeste estavam localizadas na cidade do Rio de Janeiro, enquanto os estados da Bahia, Pernambuco e Paraíba abrigavam as Residências na Região Nordeste. No Pará, a origem da Residência em Enfermagem data de 1977, no Hospital Barros Barreto, então vinculado ao Ministério da Saúde (LIMA, 1979, p. 17).

O incremento quantitativo de Residências de Enfermagem na década de 1970 fez com que pesquisadores investissem em estudos acadêmicos para melhor contemplar o impacto dessa modalidade de capacitação na formação do enfermeiro, com vistas ao mercado de trabalho.

As pesquisas produzidas traziam informações importantes e eram bastante abrangentes acerca dos diferentes aspectos que envolviam a criação e desenvolvimento de um Programa de Residência de Enfermagem nas diferentes instituições de saúde, dentre as quais, podemos destacar a associação das

atividades de ensino, pesquisa e assistenciais, permitindo ao profissional recém-formado desenvolver, em menor tempo, habilidades e competências em área específica. Além disso, também merece registro que a presença do residente de enfermagem contribuía para o crescimento e melhor desempenho da equipe de enfermagem daquelas instituições que contavam com tal atividade (LIMA, 1979, p. 17 - 25).

A despeito dessas contribuições destacadas em diferentes pesquisas, na década de 1970, evidenciaram-se algumas dificuldades, tais como: possibilidade de rodízio nos estágios, em função do não envolvimento de todos os setores da instituição e desenvolvimento da residência em um único turno (LIMA, 1979, p. 22).

Na mesma década, enquanto as lideranças da enfermagem discutiam o impacto da Residência de Enfermagem para a educação em enfermagem e a melhor maneira para o desenvolvimento dessa alternativa de qualificação do enfermeiro para o mercado de trabalho, ocorreu, em 1977, a 6ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Na ocasião, na vigência do regime político ditatorial, os indicadores de saúde não indicavam imagem pública satisfatória daquele regime autoritário.

O relato de Ernani Guilherme Fernandes da Motta, superintendente da SUCAM/ MS na 6ª CNS, evidencia com clareza a preocupação com algumas endemias, tais como: malária, esquistossomose, doença de chagas, febre amarela, hanseníase, tuberculose, dentre outras, sobretudo nas áreas rurais do Brasil. Os programas de combate a essas endemias conviviam com defasagens operacionais, provocadoras de grandes flutuações epidemiológicas, por motivos técnicos, institucionais ou administrativos, como também pela implantação de

empreendimentos desenvolvimentistas em áreas até então consideradas rurais (BRASIL, 1977).

As discussões encaminhadas na 6ª CNS apontavam para o consenso de que a implantação ou implementação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde-Saneamento (PIASS) era relevante para o combate efetivo dos graves problemas de saúde pública observados na Amazônia; ou seja, na Região Norte do país. Nesse contexto, alguns pontos específicos foram objeto de preocupação, tais como: descontinuidade político-administrativa; insuficiência no ritmo de capacitação de recursos humanos necessários à implantação do Programa; insuficiente remuneração do pessoal do setor saúde, nos estados, devido à indefinição de uma política salarial adequada e compatível com o regime de trabalho necessário ao PIASS (BRASIL, 1979).

Com o programa do PIASS, deu-se início a novo cenário político no sistema de saúde do Brasil, precipuamente voltado para a proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na década de 1960, com vista à necessidade de recursos humanos, com cobertura principalmente para os serviços de assistência às comunidades rurais. Assim em novembro de 1973, o então diretor da OPAS, Abraham Horwitz, o Ministro da Saúde do Brasil, Mário Machado de Lemos e o Ministro da Educação e Cultura, Jarbas Passarinho, assinaram o Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, dando início à cooperação técnica OPAS–Brasil em recursos humanos para a Saúde do País, com base nas recomendações do Plano Decenal de Saúde para as Américas, o qual incluía entre suas metas a criação de cursos de enfermagem em instituições federais (PAIVA; ALVES, HOCHMAN, 2008).

Neste contexto, com base nas metas do Plano Decenal de Saúde para as Américas, foi criado no estado do Pará, o primeiro Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará em 22 de setembro de 1975, através da Resolução Nº 322, do Conselho Universitário. Conforme Projeto Pedagógico do Curso de graduação em Enfermagem da UFPA, o mesmo foi reconhecido em 15 de agosto de 1979, pelo Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) Nº 1483, de 1978 e 253088, de 1979 do MEC, levando a formação especializada do enfermeiro pela diversificação das habilitações em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Saúde Pública e Licenciatura, com entrada de 50 (cinquenta) alunos ao ano (UFPA, 2008, p. 21).

Nesta mesma década é criado no estado do Pará em 1977, o primeiro curso de Residência de Enfermagem, no âmbito do Hospital Barros Barreto, então vinculado ao Ministério da Saúde, com a finalidade de “Aperfeiçoamento Profissional”, na especialidade de “Enfermagem em Tuberculose e Doenças Tropicais”. Tal iniciativa caminhava em direção às diretrizes da 6ª CNS e ia ao encontro das necessidades sociais e de saúde da população naquele estado (LIMA, 1979).

A Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)–seção RJ promoveu em 1978, o *Seminário Sobre Residência de Enfermagem*. Na ocasião, foram discutidos vários aspectos relacionados à Residência de Enfermagem, com recomendações importantes, com a finalidade de fornecer subsídios à melhor sistematização das experiências relatadas.

O documento foi dividido nos seguintes pontos, relacionados à:

1) Conceituação e Características, Finalidade e Pré-requisitos da clientela:

Definia-se Residência de Enfermagem como modalidade de ensino de pós-graduação, em nível de especialização, destinada a enfermeiros com habilitação, durante a vigência do parecer 163/72⁵. O ensino deveria ser centrado em atividades práticas nos vários níveis de prevenção, preservando a integração entre os aspectos assistenciais, de ensino e de pesquisa, em tempo integral e sob supervisão contínua; e os programas de Residência de Enfermagem teriam como objetivos o aprimoramento da prática assistencial, de modo que o mercado de trabalho pudesse contar com profissionais com proficiência nas respectivas áreas de especialização.

2) Carga horária, credenciamento da instituição, documento conferido ao final:

A carga horária global deveria ser de 1.800 horas, distribuídas em 40 horas semanais, cabendo às atividades assistenciais 70% de toda carga horária, e 30% para os estudos teóricos e pesquisa de campo. O certificado conferido ao residente concluinte seria um certificado de *Especialização – modalidade Residência*.

3) Avaliação do residente e programas desenvolvidos:

Ênfase atribuída ao desempenho na prática assistencial desenvolvida durante a residência. O programa deveria assegurar, dentre outros fatores, a utilização do processo de resolução de problemas de enfermagem.

⁵ Dispõe sobre o Currículo Mínimo dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia.

4) Necessidades de estudos sobre áreas prioritárias para a Residência de Enfermagem:

Neste ponto, seria necessário considerar as necessidades dos serviços de saúde das diversas regiões do país, definindo as prioridades de especialização.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) mostrou-se bastante preocupada com o tema da Residência de Enfermagem, presente em muitos fóruns organizados pela entidade. Neste sentido, em 1979, a ABEn promoveu em Brasília o *I Seminário Sobre Educação Continuada em Enfermagem*, para que a questão da Residência de Enfermagem pudesse ser discutida, o que resultou em recomendações que assegurassem padrões mínimos de desempenho; adoção dos padrões sugeridos nas recomendações desse seminário, nas novas residências; e que as habilitações, previstas no parecer 163/72, fossem desenvolvidas sob a forma de Residência de Enfermagem (ABEn, 1979, p. 121 - 125).

Em 20 de setembro do mesmo ano, o presidente da República João Baptista de Oliveira Figueiredo, assinou o Decreto Nº 84.106, por meio do qual convocou a 7ª CNS, cuja finalidade precípua era a de *promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVI-SAÚDE)*. A Conferência ocorreu sob a égide do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social, além de coligir subsídios para seu aperfeiçoamento (BRASIL, 1980, p.11).

Durante palestra proferida, na 7ª CNS, por Carlyle Guerra de Macedo, consultor da Organização Pan-americana da Saúde, intitulada *Extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos*, defendeu-se que as inúmeras deficiências na saúde da população brasileira poderiam ser combatidas com Ações Básicas de

Saúde, destacando-se a necessidade de ajustamento das ações aos diferentes contextos regionais, como aqueles existentes na Região Nordeste e Amazônica (BRASIL, 1980, p.11).

O anteprojeto do PREVI- SAÚDE foi apresentado a várias instituições, em outubro de 1980, quando o regime militar, ainda firme, procurava alternativas oficiais para a crise da saúde. Esse programa não prosperou, em função do recuo do próprio governo federal, que alegava falta de recursos financeiros para sua implantação (CARVALHO, MARTIN E CORDONI JR, 2001, p. 37).

Ainda nesse contexto, o governo federal implantou o “Pacote da Previdência”, que estabeleceu o aumento das contribuições previdenciárias e, dentre outras mudanças, instituiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), cuja proposta era de racionalizar despesas e controlar gastos; para isso, lançou o “Plano CONASP”. O principal desdobramento desse Plano foi a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), projeto oriundo de Portaria conjunta entre os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, com a pretensão de reorganizar a assistência à saúde, para evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias (CARVALHO, MARTIN E CORDONI JR, 2001, p.37).

Tal iniciativa representava, na prática, que as prefeituras receberiam recursos federais oriundos da Previdência, mediante pagamento por serviços prestados (médico, odontológico e de enfermagem). Isso também teve impacto em vários estados, com o fortalecimento da rede básica ambulatorial, o que permitiu aumentar a capacidade de atendimento à população, exigindo a contratação de recursos humanos, a revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, a participação da população na gestão dos serviços. As AIS (Ações Integradas de

Saúde) propiciaram a ampliação considerável dos serviços básicos de saúde, com a cobertura de mais de 2.500 municípios e quase 90% da população brasileira (CARVALHO, MARTIN E CORDONI JR, 2001, p. 38).

1.2. Conjuntura que Influenciou na criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola

Dando prosseguimento à estratégia de mudanças na política de saúde do país, foi implantado, em 20 de julho de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com os objetivos de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS) e criação do SUDS nos estados. Além disso, continha várias diretrizes que reconheciam a necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e redefinição das atribuições dos três níveis de governo (BRASIL. Decreto Nº 94.657, 1987).

Nesse momento, o Brasil passou pelo período de transição democrática. Com o fim da ditadura militar, iniciou-se a Nova República e a preparação para o processo Constituinte.

Como parte dos planos do novo governo e considerando a realização da Assembléia Nacional Constituinte, que definiria a nova ordem jurídico-institucional para o país, foi oficialmente convocada a 8ª CNS. Nessa conferência, realizada no período de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, foi discutida a situação da saúde no país e aprovado um relatório final, cujas conclusões constituíram o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL. Relatório Final 8ª CNS, 1986, p. 05), que foi apresentado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, palco de intenso embate ideológico entre “progressistas” e “conservadores”.

O Relatório Final da 8ª CNS contextualiza a condição de saúde da população brasileira e imprime um olhar crítico a essa questão, pois parte do pressuposto de que se trata de uma sociedade estratificada, caracterizada pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, onde se observa a coexistência de formas “rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista”. As desigualdades sociais e regionais existentes refletiam as condições estruturais que, ao longo do tempo, atuavam como limites ao pleno desenvolvimento de um nível de saúde satisfatório e de uma organização de serviços socialmente adequada (BRASIL. 1986, p. 05).

O relatório da Conferência acrescentou que *“a evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas”*. Por outro lado, o relatório ressaltou que a área da saúde viveu um histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema onde predominavam os interesses de empresários da área médico-hospitalar, pois o modelo de organização do setor público era considerado anárquico, pouco eficaz, gerando descrédito junto à população (BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.05-06).

O processo constituinte mobilizou o “Movimento Sanitário Nacional”, no sentido de sensibilizar os constituintes a aprovar os princípios da Reforma Sanitária no texto Constitucional. O êxito do Movimento fez com que grande parte das teses e conclusões da 8ª CNS fosse incorporada ao texto final aprovado na Constituição Federal Brasileira (CARVALHO, MARTIN E CORDONI JR, 2001; Brasil, 1988, p. 39).

Como ressaltado, a Constituição da República de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou, sobremaneira, a estrutura jurídico-

institucional do sistema público de saúde, estabelecendo novas relações entre as diferentes esferas de governo, novas funções entre os atores do setor, finalmente dando origem ao Sistema Único de Saúde, que trouxe relevantes mudanças para os brasileiros, ao determinar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a serem garantidos mediante políticas sociais e econômica, visando à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL. Constituição Federal de 1988, art. 196).

Em seu conceito mais amplo, a saúde passou a ser definida como a resultante das condições de alimentação, moradia, educação, renda, saneamento básico, trabalho, transporte, emprego, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam assim, a organização social e econômica do país (BRASIL, 1986, p.04).

Paralelamente a esse movimento que envolvia autoridades e profissionais do campo da saúde no Brasil, no estado do Pará, fortaleceu-se o desejo político de criar a primeira Universidade do Estado do Pará, o que precisou ser agilizado para constar das realizações do governador à época.

Para entender as dificuldades que envolveram a criação da UEPA, cabem alguns esclarecimentos. Anteriormente à existência dessa Universidade, havia cinco estabelecimentos isolados oficiais estaduais, mantidos pela Fundação Educacional do Estado do Pará (FEP). Com a criação da Universidade, essas instituições passam a integrá-la, funcionando conforme os regimentos existentes quando ainda estavam vinculadas à FEP, sem qualquer alteração estrutural ou acadêmica, exceto a substituição dos diretores por coordenadores (BRASIL, 1993, p. 01- 03).

O Governador Hélio da Mota Gueiros, durante sua gestão (1987 – 1990), investiu na criação da primeira Universidade do Estado do Pará. Para viabilizar este empreendimento, algumas medidas tomadas foram objeto de questionamentos políticos e jurídicos. O Estatuto da Universidade foi aprovado pelo Decreto Estadual Nº 6753, de 05 de abril de 1990, sem qualquer alteração estrutural, acadêmica e Parecer do Conselho Estadual de Educação do Pará, nem se expediu qualquer decreto autorizando o seu funcionamento. Nesta condição, a Universidade do Estado do Pará funcionou de julho de 1990 a março de 1991, período em que a prof^a. Therezinha Mores Gueiros, esposa do Governador Hélio da Mota Gueiros; portanto, primeira dama do estado do Pará, acumulou as funções de Reitora da Universidade e de Secretária de Educação do Estado (BRASIL, 1993, p. 02). A posição ocupada por esta agente no campo político e da educação, certamente contribuiu para acelerar a criação da Universidade, considerando que restava menos de um ano para o encerramento da gestão do governador, o que permitiria obter significativo capital político em seu favor.

Com a eleição e posse de Jader Fontenelle Barbalho (1991 – 1994) para o Governo do Pará, adotaram-se medidas contundentes para manifestar o desacordo do governo com a criação da Universidade, ou pelo menos, com a forma como a mesma havia sido criada. O Governador Jader Barbalho expediu em 18 de março de 1991 o Decreto Nº 0147, declarando de nenhum efeito o Decreto Nº 6753/90 e, no mesmo dia, com outro Decreto, Nº 0148, restabeleceu as funções da Fundação Educacional do Estado do Pará (FEP) e os cinco estabelecimentos de ensino superiores por ela mantidos. Em seguida, o Governo estadual nomeou uma comissão, com o objetivo de elaborar um anteprojeto de lei de criação de uma Universidade Estadual, bem como seu respectivo Estatuto. (BRASIL. MEC/

Conselho Federal de Educação, 1993, p. 02). Desse modo a Universidade do Estado do Para, foi criada pela Lei Estadual nº 5.747, de 18 de maio de 1993, sendo autorizada a funcionar em 04 de abril de 1994 (UEPA, 2005 – 2014, p. 21). Parece evidente o interesse do Governador Jader Barbalho de desvincular o movimento de seu antecessor como pioneiro governador a criar a primeira Universidade do Estado do Pará.

Todas essas medidas foram aprovadas pela Câmara de Legislação e Normas do Conselho Federal de Educação (CFE), em 05 de agosto de 1993 (MEC/ Conselho Federal de Educação, 1993). No mesmo ano, Jader Barbalho recriou a Universidade do Estado do Pará, cujo funcionamento teve início a partir de 1994.

A despeito dos aspectos político-partidários que envolveram a retomada do funcionamento da UEPA, devemos considerar que a iniciativa reestabelecia a formação de profissionais para área da saúde e, em particular, para enfermagem, pois, ainda sob o impacto da promulgação da Constituição Federal, aprovada em 1988, para que se implementassem as políticas de saúde desejadas no país, seria necessário dispor de profissionais qualificados para o campo da saúde.

Ainda sob o impacto das novas conquistas políticas, foi promulgada em 19 de setembro de 1990, a Lei Nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Nesse dispositivo legal, assegurou-se que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Além disso, está previsto o dever do Estado de garantir a saúde, na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às

ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL. Lei Nº 8.080,1990, p.01).

A saúde está sob a influência de determinantes e condicionantes, tais como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Depreende-se daí que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL. Lei Nº 8.080,1990, p.01).

Neste contexto e considerando as oscilações políticas que, invariavelmente, envolvem as três esferas da administração pública: federal, estadual e municipal, além de outros fatores, o que se constata é que o campo da saúde, ao longo das décadas de 1970 e 1980, atravessou problemas decorrentes do não atendimento à grande demanda da sociedade por um serviço público de qualidade.

Como alternativa para minimizar os efeitos da deficiência nesse serviço, parte da população brasileira orientou-se para crescente investimento no setor privado de saúde, que evidenciou significativa complexidade nos seus subsetores e na diversidade das modalidades internas de seus vários segmentos. Mas, tradicionalmente, permaneceu dividido em setor lucrativo e não lucrativo, com destaque à expansão do grupo organizado para obtenção do lucro (ELIAS, 1999).

O crescimento do setor privado, que no período de 1987 a 1995 aumentou em 38% o número de pessoas que ingressaram nesse sistema, decorreu de um conjunto de causas que articulam relações de mercado segurador com elementos intrínsecos ao setor saúde, com ênfase para o declínio da qualidade da assistência médico-hospitalar pública (BAHIA, 1997, p. 22).

A deteriorização do serviço público de saúde na década de 1980 contribuiu de forma acelerada, para que parte da população, com maior poder reivindicatório

pela melhoria desses serviços, cada vez mais migrasse para o setor de saúde privado. Tanto assim que, na década seguinte, mais especificamente em 1997, alcançava 41 milhões de brasileiros, correspondendo a 25,6% da população (PEREIRA FILHO, 1999, p. 16).

O setor privado de saúde caracteriza-se pela oferta de diagnósticos complexos, exames laboratoriais diversos; assistência hospitalar especializada e de alta complexidade, além de atendimento ambulatorial. Esse é o perfil desse mercado promissor do ponto de vista de lucros que, por seu turno, exige um profissional especializado e que demonstre habilidades e competências condizentes com a exigência da clientela, cujo capital financeiro é capaz de sustentar esse sistema.

Nesse período, aconteceu o 3º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), no Rio de Janeiro, de 23 a 26 de março de 1998, sob a promoção da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional e seção RJ e com o apoio do Fórum de Diretores de Escola de Enfermagem do Rio de Janeiro. O 3º SENADEn tinha como tema central “As diretrizes para a Educação em Enfermagem no contexto da LDB” e, mais uma vez, dedicou-se a discutir questões referentes à Residência de Enfermagem; porém, com ênfase na tentativa de articulá-la aos cursos de pós-graduação “lato sensu”. Na oportunidade, dentre outros assuntos, definiu-se o perfil do profissional especialista, como sendo “um enfermeiro capacitado para atuar em áreas específicas da profissão, desenvolvendo instrumentais de trabalho, novas tecnologias e atendendo as demandas de saúde emergentes” (MAURA et. al. Relatório Final, 3º SENADEn, 1998, p. 10).

Paralelamente a essa discussão que envolvia a Residência em Enfermagem, o estado do Pará foi governado por Almir José de Oliveira Gabriel, por duas gestões consecutivas, entre os anos de 1995 a 2002, sendo o primeiro

governador reeleito da história do estado. No que se refere ao sistema público de saúde, o governo adotou, nos dois mandatos, a política de apoio à municipalização com a descentralização das unidades, com vistas à equidade na assistência à saúde.

Com tais procedimentos, pretendia-se reduzir as desigualdades sociais, além de estimular os municípios a considerarem sua realidade no atendimento a população (PARÁ. Trajetória da Saúde – Oito Anos de governo – 1995 – 2002).

Conforme dados da Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública do Pará, no período de 1995 a 1998, houve um investimento na atenção básica à saúde, o que exigiu a construção de unidades básicas de saúde e aumentar o atendimento na rede pública ambulatorial. Com isso, ocorreu um aumento de 18% na oferta de consultas médicas, com aproximadamente 11.040 consultas/ mês (PARÁ. Relatório da Trajetória da Saúde – Oito Anos de governo -1995-2002, p. 91).

No que tange à rede pública hospitalar, no período de 1995 a 2001, também incrementou-se em 28,2% o número de leitos hospitalares, o que foi possível com a construção de Unidades Mistas e a ampliação da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínica Gaspar Vianna (FHCGV), a partir de uma parceria entre o então Governo do Estado do Pará e o Ministério da Saúde. A parceria ocorreu através do Projeto REFORSUS, permitindo que a FHCGV passasse dos 11.000 para 22.000 metros quadrados de área construída, tornando-se um dos mais completos do Brasil. Tal ampliação elevou para 1,8 leitos / 1000 habitantes (PARÁ. Relatório da Trajetória da Saúde – Oito Anos de governo – 1995 – 2002, p. 98).

A FHCGV é uma instituição do Governo do Estado do Pará, vinculada à Secretária Especial de Estado de Proteção Social (SEEPS) tida como referência estadual em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia (PARÁ. Assembléia Legislativa do

Estado do Pará, 2009). Além disso, no Governo Almir Gabriel, já havia a pretensão de se criar o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua e de mais cinco hospitais regionais no sudeste do Pará, com sede nos municípios de Marabá, Redenção, Altamira, Breves e Santarém, disponibilizando atendimento especializado de alta complexidade, além de exames laboratoriais e de diagnósticos sofisticados (PARÁ. Assembléia Legislativa do Estado do Pará, 2009, p.02). Como são cediças, tais providências dependiam da qualificação de profissionais da saúde, dentre estes os de Enfermagem, de modo a viabilizar o atendimento nestes hospitais com a qualidade esperada.

Nesse contexto, mais uma vez, ficou evidenciada a necessidade de se criar os Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência. Os Cursos de Especialização deveriam ter carga horária total de 2.960 horas, com ênfase no desenvolvimento das competências técnico-científica e ética, decorrentes do treinamento em serviço (COFEn, 2001), ao passo que os demais cursos de Especialização em Enfermagem seriam desenvolvidos de forma eminentemente teórica.

A necessidade de investimentos sociais no estado do Pará é bastante conhecida. Para melhor entendimento desse panorama, vejamos o perfil de uma importante área do estado, a mesorregião sudeste do Pará, composta de 39 municípios que se caracteriza pela estrutura socioeconômica complexa, com municípios que se aproximam do projeto desenvolvimentista dos anos 1980 e outros que servem de palco de graves conflitos agrários. Trata-se, pois de uma região em constante tensão econômico-social, o que, no caso da saúde, reflete-se através de indicadores desfavoráveis, tais como alta incidência de malária e hanseníase, entre outros graves problemas. Essa situação tem exigido a mobilização dos gestores

municipais para concretizar um plano capaz de propiciar aos sistemas de saúde locais um nível de resolutividade que assegurem melhorias significativas na qualidade de vida da população dessa região (SOUZA et. al, 2002,p. 39).

No entanto, as dificuldades enfrentadas pelos municípios são grandes, envolvendo a falta de recursos materiais, técnicos e financeiros, além de depender da vontade política e do comprometimento dos gestores municipais na realização de administrações ílibadas e transparentes (SOUZA et. al, 2002, p.40).

Outro aspecto que tem contribuído para agravar a qualidade de vida da população paraense é a ocupação urbana desordenada, em função da explosão demográfica dos municípios limítrofes de Belém, nos quais são reproduzidas as condições de miséria e segregação social da população em áreas de menor valor imobiliário, pois, ali predominam a ineficácia das políticas públicas habitacionais (DUARTE e GOMES, 2002; p 63. PROST, 2006, p. 271).

As políticas públicas de desenvolvimento regional são responsáveis pela explosão demográfica da cidade de Belém. Projetos ligados à expansão da fronteira agrícola e a exploração mineral, mesmo os apoiados pelo Governo Federal, através de políticas de migração e de assentamento que não asseguravam condições de infraestrutura às famílias, contribuíram para que grande parte dessa população buscasse melhores condições de vida nas cidades (DUARTE e GOMES, 2002, p. 67; PROST, 2006, p.277).

Cabe ainda conferir ênfase ao papel que os estados da Região Norte do país passaram a ter, pois a orientação observada na política nacional é a de estabelecer medidas que reforcem a integração de mercados com os países ao longo das extensas fronteiras da Região Amazônica, sob a desejada liderança do Brasil. Essa dinâmica do jogo político redimensiona o lugar da Amazônia na atual

geopolítica, como estratégia nacional. Tratando do assunto, Castro e Santos (2006, p. 25-26) apontam para a possibilidade de revisão da noção de fronteira de recursos, não se limitando ao espaço de reconquista e ocupação de atores econômicos e sociais, ou de novos usos dos recursos naturais. Ainda, segundo os autores, caberia considerar uma fronteira cujo “papel político é redefinido pela sua capacidade de potencializar a integração de mercado para além dos limites nacionais”.

Conforme os citados estudiosos, a ação do Estado é efetiva nos processos de modernização das estruturas econômicas portuárias, de comunicação e de transporte, como estratégia fundamental de presença ativa em mercados situados para além da fronteira na Região Amazônica do Brasil. Por conseguinte, é importante ressaltar a exigência de políticas de saúde capazes de assegurar posições mais satisfatórias de seus indicadores de saúde. O papel político e econômico ponderado para a Região trouxe consigo possibilidades de progresso tecnológico, científico, social e, conseqüentemente, exigiu recursos humanos na área da saúde condizentes com o mesmo, ao mesmo tempo em que reforçou a necessidade de se intensificar a criação de Cursos de Especialização – Modalidade Residência no estado do Pará.

1.3. Projeto Piloto para a Criação do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola

O Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola teve seu início na década de 1990, com um grupo constituído por três enfermeiras que, à época, exerciam as seguintes funções: Chefe da Divisão de Ensino do HOL, Zandra da Silva e Mota; Coordenadora da Divisão de Educação Continuada, Edilma Pinheiro de Oliveira Dias; e a Chefe do Departamento de

Enfermagem do HOL, Regina Coeli Nascimento Souza; em paralelo, as duas primeiras exerciam função de docente na UEPA e a última exercia a função de presidenta da ABEn – PA.

Os motivos que impulsionaram a criação dos Cursos de Especialização em Enfermagem na Modalidade Residência eram distintos, mas pode-se considerar que a necessidade de formar recursos humanos especializados na área de saúde para o estado do Pará e, sobretudo, para atuar no próprio HOL, foi relevante para que o grupo de enfermeiras docentes assistenciais se organizasse de modo a transformar esse desejo em realidade, como se pode depreender do transcrito a seguir:

O Curso de Especialização surgiu a partir de uma necessidade de formar especialistas no estado do Pará, para atender a necessidade de profissionais especializados, principalmente do Hospital Ophir Loyola e também pela grande demanda de profissionais de Enfermagem que procuravam o Hospital em busca de aprimorar seus conhecimentos [...] (DG1).

[...] Foi em grande parte o empenho e liderança da professora Zandra da Silva e Mota, e também a necessidade de capacitação de pessoal na área de Enfermagem no estado do Pará (DG3).

[...] O estado necessitava possuir especialista, como enfermagem em oncologia, CTI, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica [...], pois eram estruturadas para que pudéssemos formar recursos humanos em enfermagem (DG4).

Havia uma demanda reprimida considerável de estagiários [...]. Do outro lado, existia o interesse por parte da Instituição de obter recursos humanos especializados na área de Saúde. [...]. Esta expressiva procura de alunos por estágios levou-nos a refletir sobre a importância de se sistematizar melhor os estágios extracurriculares (DG5).

[...] oportunizar aos recém-formados a continuarem os estudos em sua própria região e, assim, possibilitar um retorno à sociedade. Muitos que saíram em busca de especialização fora do estado, dificilmente retornaram para seus lugares de origem, [...]. Então foi essa a preocupação para a criação do Curso, uma demanda de serviços existentes e uma necessidade de profissionais bem preparados, combinação que culminou com a criação do mencionado curso [...] (DGEC).

Nesse intuito, as enfermeiras docentes proporcionaram a reatualização do *habitus* dos enfermeiros, sobretudo pela incorporação significativa de capital científico ao cotidiano da prática da assistência. A esse respeito, cumpre recordar

que Bourdieu (2009, p. 23) ressalta: “O habitus científico é um *modus operandi* científico que funciona em um estado prático segundo as normas da ciência sem ter estas normas na sua origem”.

Para o acompanhamento da organização e planejamento das atividades iniciais de criação e funcionamento do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, o Dr. Luis Claudio Chaves, convidou a enfermeira Zandra da Silva e Mota para ocupar o cargo de Chefe da Divisão de Ensino e Pesquisa. Assim, estaria diretamente subordinada ao diretor da Divisão de Ensino e Pesquisa, representada pelo próprio Luiz Cláudio Chaves. Os argumentos utilizados pelo diretor dessa Divisão foram assim relatados:

Para isso, tinha convidado a enfermeira Zandra da Silva e Mota para ser Chefe da Divisão de Ensino, e na ocasião disse-lhe: Zandra da Silva e Mota estão na hora da Enfermagem também ter algo igual a uma residência. Na verdade, eu cogitava com ela sobre um Curso de Especialização, porque residência é uma terminologia específica para a Medicina, neste sentido, reforcei sobre a idéia de fazermos esse Curso de Especialização estilo residência, em que valorizaríamos ainda mais essa experiência, porque segundo o MEC, um curso de especialização precisa ter no mínimo 360 horas, e não informa quanto poderia ser o máximo, e nós fizemos um Curso de Especialização em Enfermagem, chamado Modalidade Residência, com duas mil horas, porque neste curso se valorizava a prática, o aprender fazendo, sem descuidar da teoria, e assim, fomos evidenciando as áreas que possuíam uma estrutura organizacional de enfermagem favorável para fazer a primeira e, por conseguinte, a segunda turma, e posteriormente áreas que o estado necessitava possuir especialistas, como enfermagem em oncologia, CTI, clínica cirúrgica, clínica médica com ênfase em infecção hospitalar, nefrologia, foram algumas das áreas priorizadas, pois eram estruturadas para que pudessemos formar recursos humanos em Enfermagem, e assim foram se desenvolvendo os cursos (DG4).

Em 01 de maio de 1995, a enfermeira Zandra da Silva e Mota passou a exercer a função de chefe da Divisão de Ensino do HOL (PARÁ. Portaria Nº 174/95).

Os primeiros movimentos foram iniciados, sob a liderança da enfermeira Zandra da Silva e Mota e levaram à construção de um programa de residência destinado a um pequeno grupo de enfermeiros assistenciais, que realizavam estágio

voluntario no HOL, que serviu de experiência piloto. Como indicam os seguintes depoimentos, detectaram-se necessidades de ajustes:

[...] criamos a partir da demanda espontânea em 1997, um grupo piloto, organizamos uma grade curricular que viesse atender essa necessidade dos enfermeiros enquanto assistentes, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Esta primeira experiência teve a duração de seis meses, desenvolvíamos o conteúdo teórico concomitantemente com treinamento em serviço [...] (DG1).

Recordo-me que a professora Zandra da Silva e Mota, por trabalhar diretamente com os estágios, há bastante tempo, vinha pensando em como melhorar tanto as condições quanto a proposta dos cursos, e começamos a esboçar algumas idéias a este respeito (DG5).

Abordando tema análogo, Lopes e Baptista (2000, p. 2) ressaltam que, para que se possa pensar no processo ensino-aprendizagem e na sua adequação às exigências do mercado do trabalho, foco central da residência, é necessário, primeiramente, ampliar a abrangência do “olhar”, na tentativa de abarcar o mundo que nos circunda, marcado por mudanças e avanços tecnológicos; pela contradição, competitividade e cientificidade; pelos ágeis processos de comunicação e também pelo valor da ética e da moral. A partir desses fundamentos, é que se poderia buscar a qualificação de enfermeiros capazes de enfrentar os desafios requeridos pelas mudanças e contradições emergentes do cotidiano.

No mesmo sentido, Delors (2006, p. 68) entende que os sistemas educativos precisam responder aos múltiplos desafios das sociedades da informação, tendo como perspectiva o enriquecimento contínuo dos saberes e do exercício de uma cidadania, conforme as exigências contemporâneas.

A experiência de residência de enfermagem com esse grupo piloto permitiu uma avaliação satisfatória, pois o mesmo correspondeu aos objetivos propostos pelas enfermeiras docentes que impulsionaram o referido curso, além de sensibilizar

um grupo de enfermeiras preceptoras em torno dessa experiência. Essa temática também foi abordada nos depoimentos, como se explicita a seguir:

Neste plano piloto, tivemos um sucesso completo, houve uma participação integral, e, com a avaliação do aprendizado realizada pelas alunas enfermeiras envolvidas no programa, juntamente com a Coordenação e Preceptoras das Unidades onde foi realizado o treinamento em serviço, pudemos ter o perfil do que seria a Residência no HOL. Em 1998, começamos a nos organizar e abriu-se o primeiro concurso (DG1).

Esse momento inicial foi um grande acontecimento, um grande encontro e as pessoas que acreditaram possibilitaram o amadurecimento do projeto, [...]. Ainda no início nós fizemos várias reuniões com as enfermeiras que iriam desempenhar a função de preceptoras para uma maior conscientização da importância da Residência e os benefícios que a implantação do Curso poderia trazer para o hospital, possibilitando o crescimento coletivo em vários aspectos, tais como um maior respeito dentro da comunidade científica através da busca pela qualidade de excelência no atendimento aos pacientes e também pela preocupação com a pesquisa e produção acadêmica. Na época, eu ocupava a chefia do Departamento de Enfermagem e tínhamos colegas enfermeiros trabalhando em vários pontos estratégicos do hospital e isso foi muito favorável para a implantação do Curso (DGEC).

Após a experiência pioneira, realizada no primeiro semestre de 1997 e, tendo em vista o êxito da mesma, pôde-se dimensionar com mais segurança o que seria necessário para o desenvolvimento do Curso de Especialização em Enfermagem- Modalidade Residência do HOL. Estabeleceu-se então uma responsabilidade compartilhada entre os grupos e deu-se início à construção do projeto pedagógico do curso. A experiência preliminar foi importante, o que encontra reforço nas considerações de Delors (2006, p. 47) que, ao analisar tema similar, defende que uma das tarefas essenciais da educação é ajudar a transformar a interdependência real em solidariedade desejada. Nesse sentido, deve então preparar cada indivíduo para compreender inicialmente a si mesmo e, posteriormente, ao outro, por meio de melhor conhecimento do mundo.

As enfermeiras envolvidas com a experiência em exame, Zandra da Silva e Mota, Edilma Pinheiro de Oliveira Dias e Regina Coeli Nascimento Souza, perceberam a necessidade de conhecer outras instituições de saúde onde a

Residência já estava consolidada. Para isso, realizaram visitas a alguns estabelecimentos localizados na cidade de São Paulo, tais como: Instituto Dante Pazzanese e INCa, União Social Camiliana, USP e UFRJ, como se verifica a partir dos seguintes excertos de relatos:

[...] fiz uma visita ao Hospital Dante Pazzanese e ao Curso de Enfermagem da USP. A entrevista com as enfermeiras Chefes dos Serviços e Educação Continuada destas Instituições de Serviços contribuiu muito para que eu tivesse um melhor esclarecimento sobre a implantação de um Curso. Elas forneceram materiais referentes aos Cursos. [...], serviu para que pudéssemos ter um meio de organizar o curso, e acreditando na proposta de realizar um Curso de Especialização nos moldes de Residência, já que a residência de enfermagem não era uma realidade. [...] Na construção do desenho curricular dos conteúdos específicos, tentamos entrar em contato com as Sociedades de Enfermagem sem obtermos êxito. Tomamos como referência programas de outros cursos como: INCA, USP, São Camilo, UFRJ e adaptamos segundo nossa realidade regional. Fomos organizando, e à medida que íamos operacionalizando os cursos, íamos fazendo ajustes em termos de carga horária e de conteúdo, de acordo com a necessidade (DG1).

[...], aproveitávamos a experiência de uma Especialização do Hospital Dante Pazzanese e outros e fazíamos a adequação para atender tanto as exigências legais quanto às solicitações acadêmicas (DG5).

[...] para elaboração destes projetos, nós sempre procurávamos outros modelos, procurávamos outras realidades de Residência fora do estado, porque no estado do Pará, tínhamos só uma experiência que foi no Hospital Barros Barreto, alguns anos atrás, mas que também foi interrompida esta experiência. Mas também tivemos outra, com grande suporte teórico, que foi a Residência do Hospital Dante Pazanezze. Acho que foram estas as mais marcantes. Nós também procuramos elaborar o projeto em cima da nossa realidade, da nossa realidade regional, da nossa realidade institucional. Assim é que procurávamos elaborar este projeto (DG3).

[...] naquela ocasião também fomos a um Hospital em São Paulo, porque a professora Zandra sempre foi uma precursora de todo esse processo ela sempre foi lutadora, tudo começou eu acredito por uma presença, por um querer muito forte dela e, nós aproveitamos aquele momento, já que tínhamos uma passagem marcada só para o dia seguinte e, eu e a professora Zandra fomos juntas a um hospital em São Paulo e a professora Zandra querendo ver como é que as coisas funcionavam em São Paulo, sempre com o objetivo, sempre com o intuito de fortalecer à iniciativa do HOL (DG2).

As interações com as instituições de saúde que acumulavam vasta experiência assistencial, de ensino e de pesquisa permitiram que as organizadoras planejassem o Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência com mais fundamento e, portanto, maior segurança.

Bourdieu (2007) traz relevante suporte para melhor compreender a iniciativa das docentes da UEPA, quando buscam em instituições renomadas subsídios para qualificação do curso em tela, pois, para conforme o sociólogo citado, existiria uma defasagem entre o capital cultural, efetivamente possuído, presente na origem de diferenças entre detentores de um capital escolar idêntico, o que permite supor que um mesmo diploma pode corresponder a períodos de escolarização muito desiguais, que o autor designa como de “efeito de conversão desigual do capital cultural escolarmente adquirido”.

Além disso, a seleção de instituições reconhecidas nos campos da educação em enfermagem e da saúde, não desconsidera, ainda que inconscientemente, que a estrutura dos espaços sociais se manifesta em diferentes contextos, sob a forma de oposições espaciais, “espaço habitado ou apropriado”, que funciona como espécie de simbolização espontânea do espaço social. Como acrescenta o autor em comentário, “não há espaço, em uma sociedade hierarquizada, que não seja hierarquizado e que não exprima as hierarquias e as distâncias sociais. Isto acontece de forma mais ou menos deformada e dissimulada pelo efeito de “naturalização” que a inscrição durável das realidades sociais no mundo natural acarreta (BOURDIEU, 1997, p. 159 – 161).

Com essa iniciativa, o curso, as coordenadoras, os docentes e as instituições envolvidas estariam capitalizando parte do lucro simbólico incorporado daquelas instituições selecionadas.

CAPÍTULO II – A UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ COMO CHANCELA PARA EXPANSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA: PESO DO CAPITAL INSTITUCIONAL

2.1- A Construção do Primeiro Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola

Mediante consulta ao Formulário do Projeto Pedagógico do curso, elaborado no segundo semestre de 1997 e enviado à Secretaria de Educação de Ciência Tecnologia e Meio Ambiente (SECTAM), constatamos que o mesmo intitulava-se Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência. A unidade responsável foi a Divisão de Ensino da Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL, sob a coordenação do Chefe da Divisão de Ensino do HOL (UEPA. Formulário Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998).

O referido projeto foi estruturado nos moldes dos Cursos de Especialização da UEPA e seguiu as diretrizes do Conselho Nacional de Educação. O fato de a coordenadora ser também Chefe da Divisão de Ensino do HOL e docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA contribuiu para o acompanhamento da tramitação do Projeto para Residência no âmbito da UEPA, conforme esclareceu em seu depoimento, cujos excertos são expostos a seguir:

Estar nestas funções facilitou muito o processo de criação da Residência, pois conhecendo todo o regimento da UEPA e tendo acesso à legislação e às instâncias da Universidade, juntamente com o apoio e autonomia enquanto chefe da Divisão de Ensino da Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL, e com a importante contribuição e apoio da professora Edilma Pinheiro, também funcionária do HOL e professora da referida universidade, é que podemos criar o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência do HOL (DG1).

[...] o fato das Coordenadoras destes Cursos serem docentes da Universidade UEPA, isto foi um fator muito positivo no desenvolvimento do mesmo, porque quando estamos no exercício da docência tem-se um envolvimento maior, mais compromisso acadêmico [...]. O interesse dos Diretores, o interesse do grupo da Divisão de Ensino. Isso também facilitou, inclusive a Prof^a Zandra da Silva e Mota que era quem Coordenava este trabalho. Ela era chefe da Divisão de Ensino, isto também contribuiu, foi um fator importante para operacionalização destas Residências (DG3).

Assim concebida, tal condição conferia à enfermeira docente, autoridade sobre o grupo, cuja legitimidade era extraída do mesmo grupo sobre o qual a autoridade era exercida, mediante o reconhecimento de sua competência, de sua identidade social, com base em um capital simbólico reconhecido no espaço social.

O interesse dos Diretores do HOL, da chefia da Divisão de Ensino e da Coordenadora do Curso enquanto docente da UEPA e profissional reconhecida tanto na UEPA, quanto no HOL, não tornou menos difícil os desafios a serem enfrentados pelo grupo envolvido com a criação do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência no HOL. Nas palavras da enfermeira Zandra da Silva e Mota, identificam-se algumas dessas dificuldades:

O primeiro curso teve início com a Modalidade Residência em Enfermagem Cirúrgica em 1998. Nestes 4 anos (1998 a 2002) encaminhamos o projeto do referido Curso, em busca de financiamento, para a Secretaria de Estado de Ciência Tecnologia e Meio Ambiente (SECTAM), para o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), e também para a Universidade do Estado do Pará (UEPA). A SECTAM respondeu que o projeto era muito bom, mas que não havia verba para cursos, e sim para pesquisa. O CNPQ também nos respondeu, elogiando o projeto, no entanto, naquele momento, eles estavam financiando o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, por ser o foco no momento. Na UEPA o projeto a princípio, ficou como dissemos, engavetado no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, sem resposta (DG1).

Os entraves aparentemente burocráticos, comumente observados, tanto no âmbito das instituições públicas, quanto das privadas, estão relacionados, em grande parte, com o capital simbólico acumulado pelos agentes envolvidos, e isso define as posições ocupadas pelos diferentes atores sociais no espaço social ou no

campo. Isso se traduz em maior ou menor prestígio ou “reputação”. Para Bourdieu, a reputação se estabelece a partir de um “campo de produção como sistema das relações objetivas entre esses agentes ou instituições e espaço de lutas pelo monopólio do poder de consagração” em que se engendra o valor daquilo que se reivindica, no caso, a criação do Curso de Residência em Enfermagem e a crença em seu valor (BOURDIEU, 2002, p. 25).

Os grupos estão envolvidos numa luta propriamente simbólica para impor determinada definição de mundo social de acordo com seus interesses e no intuito de impor o campo das tomadas de posições ideológicas, reproduzindo, de forma transfigurada, as posições sociais. Essas podem conduzir ao enfrentamento direto, nos conflitos da vida quotidiana, ou à luta travada pelos especialistas da produção simbólica, na qual está em jogo o monopólio da violência simbólica legítima, quando se busca impor instrumentos de conhecimento e de expressão arbitrários (BOURDIEU, 2009, p.11-12).

Cumprir notar que os agentes sociais estão inseridos na estrutura e em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, elas próprias, em grande parte, dessas posições.

Talvez por isso, a luta para criação e implantação do Curso de Residência enfrentou dificuldades administrativas, relacionadas com a tramitação do mesmo no âmbito da UEPA, o que se materializou, por exemplo, mediante obstáculos para obter informações precisas acerca do andamento do mesmo, nas diferentes instâncias da universidade. Nessa linha de interpretação, cabe destacar que relações de comunicação são de modos inseparáveis de relações de poder. É pertinente registrar que uma das muitas envolvidas com o Curso de Especialização

em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência teceu os seguintes e esclarecedores comentários:

[...] Nós encaminhávamos o projeto, e na verdade não sabíamos por onde tramitava, e de tanto falar na reunião de Departamento de Enfermagem Hospitalar, em relação à falta de atenção tanto por parte do campus IV (Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA) e Campus II da UEPA (Centro de Ciências Biológicas e da Saúde), dada a importância do Curso para a Enfermagem, tanto reclamei que acabei incomodando a Coordenadora, que na época era a professora Laura Vidal Nogueira, que realmente se incomodou com meus comentários, então tivemos informação que o projeto estava na casa de um dos Conselheiros [...] (DG1).

Ultrapassando o nível do evidente, é possível que a dificuldade relatada se justifique por motivações de ordem ideológica. A esse respeito, Bourdieu (2009, p. 13), considera que as ideologias devem sua estrutura e funções mais específicas às condições sociais da sua produção e da sua circulação. Conforme o autor mencionado, as ideologias são sempre “duplamente determinadas”; devem suas características mais específicas não só aos interesses das classes ou das frações de classe cujos interesses exprimem, mas também aos interesses específicos daqueles que as produzem e à lógica específica do campo de produção.

A enfermeira indicada parecia reunir importantes atributos, além de acumular capital simbólico importante para sustentar o projeto da Residência de Enfermagem nessa fase inicial, cuja missão, se exitosa, daria visibilidade à própria Chefa da Divisão de Ensino, à enfermagem do Hospital Ophir Loyola e àqueles que ingressassem no referido curso. Portanto, parece que a docente enfermeira nomeada, havia percebido que o princípio da eficácia de todos os atos de consagração não seria outro senão o próprio campo, lugar da energia social acumulada, reproduzido com a ajuda dos agentes e instituições através das lutas pelas quais eles tentam apropriar-se dela (consagração), considerando o que foi adquirido nas lutas e enfrentamentos anteriores (BOURDIEU, 2002).

No final do segundo semestre de 1997, foi divulgado o edital de concurso público, publicado em Diário Oficial do Estado. As inscrições ocorreram no período compreendido entre 01 de dezembro de 1997 e 20 de dezembro de 1997, tendo como requisito mínimo ser enfermeiro, comprovado com apresentação do certificado de conclusão de graduação; currículo vitae devidamente comprovado; formulário de inscrição e taxa de inscrição (PARÁ. Folder de Divulgação da Pós- Graduação – Modalidade Residência, HOL, 1997).

O processo seletivo ocorreu entre 21 e 31 de janeiro de 1998, com a realização de prova escrita, elaborada pelos membros do Conselho de Residência em Enfermagem Cirúrgica (CREnC), com conteúdo de conhecimento gerais em enfermagem, de caráter eliminatório, com nota mínima de 6,0 e peso de 7,0; currículo vitae com peso igual a 2,0, e entrevista com peso igual a 1,0, tendo como critério de desempate a maior nota na prova escrita, seguida da avaliação do currículo vitae (PARÁ. Regulamento do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica -Modalidade Residência, 1998).

Sobre o processo seletivo, os depoentes apresentam as seguintes versões:

[...] o processo seletivo era constituído a saber: de uma prova escrita de conhecimentos gerais em enfermagem; precedida de análise curricular, consubstanciado por uma carta de intenção e entrevista. A oferta de vagas se orientava por uma normativa legal, considerando o número de leitos e ao de preceptores (DG5).

[...] o processo seletivo adotado foi de uma prova escrita, currículo e, por último, a entrevista que averiguava se o candidato tinha realmente intenção e condições de chegar até o final do curso, mesmo sabendo do não reconhecimento pela Universidade. Tudo sempre foi bem esclarecido para o candidato. [...], havia a prova escrita, os candidatos que conseguiam passar eram entrevistados juntamente com a avaliação dos currículos e, nesse processo, criava-se também uma reserva para serem ocupadas caso houvesse desistência de candidatos. O processo acontecia em Dezembro de cada ano (DGEC).

Os candidatos eram inscritos, posteriormente, eles eram submetidos a uma prova escrita. Esta prova escrita era eliminatória, a partir desta prova escrita, quem fosse classificado, passaria para outro momento. Os candidatos eram selecionados através de prova escrita, análise do currículo por meio de uma ficha de avaliação curricular (DG3).

O processo seletivo se deu com a realização de uma prova objetiva no primeiro momento e, posteriormente, foi feita a análise de currículo e nessa análise de currículo foram levados em consideração vários critérios, incluindo os cursos que já havíamos realizados durante a graduação, a nossa experiência de trabalhos científicos, trabalhos apresentados em Congresso, coisas assim que enriquecessem nossa formação acadêmica (DE1).

Esse processo seletivo expõe uma luta científica, o que, para Bourdieu (1997, p. 32-33), é análogo a uma *luta armada entre adversários que possuem armas tão potentes e eficazes quanto o capital científico coletivamente acumulado no e pelo campo científico*. Portanto, aqueles candidatos com maior acúmulo de capital científico estariam mais próximos da obtenção do êxito nesta concorrência. Com isso, conclui-se que a atividade científica implica custo econômico, sobretudo, depende do “*grau em que o campo científico está protegido contra intrusões*”; ou seja, restringe o acesso dos candidatos aos cargos e funções à dependência de maior volume de capital científico coletivamente acumulado.

Desse modo, se destacariam aqueles candidatos com maiores condições sociais e culturais de concorrer ao cargo profissional em disputa, e que, diretamente, os elevaria a uma distinção entre o grupo de profissional postulante ao respectivo cargo.

O folder de divulgação do processo seletivo para o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, no HOL, define os documentos exigidos no ato da inscrição, a saber: diploma de graduação no curso de enfermagem, comprovante de inscrição no COREn – PA; histórico escolar; currículo vitae com os respectivos comprovantes e 2 fotos 3x4 recentes. O período de inscrição foi de 01 a 20 de dezembro de 1997 e o processo seletivo se deu inicialmente com a prova escrita, que ocorreu no dia 07 de janeiro de 1998 e constou dos seguintes conteúdos: Assistência Sistematizada de Enfermagem ao Adulto e Criança nas suas necessidades humanas básicas no pré, trans e pós-operatório das

cirurgias em geral. Seguido da análise de currículo, o que ocorreu no período de 13 a 17 de janeiro de 1998; entrevista, entre os dias 20 a 31 de janeiro daquele ano; e prova escrita na área cirúrgica (PARÁ. Folder de Divulgação da Pós- Graduação – Modalidade Residência. HOL, 1997).

O resultado foi divulgado, no dia 31 de janeiro de 1998 pela Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL, com a lista dos seis enfermeiros selecionados, constando igualmente a observação de que, em caso de desistência nos quatro primeiros meses, seriam chamados os candidatos suplentes por ordem de classificação, seguida da identificação de mais seis candidatos, para eventual desistência de algum dos selecionados (PARÁ. Listagem de Classificação dos enfermeiros selecionados. Divisão de Ensino do HOL, 1998).

A relação dos selecionados também foi publicada no Diário Oficial do Estado do Pará, apenas em 11 de agosto do mesmo ano (PARÁ. Diário Oficial do estado do Pará, 1998).

Em 04 de fevereiro de 1998, foi iniciado o Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica - Modalidade Residência no HOL. A Aula Inaugural aconteceu no Auditório Luiz Geoláz de Moura Carvalho do HOL. Conforme foto abaixo se identifica a composição da mesa solene, constituída pela diretoria do HOL, encontrando-se posicionados, da esquerda para a direita: a Chefa da Divisão de Ensino do HOL, Zandra da Silva e Mota; o Diretor Geral Nilo Alves de Almeida; seguido do Diretor da Diretoria de Ensino e Pesquisa Dr. Luiz Cláudio Chaves e a quarta autoridade é a Diretora Clínica, Maria Graça Borges Jacob.

Foto nº. 2. Aula inaugural dos Cursos de Residência Médica e do Curso de Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência



Fonte: Acervo da Ex-chefe da DEP

O Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica - Modalidade Residência no HOL, destinado ao aperfeiçoamento técnico, científico, ético e humanístico de enfermeiro tinha como finalidade capacitar o profissional para o desempenho de suas atividades assistenciais, administrativas, de ensino e de pesquisa, centrado em uma visão holística, colaborando com a preparação de profissionais para uma assistência de Enfermagem com qualidade, capaz de responder às necessidades da sociedade paraense, na região Norte e no Brasil (PARÁ. Formulário Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998).

O programa do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência tinha como objetivos: Ampliar e aperfeiçoar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e humanísticos do enfermeiro, visando a capacitá-lo para o desenvolvimento de suas atividades assistenciais, administrativas, de ensino e de pesquisa centrada em uma visão holística e na Teoria das

Necessidades Humanas Básicas; Aperfeiçoar a assistência de Enfermagem Cirúrgica prestada à clientela do Hospital Ophir Loyola, através da atuação dos enfermeiros residentes nas diversas áreas, nas instâncias preventivas, curativas e de reabilitação; Oferecer ao mercado de trabalho profissionais especializados na assistência ao indivíduo em Peri operatório de clínica cirúrgica como: oncológicas, neurológicas, uro-nefrológicas, torácica e cardiovascular e outras (PARÁ. Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998).

O regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência definiu que o referido curso ficaria vinculado com o HOL e a UEPA, sendo que ao HOL, através da Divisão de Enfermagem e, no que tange a UEPA, sob os auspícios do Departamento de Enfermagem Hospitalar e, articulados à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, por intermédio da Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL (PARÁ. Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1999).

O programa era desenvolvido em dois anos, com treinamento em serviço, com regime de tempo integral, correspondendo inicialmente a 40 a 48 horas semanais, contemplando carga horária total mínima de 2.800 horas, sob orientação de enfermeiro qualificado (PARÁ. Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998).

O primeiro ano era constituído por um tronco comum de conhecimento e o segundo ano era desenvolvido por um tronco específico, de acordo com a área de concentração, após deliberação pela Comissão de Residência do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica (CREnC). Esta era constituída por um Coordenador do Curso, que tinha a função de presidir a Comissão com prerrogativa

de voto de minerva; por um Sub-Coordenador; um Coordenador de cada área de concentração; um Representante dos coordenadores de disciplina; um Representante dos preceptores; um Representante da educação continuada de enfermagem; dois Representantes dos residentes, sendo um para cada ano (R1 e R2). A referida comissão tinha as competências de: Planejar, coordenar, avaliar e implementar o referido Curso; Aprovar anualmente as propostas dos programas e cronograma do Curso; Deliberar criação de novos cursos; Elaborar critérios para avaliação de desempenho dos enfermeiros residentes; Discutir e propor soluções para qualquer encaminhamento com vínculo ao referido Curso, entre outros (PARÁ. Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998).

Os residentes eram designados por R1 e R2, sujeitos ao regime integral de dedicação exclusiva, sem qualquer vínculo empregatício, subordinados ao Preceptor, Coordenador e Colegiado do Curso. Eles usufruíam de férias, licença saúde, licença maternidade e outros, como também ficavam sujeitos às sanções disciplinares como: Advertência; Repreensão; Desligamento do curso e outros (PARÁ. Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998).

Ao HOL, caberia proporcionar aos residentes: alimentação, biblioteca com acervo atualizado e adequado a cada curso e bolsa de estudo com valores vigentes fixados pelo HOL. Ao final de cada módulo de treinamento em serviço, os residentes eram submetidos ao processo de avaliação, sendo-lhes atribuída nota em uma escala de 0 a 10, admitindo-se nota mínima de 7,0, com obrigatoriedade de 75% de frequência mínima da carga horária das atividades previstas. Em caso de reprovação em até 02 disciplinas, o mesmo poderia repetir a disciplina ou módulo

em período a ser definido pelo Coordenador. Porém, se já houvesse reprovação em mais de duas disciplinas ou módulo, o mesmo era desligado do Curso. Nesse caso, era estabelecido que deveria devolver o valor recebido (bolsa) e, finalmente, a obrigatoriedade da apresentação de monografia, sobre tema compatível com a área de concentração escolhida pelo residente, privilegiando contribuição efetiva à assistência de Enfermagem (PARÁ. Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998).

Cabe destaque no regulamento à obrigatoriedade de desenvolvimento de uma monografia. Essa exigência vai ao encontro do defendido nos cursos de pós-graduação *latu e stricto sensu*, evidentemente com graus de complexidade acadêmica distintos. Nesse passo, é importante destacar que a Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional, aprovada pela Lei Nº 9394 de 20 de dezembro de 1996, define dentre as funções da educação superior, o estímulo ao desenvolvimento da pesquisa científica, com vistas ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia, além da divulgação do conhecimento, produto do investimento na produção científica. (BRASIL. 1996).

Sendo o Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, reconhecido como de pós-graduação, sob a forma de especialização, é coerente que se promova através da monografia o propósito de aperfeiçoamento profissional, integrando os conhecimentos adquiridos numa estrutura sistematizadora do conhecimento de cada geração, ou seja, produção de capital científico, e assim, o residente estaria contribuindo com avanços nos conhecimentos indispensáveis à qualificação profissional, tornando-se um especialista.

Observando-se o quadro de Nº 02, podemos constatar que a composição de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades teórico-prático do referido

Curso já atendia às exigências mínimas recomendadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), através do Conselho Nacional de Residência em Enfermagem (CONARENF), em cujo artigo 7º da Resolução COREn 259/2001, prevê que “os Programas de Residência em Enfermagem devem ser constituídos por um corpo docente e/ou técnico profissional de enfermagem com titulação profissional ou acadêmica reconhecida”. Tal iniciativa visava assegurar a participação de profissionais com elevado capital institucionalizado, capaz de enunciar um discurso autorizado no campo da enfermagem, no que tange à formação de especialistas na área cirúrgica, pois, nesse nível de ensino exige-se conhecimento teórico-prático mais complexo e especializado.

Acerca da complexidade própria ao processo de qualificação dos enfermeiros nos Cursos de Residência, recorremos a Bourdieu (2004, p. 21- 22), quando classifica o campo científico como campo social, portanto, apresentando imposições, solicitações etc., relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve. Com base nessa premissa, supostamente estariam estes enfermeiros capacitados para contribuir com a autonomia do campo científico, ampliando seu poder de refração e de retradução. Para isso, a participação da UEPA, através do Curso de Graduação em Enfermagem, seria de extrema importância.

No quadro de Nº 02, observa-se que a constituição do grupo de docentes da UEPA, responsável pelo desenvolvimento dos conteúdos teórico-prático, considerou a titulação ostentada por esses agentes.

QUADRO Nº 02– CRONOGRAMA DO MÓDULO TEÓRICO-PRÁTICO DESENVOLVIDO:

CRONOGRAMA DE DISCIPLINAS DELIBERADO EM REUNIÃO COLEGIADA.			
DISCIPLINA R. 1	CH	DOCENTES	TÍTULO
1 - Metodologia Acadêmica e Metodologia Científica	50	Elizabeth Teixeira	Doutora
2 - Metodologia da Pesquisa	40	Ana Gracinda Ignácio da Silva	Mestre
3 – Didática	60	Mª de Nazaré Goés	Especialista
4 - Fundamentos Teóricos e Metodológicos	80	Vera Lucia S. Torres	Mestre
5 - Apoio Psicológico ao PAC Cirúrgico	30	Mario Antonio Viera	Especialista
6 - Administração da Assistência Enfermagem Clínica.	100	Lucirene B. Silva	Mestranda
7 - Treinamento Enf. Cirúrgica	1110	Ednéia Mª Borges Maia	Especialista
CH Total Primeiro Ano - R1	1460	-	-
DISCIPLINA - R2	-	-	-
1 – Monografia	60	Zandra da Silva e Mota	Mestre
2 - Informática em Saúde	30	Mª Neves da C. Mússio	Especialista
3 – Bioética	30	Elaine Regina C. Souza	Mestranda
4 - Administração em saúde	60	MªSantana S. Ranieri	Mestre
5 - Previsão e Controle Infecção Cirúrgica	50	Vera Lúcia C. Santos	Mestre
6 - Treinamento em serviço II	1110	Maria Esther Sabbá	Mestranda
Carga Horário R2	1340	-	-
CH Horária Total R1e R2	2800	-	-

Fonte: Formulário Resumido para Apresentação de Proposta do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998.

Como se pode constatar, o corpo docente responsável pelo conteúdo teórico do curso era, em sua grande maioria, detentor de título de mestre portanto, com acúmulo de experiências acadêmicas capaz de reatualizar seus habitus profissionais. Isso retrata também, diretamente, a concentração, ainda que em graus distintos, de capital científico por esse grupo, o que corrobora para obtenção ou ratificação do reconhecimento dos mesmos naquele espaço social, ou seja, a consagração de propriedades de objetivação que se encontram associadas ao

grupo, à medida que ocupam posição determinada na estrutura social (BOURDIEU, 1999).

A seleção dos enfermeiros que participariam da primeira turma do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência do HOL, culminou com a finalização do Projeto Pedagógico, que deveria ser cumprido na formação do grupo de Residentes. Foi encaminhada versão resumida desse Projeto à Diretoria de Ciências e Tecnologia da Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente (SECTAM), com a intenção de que o mesmo fosse apreciado pelo Fundo Estadual de Ciência e Tecnologia (FUNTEC), setor responsável pelos financiamentos da respectiva secretaria (PARÁ. Formulário Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência, 1998).

Embora não tenha sido possível localizar, até o momento, o parecer da Coordenadora de Estudos Técnico – Científicos da SECTAM, acerca do Projeto do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica, o depoimento da Chefa da Divisão de Ensino do HOL e, coordenadora do referido curso, informa que, a despeito dos elogios atribuídos ao projeto, o parecer emitido pela SECTAM foi desfavorável e, portanto, permanecia o Projeto sem apoio financeiro de órgão externo ao Hospital.

Diante desse parecer desfavorável, uma grande dificuldade se impôs à coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, Enfermeira Zandra da Silva e Mota, pois essa situação significava a ausência de financiamento para o referido curso. Assim, uma questão crucial se apresentava: como custear a função inerente ao cargo de coordenadora e a hora-aula dos profissionais da saúde de diferentes instituições, embora com

predominância de docentes da UEPA, envolvidos no Projeto da Residência, como se depreende dos relatos a seguir:

Na condição de coordenadora de disciplina, foi possível fazer um levantamento de professores, inclusive tive a oportunidade de contar com a ajuda de muitos médicos do próprio Hospital para lecionar temas abordados na referida disciplina [...] Houve, também, o envolvimento de professores da Universidade do Estado do Pará e da Universidade Federal do Pará, por meio de convites para lecionar disciplinas. Naquela época, os processos se davam em regime de cooperação e boa vontade, apostando no empenho e no sonho de todos que vislumbravam um Curso que fosse capaz de preparar profissionais mais conscientes com a realidade onde nós atuávamos. Estes profissionais eram movidos por um ideal, pois não havia recebimento de honorários, não havia como serem pagos. Nem o preceptor, nem o coordenador de disciplina e nem o próprio professor que vinha ministrar aula. Tudo era feito com sentimento de doação e contribuição (DP2).

Durante estes quatro anos formamos profissionais especialistas, demos continuidade contando apenas com a boa vontade do Coordenador [no caso era eu], dos professores convidados e com o apoio da Diretoria de Ensino e Pesquisa [do HOL] que garantia a bolsa dos residentes. [...] (DG1).

As bolsas destinadas aos alunos residentes eram asseguradas pelo HOL, como se informou nos depoimentos transcritos a seguir:

Tudo era fomentado pelo Ophir Loyola através dos seus recursos próprios (DG4).

Eles recebiam uma bolsa. No início eles recebiam a quantia de R\$ 500,00 reais. Um tempo depois aumentou para R\$ 1000,00 reais. Eu não tenho conhecimento deste valor hoje. O objetivo da bolsa era de custear os gastos com livros e com xerox. A ajuda com a refeição era mantida também pelo Hospital Ophir Loyola (DP2).

[...]. Nestes 4 anos a única verba disponibilizada foi a bolsa. Toda a equipe pedagógica e demais membros não receberam nenhum tipo de remuneração (DG1).

Assim, é possível constatar que, apesar dos interesses sociais, sanitários, políticos e acadêmicos, a realização dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência enfrentariam muitos desafios para sua implantação.

2.2. Processo de Implantação do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola

Após vinte anos de ditadura militar, Fernando Collor de Mello foi eleito (1990-1992) Presidente da República, em 1989, através das eleições diretas que não ocorriam desde 1960.

Seus atos tiveram como “principais bandeiras a modernização, a liberalização e a estabilização da economia” (GOMES; PANDOLFI; ABERTI, 2002, p.494). No entanto, os fracassos de seu plano econômico aliado às graves denúncias de corrupção fizeram com que Collor fosse destituído do seu cargo, assumindo a presidência o seu vice, Itamar Franco dos Santos.

Ao assumir a Presidência da República em 1992, Itamar Franco “procurou atenuar o programa de abertura e privatização da economia”. Seu governo ganhou maior destaque quando nomeou, em 1994, para Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, à época Ministro das Relações Exteriores. “Fernando Henrique anunciou um novo plano de combate à inflação”, denominado Plano Real, que mudou a moeda do Brasil visando a estabilização da econômica (SANTOS, 2002, p. 414).

Ao final do seu mandato, Itamar Franco procurou transferir todo o prestígio alcançado, em termos econômicos, a Fernando Henrique, foi lançado como candidato à presidência do Brasil nas eleições de 1994.

Em janeiro de 1995, Fernando Henrique assumiu a presidência do país, após vencer a disputa eleitoral com o candidato Luís Inácio Lula da Silva. Seu governo foi marcado pelas alianças conservadoras, pelas privatizações (dentre as quais, as Companhias: Vale do Rio Doce, BANERJ e CEG) e reformas, entre elas a

administrativa, previdenciária e tributária. Em 1998, foi reeleito, permanecendo no poder por oito anos, no período compreendido entre 1995 a 2002 (SANTOS, 2002, p. 415).

Embora a agenda neoliberal já tivesse sido esboçada no governo de José Sarney em meados na década de 80, foi no governo de Fernando Collor de Melo que ela foi plenamente assumida e sistematizada no governo de Fernando Henrique, que procurou “representar os interesses da burguesia internacional, especialmente a financeira” (LEHER, 2003, p. 84 – 85).

A reforma econômica do Estado brasileiro proposta no governo de Fernando Henrique atendeu ao que as agências multilaterais (Bird/Banco Mundial, FMI, BIRD), na cultura (UNESCO) e na política (ONU) demandavam. (SILVA JUNIOR, 2003, p. 57; 60). Segundo o mesmo autor:

[...] as reformas do Estado no estágio do capitalismo mundial tendem para um desmonte do estado intervencionista na economia e nos setores sociais [...], propiciam a expansão do mercado e sua lógica [...], bem como possibilitam a introjeção da racionalidade mercantil na esfera pública (SILVA JUNIOR, 2003, p. 71-72).

Por seu turno, Sobrinho (2003, p. 113) destaca que, “a modernização do estado neoliberal privilegia claramente o mercado” e, quanto à educação, afirma que “as reformas neste setor são praticadas para que as instituições ganhem mais eficiência e se ajustem às novas realidades de mercado”.

Nesse sentido, “a criação do livre mercado educacional, por meio de políticas de Estado, teve como ponto alto a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional pelo Ministério da Educação em 1996” (LEHER, 2003, p. 89). Conforme análise de Cunha (2003, p. 39), o governo, diante de dois projetos de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, optou por apoiar aquele elaborado pelo Senado através de Darcy Ribeiro: uma vez que o texto, “além de menos minucioso,

tinha em seu autor maior receptividade para modificar a versão original a fim de adequar-se às políticas governamentais”.

Nesse contexto, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional foi aprovada (LDB/1996) em 1996; com lacunas importantes que estimularam, dentre outros aspectos a expansão do ensino superior privado. E “tal crescimento fez-se com a benevolência governamental e até mesmo com o benefício do credenciamento acadêmico e do crédito financeiro” (CUNHA, 2003, p.58).

Dentre outros temas, a LDB de 1996, diferentemente da primeira de 1961, tratou com maior destaque da autonomia universitária; assegurou-lhe a “possibilidade de criar e extinguir cursos, assim como de determinar o número de vagas de cada um, elementos importantes para a sintonia das instituições privadas com o mercado” (CUNHA, 2003, p. 41).

No que se refere às universidades públicas, o mesmo autor acrescenta:

[...] estariam sujeitas a um regime jurídico especial, o qual, ao contrário das demais autarquias, permitir-lhes-ia grande flexibilidade na organização do quadro de pessoal docente e administrativo, tanto quanto no emprego de recursos financeiros. Mas, como esse regime jurídico não foi definido, as universidades públicas, especialmente as federais, permaneceram submetidas a uma pletera de regulamentos que cerceiam sobremaneira suas administrações.

De uma maneira geral, o governo de Fernando Henrique (1995-2002) foi caracterizado, no campo da educação, como um “período de movimento expansionista e de reconfiguração do campo universitário, assumindo feições privadas”. Pautou-se segundo a grande diferenciação do sistema de educação superior (massificação deste nível educacional), em contraposição ao modelo da indissociabilidade da tríade ensino, pesquisa e extensão; na intensa expansão de vagas, na grande maioria vinculada à rede privada; no “ajustamento das instituições de ensino superior públicas a uma perspectiva gerencialista, produtivista e

mercantilista [e com reduzido investimento] e na reconfiguração e implementação de um amplo sistema de avaliação”, credenciamento e recredenciamento, com o intuito de produzir um sistema flexível e competitivo (DOURADO; OLIVEIRA; CATANI, 2003, p. 20; 22; 24).

A diversificação do ensino superior refere-se à “oferta de [cinco] diferentes e novos tipos de educação pós-secundária”, são eles: universidades; centros universitários; faculdades integradas; faculdades; institutos superiores ou escolas superiores.

Quanto à expansão do número de vagas na educação superior, merece destaque a criação, em 1999, do Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior (FIES), que se trata de um financiamento temporário aos estudantes, para custeio das mensalidades de um curso de graduação junto às instituições de ensino superior não gratuito; sendo firmado com os estudantes o compromisso de devolver o investimento ao governo, após a conclusão do curso.

Tal programa incrementou a criação de vagas no setor privado e, conseqüentemente, a expansão do ensino de enfermagem neste setor, uma vez que, como parte da adesão ao programa, as instituições participantes são isentas de alguns tributos fiscais.

Como sublinhado, as políticas adotadas, principalmente, na década de 90 privilegiaram o crescimento do setor privado, que passou a concentrar o maior número de estabelecimentos de ensino superior, bem como as vagas e matrículas. Neste sentido, merece destaque a região Sudeste do Brasil, que mais congrega cursos superiores, pelo seu histórico de liderança em termos de desenvolvimento econômico e social.

A despeito desse investimento, não se observaram mudanças significativas na condição social da população brasileira, em especial nas regiões que se caracterizam por menor presença do poder público e, portanto, mais alijadas das políticas sociais.

O estado do Pará, com suas riquezas naturais, minerais e energéticas, tem tudo para se tornar modelo de desenvolvimento fortemente associado ao uso da ciência e tecnologia. No entanto, para que isso ocorra, é preciso investir fortemente na formação de recursos humanos, em particular, na área da saúde (O Liberal, 2010). É nesse sentido que se dá o movimento para implantação de Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, importante instituição assistencial no estado do Pará.

A fase inicial de implantação do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência culmina com a mobilização política junto ao Congresso Nacional, no intuito de regulamentação da residência em Enfermagem.

Em decorrência da morosidade na tramitação e aprovação do PL N° 2.264/96 e da grande pressão exercida pela categoria, com especial empenho dos egressos dos Programas de Residência em Enfermagem no país, o Conselho Federal de Enfermagem constituiu um grupo de representantes dotados de discurso autorizado para elaborar e estabelecer os padrões mínimos que deveriam nortear esses Programas. Tal iniciativa redundou na promulgação da Resolução N°259 de 2001, pelo COFEn, com a finalidade de fornecer a sustentação legal à criação de novos Programas e reconhecer o título de especialista na modalidade residência dos egressos desses programas (LARRUBIA, 2008, p. 10).

Por tratar-se de uma instituição assistencial, sem vínculo administrativo com qualquer Instituição de ensino até aquele momento, a Direção Geral, a Diretoria de

Ensino e Pesquisa e a Chefia da Divisão de Ensino do HOL identificaram a necessidade de articular o Programa de Residência ali desenvolvido com a Universidade do Estado do Pará (UEPA). Sendo ambas as instituições de âmbito estadual, seria possível integrar aspectos assistenciais com os pedagógicos e de pesquisa, ao mesmo tempo em que o custeio do Programa de Residência poderia ser assumido pela UEPA.

Para tanto, o Projeto do Programa de Residência em Enfermagem Cirúrgica- Modalidade Residência teria que ser aprovado em algumas instâncias da Universidade, dentre elas: Departamento de Enfermagem Hospitalar, Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem; Colegiado do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS); Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e, Conselho Universitário (CONSUN). Porém, o Projeto do Programa de Residência, ao dar entrada no Colegiado do CCBS, não prosseguiu com a tramitação regulamentar, pois um de seus conselheiros, responsável pela apreciação do mesmo, tomou a iniciativa de reter o referido Projeto. A esse respeito, vale destacar a fala das depoentes, abaixo transcritas:

[...] Contudo, houve problemas na tramitação desse processo e, assim, em alguns aspectos existiram pendências no processo, o que nos levou a revisá-lo incansavelmente, ademais, todo esse movimento intersetorial no qual tramitou o projeto, deixou-nos um pouco perdidas em relação a sua localização (DG5).

A Residência foi implantada em 1998, sem a parceria de uma instituição de ensino superior. [...]. Somente após alguns anos é que firmamos parceria com a UEPA; porém, há de se fazer uma ressalva, a UEPA não reconheceu as primeiras turmas por alguns empecilhos, e os alunos aceitaram fazer o curso, mesmo sabendo do não reconhecimento legal.[...]. Um tempo depois, conseguimos uma audiência com o Diretor do CCBS e, nessa oportunidade expressamos a nossa intenção de oferecer o curso com o respaldo da UEPA na certificação. O que nos foi permitido após dois ou três anos das primeiras negociações (DGEC).

Em consulta à ata da reunião do Departamento de Enfermagem Hospitalar, ocorrida em agosto de 1998, constatamos que a professora Zandra da Silva e Mota,

solicitou à Chefe do Departamento, na qualidade de presidente da reunião, que se instituisse outra comissão, uma vez que a anterior contava apenas com uma docente, das três que inicialmente a integravam. Tal solicitação foi acatada pelo corpo docente do Departamento, que então aprovou a comissão, que passou a ser constituída por Vivian Lúcia Aslan D'Annibale Cartagene, Ingrid Magali de Souza Pimentel e Marcos Ronaldo Cordeiro de Figueiredo. Atribuiu-se a essa Comissão a responsabilidade de emitir parecer acerca da procedência do documento.

Após identificar que o Projeto do Programa de Residência estava retido com um dos conselheiros do Colegiado do CCBS e, segundo palavras da Chefe da Divisão de Ensino do HOL e Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, o Projeto retomou sua tramitação:

[...], após muita luta, conseguimos que este projeto voltasse a tramitar na UEPA. Houve mudança de Coordenador, mudaram muitas coisas e o projeto começou a tramitar novamente, isso foi em 1998, 1999, 2000, 2001 e só em 2002, com o apoio do professor Silvio Romero Gusmão, pró-reitor de pesquisa à época, é que foi reconhecido. Após este resultado, abrimos os outros cursos (DG1).

Apesar dessas dificuldades, foi divulgado em novembro de 1998, o edital do processo seletivo para a segunda turma do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, estabelecendo que as inscrições deveriam ocorrer no período de 03 de novembro a 03 de dezembro daquele ano, para seis vagas. Inscreveram-se para o processo seletivo 27 enfermeiros (PARÁ. O Diário do Pará, 1998).

As dificuldades para desenvolvimento dos conteúdos teóricos permaneceram, tendo em vista que a única verba que o HOL previa para o Programa de Residência de Enfermagem era para a bolsa dos Enfermeiros Residentes; ou seja, tinha-se que manter as estratégias de convites, sensibilização e

convencimento daqueles que desenvolveriam conteúdo teórico para o grupo de Residentes de Enfermagem, como destacou uma depoente:

[...]. Estas dificuldades contribuíram para que nos mobilizássemos e tomássemos uma atitude, indo à busca de reconhecimento, uma remuneração que garantisse o trabalho destes profissionais, ou o Curso iria desaparecer. Na pior das hipóteses, teríamos que abrir mão do conteúdo teórico, e transformar o curso de Especialização em estágio remunerado, com exploração de mão-de-obra barata, ou seja, os residentes apenas prestariam treinamento em serviço sem ter conteúdo de disciplinas, sem ter o apoio à pesquisa, e era isso que não queríamos que acontecesse, tivemos grande contribuição para o serviço com os resultados das pesquisas (DG1).

O segundo Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, conforme previa o edital, teve seis enfermeiros aprovados.

Embora o regulamento desse curso previsse uma parceria entre esta instituição e a UEPA, através do Departamento de Enfermagem Hospitalar, o Projeto do Programa de Residência somente foi aprovado em reunião ordinária nesse Departamento, em 31 de outubro de 2000, após apresentação da proposta do programa e, em seguida, encaminhado para apreciação nas demais câmaras deliberativas da UEPA.

As instâncias acadêmicas na UEPA, por onde o Programa de Residência teria que ser apreciado e aprovado, eram espaços duplamente desfavoráveis à regularização da parceria entre as instituições, Hospital Ophir Loyola e Universidade do Estado do Pará, pois constituíam territórios dominados por homens e médicos. Nesse cenário, não parece implausível que alguns desses atores sociais tivessem resistência quanto ao risco de oficializar uma concorrência entre a Residência Médica e o que se apresentava como Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, experiência nova no âmbito da universidade e, portanto, classificada como audaciosa.

À época, a Pró- Reitora de Gestão de Planejamento, Laura Vidal Nogueira, também docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA, teve oportunidade de conviver com as dificuldades para aprovação do Programa de Residência de Enfermagem na universidade. A esse respeito, apresentou os seguintes esclarecimentos:

A situação que eu coloquei de se ter nos espaços de deliberação da Universidade outros profissionais, essencialmente profissionais médicos que não entendiam que a Enfermagem também poderia ter uma Residência [...] Você imagina ter nos órgãos colegiados vários médicos assentados, não se conseguia que eles votassem facilmente pela aprovação. Não foi fácil, não era fácil, principalmente os primeiros, existiram muitos retornos, aí o tempo foi passando. Eu me recordo de um processo que tramitou mais de um ano para ser aprovado [...] Nós costumávamos ouvir “este curso não existe”, vocês estão é inventando moda, não existe Residência em Enfermagem, existe Residência Médica, não existe Residência em Enfermagem, mas mesmo com todo esse cenário, nós seguíamos toda a tramitação e nos espaços em nós sempre tínhamos fazíamos nossa defesa, explicávamos as pessoas que era um projeto de Especialização nos moldes de Residência. Nos moldes de Residência porque tinha uma carga horária exaustiva, uma carga horária compatível com a Residência, então, foi um pouco assim que as coisas caminharam dentro da Universidade (DG2).

Outra depoente também fez referência aos obstáculos comentados pela Pró-Reitora, como se pode inferir do que transcrevemos a seguir:

[...]. Acredito que a política interna daquela Instituição (UEPA) não estava muito favorável a colaborar com a criação desse Curso de Especialização. [...], existia uma barreira política interna que impossibilitava essa certificação [assinatura do convênio] (DGEC).

Ao considerar o conteúdo dos depoimentos acima, é possível encaminhar a análise para a temática da condição feminina nas relações de gênero, como formas particulares de relações de poder. Não se pode esquecer que a enfermagem moderna é historicamente constituída por mulheres e se insere em campos cujos concorrentes são principalmente do sexo masculino, como: os médicos, os professores, entre outras carreiras.

Com essa configuração, a enfermagem sofreu, sobremaneira, os reflexos da construção histórica de um mundo organizado pela e para a dominação masculina. Como ressaltou Bourdieu (2003, p. 55-62), ambos se encontram inseridos num contexto de *economia das trocas simbólicas*, que confere ao homem o privilégio de sujeito e à mulher a condição de objeto, a ser negociado em favor do primeiro.

É, portanto, plausível compreender os enfrentamentos dessas enfermeiras que, apesar de docentes na mesma universidade, eram concebidas pelo grupo dominante daquele campo, fundamentalmente constituído por docentes médicos, como aqueles a quem se atribuía as atividades propriamente intelectuais e às mulheres, as funções sociais subalternas, negando-se-lhes as oportunidades de preparo acadêmico para desenvolver procedimentos mais complexos. Nesse processo, produzia-se socialmente a incapacidade de representar qualquer ameaça às posições historicamente hegemônicas no ambiente de trabalho.

Dessa forma, construía-se a diferença social entre homens e mulheres, tomando como referência a diferença biológica entre os dois grupos. Como elucidou Bourdieu, a força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificação: a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem necessidade de se enunciar em discursos que visem legitimá-la. Nesse processo, a ordem social funciona como imensa máquina simbólica que ratifica e atualiza a dominação masculina sobre a qual se alicerça: é a divisão social dos papéis; é a estrutura do espaço; é a estrutura do tempo (BOURDIEU, 2003, p.18).

Outro aspecto que muito contribuiu para retardar a tramitação do Programa de Residência foi a dinâmica adotada para apreciação e aprovação dos pontos de pauta encaminhados para as diferentes câmaras deliberativas da universidade, pois, dependendo da força de interesse em questão, um detalhe pode fazer com que o

documento, objeto de análise, fosse devolvido, exigindo que retrocedesse o processo a uma instância inicial, o que pode ser, facilmente, adotado como estratégia de obstrução, na avaliação de propostas que contrariem determinados interesses. Esse processo é ratificado pelo depoimento a seguir:

Em todos estes espaços, esse processo é analisado por um relator, ele entra numa pauta, é julgado neste ponto; logo, leva muito tempo para isso, além do que, a forma como se faz a gestão, e aí eu tenho as minhas críticas também, acabam levando à esta demora, acabam levando a este trâmite arrastado, exaustivo, porque muitas vezes por uma frase, um parágrafo não tão bem colocado, em vez de se chamar uma pessoa para conversar e ajeitar o que está errado e poder dar sustentação, não, se volta, e é protocolo até chegar na origem de novo (DG2).

A despeito de tantas dificuldades para se conseguir aprovação do Projeto de Programa de Residência no âmbito da UEPA e firmar parceria entre a universidade e o HOL, tal medida era indispensável.

Com base nas recomendações do I Seminário sobre Residência de Enfermagem, realizado em 1978, organizado pela Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem – seção Rio de Janeiro, a “Residência de Enfermagem” seria considerada como ensino de pós-graduação, em nível de especialização, enquanto persistisse a vigência do parecer 163/ 72 do Conselho Federal de Educação.

Ademais, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 20 de dezembro de 1996, em seu artigo 45 determinava que a educação superior seria ministrada em instituições de ensino superior, públicas ou privadas, com variados graus de abrangência ou especialização. Para desenvolvimento regulamentar da Residência de Enfermagem no Hospital Ophir Loyola, fazia-se necessário oficializar um convênio entre as instituições envolvidas (Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional, aprovada pela Lei Nº 9394 de 20 de dezembro de 1996).

Ainda, tratando da Residência de Enfermagem, enquanto curso de especialização, portanto *Lato Sensu*, teve-se a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Educação, de 03 de abril de 2001, que estabelece as normas para o funcionamento de Cursos *Lato Sensu*, com duração mínima de 360 horas, podendo ser ofertada por instituição de ensino superior ou por instituições credenciadas para esse nível educacional. A inscrição nos referidos cursos requer o diploma de curso superior, exigindo-se, nos cursos presenciais, frequência de 75%, entre outros requisitos (BRASIL. Resolução Nº 1 do CNE/CES, 2001).

No mesmo ano, o Conselho Federal de Enfermagem promulgou a Resolução de Nº 259/2001, que estabelece os padrões mínimos para o registro de Enfermeiro Especialista na Modalidade Residência em Enfermagem, aos profissionais enfermeiros, inscritos no COREn, egressos de Programas de Residência em Enfermagem, desde que atendessem aos padrões mínimos estabelecidos nessa Resolução.

De acordo com a mencionada Resolução, os Programas de Residência em Enfermagem, poderiam ser oferecidos por instituições de ensino superior (IES) de Enfermagem ou instituições de saúde, pública ou privada, não vinculada a IES mediante convênio com estabelecimento de Ensino Superior (LARRUBIA, 2008, p.21).

Cabe destacar algumas diferenças fundamentais entre os cursos de especialização em enfermagem em geral e aqueles desenvolvidos na modalidade de residência. Para os últimos, exige-se carga horária total de aproximadamente 3.000 horas, grande parte desta destinada às atividades práticas e, por isso mesmo, orientada para desenvolver as competências técnico-científicas e ética, decorrentes do treinamento em serviço. Além disso, na vigência da Residência, o enfermeiro

recebe auxílio financeiro, enquanto, que na outra condição, o profissional precisa arcar com os custos das mensalidades dos cursos.

Enquanto não se conseguiu estabelecer o convênio entre a UEPA e o HOL, se agravaram as dificuldades para a manutenção do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica - Modalidade Residência. Tal situação é ilustrada no depoimento a seguir:

[...] havia um cansaço muito grande, depois do 4º ano, tornou-se ainda mais difícil conseguir professores colaboradores, pois a euforia do primeiro ano havia passado. Desta forma, era cada vez mais difícil mantê-los comprometidos em nome de um ideal, considerando que nos cursos de Especialização auto-sustentáveis oferecidos pela UEPA, as aulas eram remuneradas. Muitas vezes, também tive que substituir professores que se comprometiam em colaborar, mas quando chegava na hora, por algum motivo, justificado ou não, não compareciam e para que os alunos não ficassem sem a disciplina, tinha que me desdobrar para conduzir as disciplinas, algumas vezes contando com ajuda de outras colegas do Hospital (DG1).

Mesmo considerando a luta do grupo de profissionais envolvidos diretamente na manutenção da Residência de Enfermagem, o mesmo contava em 2001, com quatro turmas, totalizando 22 concluintes. No entanto, nesse período de agravamento da crise, percebemos um aumento na quantidade de enfermeiros residentes que interromperam o curso, enquanto, nos anos anteriores, não se verificou mais de uma desistência por ano; em 2001, esse quantitativo chegou a seis Residentes (03 abandonaram e 03 cancelaram) (PARÁ. Controle dos Residentes de Enfermagem, 1998 a 2007, p. 01 e 02).

Os certificados de conclusão dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica - Modalidade Residência compreendidas entre os anos de 1998 a 2001 foram expedidos pelo próprio HOL. Apesar de não se tratar de instituição de ensino e ainda não contar com um convênio entre o mesmo e a UEPA, tal documento

agregava um reconhecimento social (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008).

O diploma traduz representação de valor àquele que o conquista. Nesse sentido, é muito esclarecedora a análise de Bourdieu (2006, p. 75 – 79) quando refere que “*o capital cultural institucionalizado é representado sob a forma de títulos e diplomas*”. Em outras palavras, mais que exigência legal, o capital institucionalizado representa a legalização do habitus profissional de seu portador e constitui arma de elevado valor simbólico, na luta por melhor posição no campo.

Assim, podemos concluir que a realização de um convênio com a UEPA, agregaria ainda mais valor a este capital cultural institucionalizado, uma vez que a emissão do diploma seria responsabilidade desta instituição. Nesse caso, a valorização social do espaço físico da universidade também encontra suporte teórico em Bourdieu (2007, p. 161), quando afirma que: “*o consumo mais ou menos ostentatório do espaço é uma das formas por excelência de ostentação do poder*”. Este importante sociólogo (2007, p. 163) acrescenta que, por ser o espaço social inscrito, ao mesmo tempo, nas estruturas espaciais e nas estruturas mentais, caracteriza-se como um dos lugares onde “*o poder se afirma e se exerce*”, sob a forma mais sutil da violência simbólica, pois se dá de forma desapercibida.

Cabe ainda pontuar que as estruturas do espaço físico constituem mediações através das quais as estruturas sociais se convertem em estruturas mentais, pois, por meio de suas injunções silenciosas, dirigem-se diretamente para o corpo, conseguindo dele a reverência e o respeito próprio do distanciamento, enquanto componentes mais importantes da simbólica do poder e dos efeitos reais do poder simbólico (BOURDIEU, 2007, p.163).

Apesar dos obstáculos relatados, o Curso de Residência foi criado no HOL, o que equivale dizer que, naquele momento, não contava ainda com a aprovação e, portanto, com o apoio institucional da UEPA. Para que isso acontecesse, foi fundamental o empenho do então diretor da Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL Dr. Luiz Cláudio Chaves que, além ser médico do HOL, exercia a função de docente na UEPA, a quem coube liderar as articulações necessárias no sentido de obter apoio para criação do referido curso. Os motivos apresentados para esse empreendimento, ainda sem a aprovação da UEPA, nem apoio de qualquer órgão de fomento podem ser observados no trecho do depoimento a seguir:

[...] se fez necessário, convencer um gestor de hospital, totalmente assistencial, de que ele tinha que investir um valor de recursos importantes para a capacitação da especialização médica e especialização de enfermagem, e isso é um grande mérito do doutor Arnaldo Gama da Rocha e, sobretudo, do doutor Nilo Alves de Almeida. O doutor Arnaldo Gama pelo fato de ser um professor da universidade, e do doutor Nilo Almeida, que apesar de não ter tido nunca uma experiência universitária [acadêmica], teve a sensibilidade e a compreensão que levou a apoiar sobremaneira, a idéia de criarmos as residências, inclusive, solicitou-me na época os orçamentos para serem apresentados ao governador. Enfim, ele foi muito útil nesse processo, pois compreendia a importância de termos recursos humanos dessa natureza formados aqui na região, além de se constituir em uma excelente estratégia para atender as demandas de nossa população, resolveriam os transtornos que o residente tem ao sair do estado, deixando sua família e tendo que se adaptar à realidade da bolsa de estudos, isso quando ele pode contar com esta, por isso levamos com muito afinco este projeto (DG4).

A possibilidade de converter capital social em capital simbólico e, com isso, assegurar melhor participação nos jogos sociais fez com que as enfermeiras docentes percebessem a necessidade de estabelecer alianças para que o desejado Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência continuasse a tramitar na UEPA. Assim, seria possível reduzir o impacto desfavorável das relações de força vigente, uma vez que a imposição de poder simbólico, um poder subordinado, sob forma transformada (irreconhecível, transfigurada e legitimada)

das outras formas de poder, traduzia-se em efeitos reais sem dispêndio aparente de energia (BOURDIEU, 2009, p.15).

Além disso, entre as diversas peculiaridades da universidade, como a de preparar numerosos jovens para a pesquisa ou para o emprego qualificado, deve continuar sendo capaz de manter a sede do saber dos que, cada vez em maior número, encontram na sua própria curiosidade de espírito o meio de dar sentido a vida. As universidades funcionam, por suas particularidades, como locais de privilegiados para desempenhar essas funções. (DELORS, 2006, p. 144).

Apenas em 2002, na vigência do quinto ano do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, o Programa conquistou avanços para a formalização de um convênio com a UEPA. Nessa ocasião, os conselheiros do Conselho Universitário (CONSUN) da UEPA, ao analisarem o Projeto, decidiram condicionar sua aprovação ao envio de uma declaração pelo então diretor geral do HOL, Nilo Alves de Almeida, comprometendo-se com os custos orçamentários do Projeto (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008).

A exigência imposta pelos conselheiros do CONSUN também foi registrada no seguinte trecho da depoente:

[...] Quando o projeto da residência foi avaliado pela UEPA, esta solicitou ao Diretor do HOL uma declaração de responsabilidade pela execução financeira do projeto [...] (DG1).

Em função da exigência junto a UEPA, o diretor geral Nilo Alves de Almeida solicitou à Diretoria de Ensino e Pesquisa do Hospital que providenciasse uma revisão no orçamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência planejado para o ano de 2002. Com esse documento revisado, o diretor geral encaminhou à Secretaria Especial de Estado de Proteção

Social para avaliação (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008).

A referida revisão coube à chefe da Divisão de Ensino do HOL, enfermeira Zandra da Silva e Mota, pois o diretor da Diretoria de Ensino e Pesquisa, à qual a Divisão de Ensino estava subordinada, encontrava-se em férias. Depois de concluído o projeto e o plano orçamentário, ambos foram encaminhados à Secretaria de Ação e Proteção Social – SETPS. Com a aprovação por esta Secretaria, conseguiram-se os recursos financeiros para a operacionalização do referido curso (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008, p.02).

Diante desse avanço, o diretor encaminhou o projeto com a declaração de responsabilidade exigida pela UEPA, sendo o Projeto aprovado em 10 de abril de 2002, pela mais elevada instância acadêmica da universidade, através da Resolução 683/02 (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008, p. 02).

O depoimento a seguir corrobora com os registros do relatório supracitado:

[...] Na ocasião, fiz os reajustes financeiros, tendo como parâmetro os valores de hora-aula (especialista, mestre, e doutor) da UEPA, assim como a remuneração do Coordenador. Incluímos no orçamento da Divisão todos os Coordenadores das Residências Médicas. Tal projeto, assim como o Plano orçamentário, foi encaminhado para a Secretária de Ação e Proteção Social – SETEP, após aprovação desta Secretária o Sr. Diretor encaminhou o projeto com a declaração de responsabilidade exigida pela UEPA (DG1).

O convênio estabelecido com base na Resolução N° 683/02 do CONSUN/UEPA definia as responsabilidades de cada uma das instituições. Nesse sentido, ficou definido que a Universidade ficaria incumbida do apoio pedagógico, que incluía o registro dos alunos, a emissão dos certificados de conclusão dos cursos, participação no desenvolvimento de conteúdos teóricos e da monografia,

coordenação do curso implantado e dos que viessem a ser criados. Ao Hospital caberia disponibilizar o recurso financeiro previsto na planilha orçamentária do Projeto de Residência de Enfermagem, destinado às bolsas dos mesmos, alimentação dos residentes, disponibilizar ambiente equipado com computadores e acesso à rede virtual e biblioteca com acervo bibliográfico atualizado.

A esse respeito, as depoentes teceram os seguintes comentários:

Após aprovação, a UEPA ficou com a responsabilidade do apoio pedagógico nas várias instâncias na Universidade [...] Frente a esta realidade havia necessidade de fazer convênio com a UEPA, pois esta já trabalhava em parceria, responsabilizando-se pela assessoria pedagógica, pois todas as coordenadoras dos cursos eram professoras da UEPA e funcionárias do Hospital (DG1).

[...] com o auxílio do Departamento jurídico asseguram-se as competências de cada Instituição em relação ao Curso, o que contribuiu fortemente para a efetivação de um acordo entre ambas, a princípio através de uma Resolução número 683/02. [...] Ficando a Universidade com a incumbência da certificação e o HOL dentre as demais obrigações, o fomento de todos os custos acerca do Curso [...] (DG5).

Foi necessário o convênio para a certificação, porque já éramos um Hospital relacionado com o ensino, nós tínhamos um convênio firmado com a UEPA (DG4).

Para dispor do apoio financeiro obtido com a aprovação do projeto da Residência de Enfermagem pela SETEP, a Divisão de Ensino do HOL elaborou e encaminhou ao Setor de Planejamento do hospital, um plano trienal de custeio, com vistas ao pagamento dos coordenadores e professores envolvidos no projeto.

Porém, quando os membros do Setor de Planejamento analisaram a situação, se depararam com uma questão que precisaria ser resolvida, qual seja, havia uma verba para custeio de atividades de ensino, liberada para uma instituição de assistência à saúde, o que, para os membros do Setor de Planejamento do hospital representava impedimento jurídico na aplicação da verba no HOL, em função de sua natureza (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em

Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008). Isso fez com que o recurso ficasse retido na SETPS.

O depoimento da chefe da Divisão de Ensino do HOL e docente do Curso de Enfermagem da UEPA, enfermeira Zandra Mota, ilustra essa preocupação:

[...], agora com a verba garantida pelo governo surgiu um impasse: como seria feito o pagamento aos professores e coordenadores, se o HOL não dispunha de rubrica para tal finalidade [...] (DG1).

Consustanciou-se então mais um impasse: como se efetivaria o pagamento dos professores e coordenadores, uma vez que o HOL não dispunha de rubrica para despesas com a educação? Contudo, foi assegurada a continuidade do curso em andamento, enquanto se buscava nova estratégia.

Em 01 de fevereiro de 2002, teve início o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, conveniado a uma instituição de ensino superior, aprovado em 10 de abril de 2002, segundo resolução nº 683/02 CONSUN/UEPA, conforme previa o art. 3º da Resolução do COFEn Nº 259/2001. A sessão solene contou com uma Aula Inaugural, proferida pelo Diretor da Divisão de Ensino e Pesquisa do Hospital, Luiz Cláudio Chaves, com a presença dos Residentes de Enfermagem e de Medicina, das autoridades acadêmicas da UEPA e do Corpo Clínico do HOL (UEPA. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, 2008, p. 02).

Ao analisar o investimento institucional nessa Sessão Solene, podemos entender que todas as autoridades presentes, tanto do hospital, como da universidade e os residentes capitalizaram lucros simbólicos decorrentes da mesma. Bourdieu (1996, p. 159-161), ao tratar da economia dos bens simbólicos, sugere que todos capitalizaram lucros equivalentes. Isso ocorre através da repercussão acerca das posições ali representadas e/ ou do discurso autorizado ali difundido.

Acerca do ritual da sessão solene, é preciso entender que este só é socialmente válido e, por isso mesmo, eficiente, quando encontra seu fundamento na crença do grupo, fisicamente presente (Bourdieu, 1998). Além disso, o grupo precisa possuir disposições socialmente moldadas para reconhecer a importância do ritual, cuja eficácia varia segundo o grau de preparo dos destinatários, mais ou menos dispostos ou capazes para acolhê-lo.

Agrega-se a essas presenças, a “força ilocucionária” (Bourdieu, 1998, p. 105) dos discursos performáticos, os quais contribuem para atribuir crédito simbólico ao porta-voz autorizado a falar em nome do grupo.

Para Bourdieu (1996, p. 159- 161), essa relação é recíproca e se sustenta na retribuição, ou “toma lá, da cá”, o que exige um intervalo temporal que permita que ambos possam capitalizar os lucros simbólicos, cada qual a seu favor. Para isso, é importante que se tenha “a hipótese de que quem dá e quem recebe colaboram, sem sabê-lo, com um trabalho de dissimulação que visa negar a verdade de troca”.

Ademais, a Sessão Solene de abertura dos Cursos de Residências Médica e de Enfermagem foi cercada de condutas que integram um sistema de sinalização com a finalidade de transmitir as informações desejadas em função da existência de um código de comunicação cultural definido. Como tal, é eficaz por si mesmo através das convenções culturais dos atores ali envolvidos, ou que tendam a evocar poderes ocultos (SEGALLEN, 2002, p. 99), que se expressa, por exemplo, nas provas de respeito, que consistem em Senhor, Coordenador, Presidente, Doutor, etc. Essas expressões ditas por outras autoridades têm o valor de testemunho de reconhecimento com referência à pessoa particular à qual tais expressões se aplicam, mas também conferem reconhecimento à instituição que a instituiu.

Os enfermeiros do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência foram submetidos às atividades pedagógicas teórico-prático com desenho curricular que incluía onze disciplinas em áreas temáticas, perfazendo um total de 590 horas aula teórica e 2.930 horas de treinamento em serviço, contemplando um total geral de 3.520 horas em escala de rodízio, sendo que, no 1º ano, as atividades teóricas eram constituídas pelas disciplinas: Metodologia Acadêmica e Científica, Metodologia da Pesquisa, Didática, Fundamentos Teóricos e Metodológicos.

As atividades práticas eram realizadas nas Clínicas Cirúrgicas em Geral, visando ao conhecimento da assistência/gerência de Enfermagem, de forma global. No segundo ano, o residente optava por uma área de concentração, na qual desenvolvia sua monografia de conclusão de Curso.

Ainda em 2002, o então governador do estado do Pará, Almir José de Oliveira Gabriel, projetou a criação de hospitais regionais durante seu governo e solicitou ao Hospital Ophir Loyola um investimento na formação de especialistas para as áreas médicas e de enfermagem, de modo a suprir parte desta necessidade. O depoimento abaixo reforça o que foi exposto:

[...]. O governador Almir Gabriel em seu plano de governo projetou a construção dos Hospitais Regionais, [...], e solicitou ao Hospital, preparo de especialistas, tanto na área médica, como de enfermagem, para suprir a necessidade dos hospitais de base, que estavam sendo construídos. [...], sendo, um em Marabá, um em Santarém, um em Altamira e um em Ananindeua, que é o Hospital Metropolitano. Tivemos todo o apoio do Governo do Estado. No governo Almir Gabriel, nunca faltou verba para formar pessoas, não só através da Residência, como através dos Cursos de Especialização ofertados em outras Instituições. No HOL, todos os profissionais de Enfermagem tiveram oportunidade de cursar a Especialização com apoio financeiro do Hospital Ophir Loyola. Todos os enfermeiros do hospital tinham um ou mais cursos de Especialização, e muitos deles foram custeados pelo HOL. Temos vários dos nossos ex-residentes trabalhando no Hospital Metropolitano (DG1). Nós vivenciamos o governo do PSDB, no estado do Pará e foi possível, naquela época, a criação e o gerenciamento de um programa estadual de controle de infecção. Medidas como estas puderam ser tomadas e administradas com apoio e incentivo do Governo da época. Então foi quem realmente possibilitou e concedeu incentivo, fomentou a capacitação e o

aperfeiçoamento à qualificação dos profissionais da área da saúde, não só enfermeiros, mas de todos os profissionais da área de saúde e, em função disso, pudemos capacitar profissionais na área de Enfermagem em todo o estado do Pará, tanto na saúde pública quanto na área hospitalar, pelo fato da pouca mão de obra especializada à época.[...]. As ações governamentais da época foram realmente decisivas. As pessoas envolvidas eram principalmente o Dr. Almir Gabriel e do Dr. Jatene. Foram os dois governos do PSDB que realmente se esforçaram. Eu vivenciei um programa de capacitação em nível das regionais. [...]Eu penso que, na minha cabeça, foi o apoio eficaz desta administração que realmente contribuiu e possibilitou que pudéssemos implantar estes cursos de capacitação, na Modalidade Residência (DG3).

É importante destacar que, em janeiro de 2003, Simão Robson Oliveira Jatene, também do PSDB, sucessor de Almir José de Oliveira Gabriel, assumiu o governo do estado do Pará, destacando, entre suas metas, o compromisso com uma agenda mínima de governo que contemplava a Educação, Trabalho e Saúde, propondo a criação de novas escolas profissionalizantes; de hospitais regionais; além de firmar convênio com a UEPA, no valor de R\$ 5.2 milhões para capacitação e especialização de 2.801 profissionais de nível superior e médio no município de Belém, Santarém, Tucuruí, Redenção, Capanema, Conceição do Araguaia, Salinópolis, Marabá e Cametá. Metas estas, algumas iniciadas no governo anterior (PARÁ. Informativo, SEFA. Abril 2005, p. 03).

Em relação à agenda mínima do referido governador, no que tange ao convênio com a UEPA, foi destinado significativo volume de recursos financeiros para capacitação profissional e especialização na área da saúde, ficando, no entanto, na dependência de que as instituições de saúde encaminhassem suas demandas para qualificação, conforme se observa no depoimento, a seguir:

Foi exatamente o momento em que surgiu a agenda mínima já no governo Simão Jatene. Então, a Universidade, em 2003, foi convidada pela Secretaria Especial de Governo para juntar-se às demandas enviadas pelos hospitais. Foram chamados o Hospital Ophir Loyola, a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital de Clínicas, o Hospital João de Barros Barreto e o Betina Ferro, para ficarem responsáveis por apresentar [...] os recursos humanos para atuar no grande projeto de governo que era a construção de cinco hospitais regionais e o órgão gestor seria a SESP (DG6).

2.3. Expansão dos Cursos de Especialização – Modalidade Residência no HOL

Algumas doenças transmissíveis na Amazônia brasileira são endêmicas; porém, a precariedade no sistema de saúde pública e a condição social de grande parte da população que vive nessa região fazem com que haja períodos de recrudescimento da incidência dessas doenças. Nesse sentido, ações como estímulo ao diagnóstico precoce e tratamento imediato pela rede SUS levaram a uma diminuição para 408 mil casos de malária em 2003; porém, essa redução não se mostrou sustentável, pois, voltou a ocorrer um crescimento para 464 mil casos em 2004 e 593 mil em 2005, com 11. 618 internações e 93 óbitos (BRASIL, MS, 2006).

Considerando esse dado de realidade, cabe registrar que, no período, a rede de diagnóstico na região foi ampliada em 146%, com melhoras significativas na informação, ao mesmo tempo em que houve um processo de qualificação e descentralização das ações e serviços (BRASIL, MS, 2006).

Esse aumento de casos de malária e de outras doenças deveu-se, sobretudo, à intensa e desordenada ocupação das periferias de cidades, determinada por distorções na exploração de recursos, como: desmatamento para extração de madeiras, criação de gado, agricultura e assentamentos não oficiais, dentre outros (BRASIL. MS, 2006).

A realidade social e sanitária na região norte do país também foi objeto de preocupação do governo brasileiro: em 2004, início do segundo mandato do presidente Luis Inácio Lula da Silva, o plano plurianual de governo previu a adoção de estratégias de desenvolvimento regional, com vistas à diminuição de desigualdades, à equalização de oportunidades e à correção de iniquidades entre as

regiões que compõem o Brasil. O governo manifestava naquele momento o propósito de tomar para si o desafio de desenvolvimento regional como eixo político-estratégico do plano de ação e a Amazônia Legal, dadas as suas especificidades, se apresentava como prioridade (BRASIL, 2004, p.16).

Com vistas à construção de políticas de saúde para a região, o presidente Lula reuniu, em 09 de maio de 2003, em Rio Branco – estado do Acre, os governadores dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia e Roraima; as ministras do Meio Ambiente e de Minas e Energia; os ministros da Integração Nacional, do Planejamento, do Desenvolvimento Agrário, da Educação, da Saúde, da Justiça; e a Secretária Especial da Presidência, para se iniciar o processo de planejamento do desenvolvimento regional (BRASIL, 2004, p.16).

Na ocasião, foi aprovado o documento Amazônia Sustentável e assinado um Termo de Cooperação entre o presidente e os governadores, composto de cinco eixos: Produção sustentável com tecnologia avançada; Novo padrão de financiamento; Gestão ambiental e ordenamento territorial; Infra-estrutura para o desenvolvimento; Inclusão social e cidadania, no qual era tratada a saúde. Sob os auspícios da Secretária-Executiva do Ministério da Saúde, realizou-se um plano de ações de saúde, cuja articulação interna no MS, e, deste com as instituições, instâncias de gestão da área da saúde, movimentos sociais, organizações não-estatais e outros órgãos do governo federal (BRASIL, 2004, p. 18).

Paralelamente, no estado do Pará, a disposição política do então governador, cuja agenda mínima de governo, além de contemplar a qualificação na área da saúde, em especial a área de enfermagem, incluindo-se o nível médio e superior, também previa a criação de mais 05 hospitais regionais. Tal iniciativa expõe a necessidade de pessoal especializado para ocupar os setores de alta

complexidade, próprios do sistema hospitalar. Essa conjuntura também favoreceu a ampliação dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência.

Em 17 de novembro de 2003, foi publicado no Diário Oficial do Estado o Edital de Nº 1, o qual previa inscrições para os Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, sendo em Clínica Médica; Clínica Oncológica e em Centro de Terapia Intensiva. A divulgação para o processo seletivo foi feita com cartazes distribuídos nos cursos de graduação em Enfermagem, Hospitais de Ensino e da rede pública e privada do estado do Pará (UEPA. Relatório do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica - Modalidade Residência, 2008, p.03).

Os candidatos foram submetidos ao processo seletivo, que constou de uma prova objetiva de caráter eliminatório, abrangendo conhecimentos gerais de Enfermagem em nível de Graduação, com peso 9,0 (nove) e análise de Currículo Vitae, entrevista com peso 01(um) (UEPA. Relatório do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica - Modalidade Residência, 2008).

Os enfermeiros selecionados iniciaram o curso em 02 de fevereiro de 2004, com a Aula Inaugural, em uma sessão conjunta com os candidatos selecionados para Residência Médica. A conferência intitulada “Trajetória da Saúde no Pará”, foi proferida pelo Prof. Dr. Camilo Viana, no Auditório Luiz Geolas de Moura Carvalho (UEPA. Relatório do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica - Modalidade Residência, 2008, p. 03).

O Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica – Modalidade Residência tinha como objetivo aprofundar conhecimento e desenvolvimento de habilidades no controle e tratamento do Câncer. Para este curso, foram inscritos 20 (vinte) candidatos para 04 vagas ofertadas (UEPA. Relatório do Curso de

Especialização em Enfermagem Oncológica - Modalidade Residência, 2008, p. 03).

A grade curricular era constituída de 11 (onze) disciplinas, correspondendo um total de 795 (setecentos e noventa e cinco) horas de conteúdo teórico e 2.725 (duas mil e setecentas e vinte e cinco) horas de treinamento em serviço, perfazendo um total de 3.520 (três mil e quinhentos e vinte) horas. O treinamento ocorreu em sistema de escala de serviço nas clínicas afins, com vista ao desenvolvimento de habilidade na assistência/gerência em Enfermagem (UEPA. Relatório do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica - Modalidade Residência, 2008, p. 04).

QUADRO Nº 03- DISCIPLINAS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA – MODALIDADE RESIDÊNCIA

CRONOGRAMA DE DISCIPLINAS			
DISCIPLINA R. 1	CH	DOCENTES	TITULO
1- Fundamentos Teóricos e Metodológicos de Enfermagem	90	Josiane Cardoso de Pina	Especialista
2- Psicológico em Saúde e Relações Interpessoais	45	Patrícia Santos Martins	Mestre
3- Metodologia do Ensino / Capacitação Pedagógica	60	Dilma Fagundes de Souza	Mestre
4- Bioética em Saúde	40	Ana Cristina S. Salgado	Mestre
5- Metodologia da Pesquisa Científica	60	Maria Santana Soares Ranieri	Mestre
6- Informática em Saúde	40	Maria Neves C Mússio	Especialista
7- Enfermagem Prevenção e Controle do Câncer	120	Waltair M Pereira Martins Elizabel Lavareda do Nascimento	Mestre Especialista
8- Modelo Assistencial de Enfermagem Oncológica	180	Eliete Pereira Moraes Ely Sandreia B. de Souza; M ^a .Denise O. de Souza; Mosiane da Silva Rodrigues	Especialista Especialista Especialista Especialista
9- Administração de Serviço de Enfermagem oncológica	60	Zandra da Silva.e Mota	Mestre
10- Monografia	100	Edilma Pinheiro O. Dias	Mestre
11-Treinamento de Serviço R1 e R2	2725	Preceptoras	Especialista
Carga Horária total do Curso	3.725		

Fonte: Universidade do Estado do Pará. Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Oncológica-Modalidade Residência, 2008.

Para o Curso de Especialização em Enfermagem em Clínica Médica – Modalidade Residência inscreveram-se 20 (vinte) candidatos para 03 (três) vagas

ofertadas. Foram classificados 05 (cinco) candidatos e selecionados 03 (três) para as vagas ofertadas. O curso tinha como objetivo aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades na Clínica Médica e controle da Infecção Hospitalar. O desenho curricular era constituído por 15 (quinze) disciplinas, carga horária de 795 (setecentos e noventa e cinco) horas para as atividades teóricas e 2725 (duas mil setecentos e vinte e cinco) horas de treinamento em serviço (UEPA. Resolução nº 969/04 de 07 de abril de 2004. CONSUN/ UEPA).

QUADRO Nº 04- DISCIPLINAS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM CLÍNICA MÉDICA – MODALIDADE RESIDÊNCIA

CRONOGRAMA DE DISCIPLINAS			
DISCIPLINA R. 1 e R.2	CH	DOCENTES	TITULO
1 - Fundamentos Teóricos e Metodológicos de Enfermagem	90	Josiane Cardoso de Pina Zandra da Silva e Mota	Especialista Mestre
2 - Psicológico em Saúde e Relações Interpessoais	45	Patrícia Santos Martins de Sena	Mestre
3 - Metodologia do Ensino / Capacitação Pedagógica	60	Dilma Fagundes de Souza	Mestre
4 - Bioética em Saúde	40	Francinéia de Nazaré Ferreira Cartilho	Especialista
5 - Metodologia da Pesquisa Científica	60	Maria Santana Soares Ranieri	Mestre
6 - Informática em Saúde	40	Maria Neves Costa Mússio	Especialista
7 - Administração do Serviço de Enfermagem	60	Norma Sueli Barbosa de Vasconcelos	Mestre
8 – Conceito Epidemiologia, Legislação e Vigilância Epidemiológica	60	Irene de Jesus Silva Daniela Lima Saraiva	Mestre Especialista
9 - Avaliação dos Distúrbios Clínicos	50	Cristelaine Venzel Zaninotto	Mestre
10 - Avaliação da Funções Renal e Manejo de Pacientes com Distúrbios Renais	40	Thaisa Goés F. Maura S. Lima	Mestre
11- Prevenção e controle de Infecção em Atividades Básicas de Atendimento	40	Daniele da Silva Saraiva	Especialista
12- Prevenção e controle de Infecção em Atividades Básicas de Atendimento	30	Irene de Jesus Silva	Mestre
13 - Prevenção e controle de Infecção em Área Específica	30	Vera Lúcia Cecin dos Santos Anassi	Mestre
Prevenção e controle de Infecção em	40	Irene de Jesus Silva	

Área de Apoio			
14 - Avaliação das funções Respiratórias e Manejo de Pacientes com infecção	40	Marcelo dos Santos Rodrigues	Mestre
15 – Monografia	100	Resineide dos Santos Tavares	Mestre
16 -Treinamento de Serviço R1 e R2	2725	Preceptoras	Especialista
Carga Horária total do Curso	3.520		

Fonte: Universidade do Estado do Pará. Relatório dos Cursos de Especialização em Enfermagem em Clínica Médica-Modalidade Residência, 2008.

O Curso de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva-Modalidade Residência tinha o objetivo de aprofundar conhecimento científico e desenvolver habilidades para assistência sistematizada de enfermagem ao paciente crítico no CTI. Seu desenho curricular era constituído por 11 (onze) disciplinas, totalizando 735 (setecentos e trinta e cinco) horas teórico-prático e 2785 (duas mil setecentos e oitenta e cinco) horas de treinamento em serviço, num total de 3.520 horas de treinamento em serviço. As inscrições totalizaram 24 (vinte e quatro) candidatos para 03 (três) vagas existentes. Foram classificados 08 (oito) candidatos e selecionados 03 (três) para as vagas ofertadas (UEPA. Resolução Nº924/04 de 05 de março de 2004. CONSUN – UEPA).

QUADRO Nº 05 - DISCIPLINAS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA- MODALIDADE RESIDÊNCIA

CRONOGRAMA DE DISCIPLINAS			
DISCIPLINA R. 1 e R.2	CH	DOCENTES	TITULO
1 - Metodologia do Ensino / Capacitação Pedagógica	60	Dilma Fagundes de Souza	Mestre
2 - Metodologia da Pesquisa Científica	60	M ^a Santana Soares Ranieri Vera Lúcia Scaramuzzini Torres	Mestre Mestre
3 - 1 - Fundamentos Teóricos e Metodológicos de Enfermagem	90	Josiane Cardoso de Pina Zandra da Silva e Mota	Especialista Mestre
4- Psicológico em Saúde e Relações Interpessoais	45	Patrícia Santos Martins de Sena	Mestre
5 - Informática em Saúde	40	Maria Neves Costa Mússio	Especialista

6 - Bioética em Saúde	40	Francinéia de Nazaré Ferreira Cartilho	Especialista
7 - Administração de Enfermagem em UTI	60	Ana Gracinda I. da Silva Elaine Regina Correia de Souza	Mestre Mestre
8 – Epidemiologia e Controle de Infecção em UTI	30	Maria Elizabeth de Castro Rassy	Mestre
	30	Vera Lúcia de Azevedo Lima	Mestre
9- Administração da Assistência de Enfermagem e recursos Tecnológicos em UTI.	180	Elaine Regina Correia Souza	Mestre
		Cristielaine Venzel Zaninitto	Mestre
10 – Monografia	100	Lucirene Barbosa da Silva	Mestre
11 - Treinamento de Serviço R1 e R2	2785	Preceptores	Especialista
Carga Horária total do Curso	3.520		

Fonte: Universidade do Estado do Pará. Relatório dos Cursos de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva- Modalidade Residência 2008.

O Regimento dos cursos era comum : o capítulo I estava direcionado para o Curso e seus objetivos; o Capítulo II tratava da estrutura dos Cursos; o Capítulo III contemplava o Regime Acadêmico; o Capítulo IV tratava do Acesso ao Curso; o Capítulo V – Dos Residentes; o Capítulo VI – Contemplava o Regime Disciplinar, o Capítulo VII – Tratava da Avaliação e finalmente o Capítulo VIII – Das Disposições Gerais.

Os Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência prosseguiram com as aulas, à espera de uma decisão, até que medidas foram adotadas no sentido de se obter uma solução, conforme ilustrado com o depoimento de DG1:

[...] Então o curso continuou, os professores continuaram dando aula, não parou, e continuaram colaborando com o curso esperando uma resolução posterior [...] E qual foi a solução que se encontrou para esse impasse? Foi o nosso diretor da DEP [Diretoria de Ensino e Pesquisa], o Dr. Luiz Claudio Chaves que em uma visita nossa com o Reitor da UEPA, nos propusemos ao então reitor Fernando Antônio Colares Palácios essa parceria para que, além da parceria pedagógica a Universidade pudesse nos favorecer com a administração dessa verba, ou seja, fazendo o repasse para os professores na ocasião. Depois dessa conversa onde foi acordado tudo verbalmente, houve a necessidade de se fazer isso oficialmente. Então foi criado um convênio entre as duas instituições para este fim específico, [...].

Finalmente, em 2004 foi celebrado o convênio de N^o. 006/2004 entre o HOL e a UEPA, através do processo N^o. 256960/2004, sendo a primeira denominada CONCEDENTE, e a UEPA denominada PROPONENTE, o objeto era implementar a operacionalização das Residências Médicas e dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência do HOL (PARÁ. Convênio N^o006/2004).

Esse dispositivo definia as seguintes obrigações para o HOL: efetuar transferência de recursos financeiros da ordem de R\$ 178.785,00 (cento e setenta e oito mil setecentos e oitenta e cinco reais) em 02 duas parcelas de acordo com o previsto no Cronograma de Desembolso e Planejamento de Trabalho, que deste passam a fazer parte integrante; analisar os Relatórios de Execução Físico-Financeiro e as Prestações de contas objeto deste convênio; Acompanhar as atividades de execução, avaliando os seus resultados e reflexos, através da Divisão de Ensino da Diretoria de Ensino e Pesquisa; exercer a atividade de controle e fiscalização sobre a sua execução (PARÁ. Convênio N^o006/2004).

Enquanto que as obrigações da UEPA seriam: coordenar, supervisionar, ordenar as despesas e implementar a execução dos serviços previstos no projeto, de forma direta e/ou por meio dos órgãos delegados; orientar os procedimentos técnicos e operacionais necessários ao desenvolvimento do objeto do convênio; controlar e fiscalizar as atividades referentes ao objeto do convênio; elaborar o relatório técnico final do projeto; fornecer todas as informações solicitadas pelo HOL referentes ao projeto; encaminhar ao HOL, no prazo de 30 dias após o término do convênio, o relatório técnico das atividades desenvolvidas para a execução do objeto do convênio; além das responsabilidades na condução financeira que requeria o convênio (PARÁ. Convênio N^o 006/2004).

Apesar do convênio estabelecido entre o HOL e a UEPA, a liberação da

verba para execução das despesas previstas no projeto somente aconteceu em 2006, conforme o depoimento da chefe da Divisão de Ensino do HOL:

[...]. Foi elaborado o Convênio Nº 006/2004, que após assinado pelo Reitor e pelo Diretor do HOL, passou a vigorar em 2006, e a cada ano era feito um termo aditivo para dar continuidade às atividades do ano em curso [...] O convênio começou a ser articulado desde o final de 2004, só que a conclusão do convênio com a liberação de verba, só aconteceu em 2006 (DG1).

Nesse passo, os docentes envolvidos na coordenação de todos os Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência e os profissionais responsáveis por ministrar os conteúdos teóricos dos mesmos não recebiam sua remuneração.

De todo modo, as iniciativas adotadas pelo governo do Pará indicam que as políticas estaduais estavam caminhando na mesma direção das políticas adotadas no plano federal. Em 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia de desenvolvimento na formação do trabalhador para o Sistema Único de Saúde (BRASIL. GM/MS Portaria Nº. 198, 2004, p. 01).

A Educação Permanente em Saúde é proposta de estratégia que visa à qualificação profissional por meio do processo formativo, com a organização das ações dos serviços para a prática de saúde e as práticas pedagógicas, implicando um trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino (BRASIL. GM/MS Anexo II. Portaria Nº198, 2004, p.03).

Por seu turno, a ABEn promoveu o 8º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEN), em Vitória/ES, no período de 31 de agosto a 03 de setembro de 2004, com vistas a subsidiar a Política de Educação no campo da Enfermagem. Na oportunidade, discutiram-se formas de otimizar os recursos humanos como elemento fortalecedor na relação ensino/trabalho, impondo

responsabilidades e novos desafios para a categoria, no sentido de elevar a qualidade do ensino, teórico-metodológico, político e ético na formação profissional (MAURA et al, 2006, p. 452).

O 8º SENADEN teve como propósito refletir criticamente sobre a articulação do ensino, do trabalho e da pesquisa, como um dos fatores determinantes de qualidade na formação profissional e explicitar políticas de qualificação de recursos humanos na área. As recomendações desse evento para as universidades foram no sentido de construir novos processos pedagógicos em saúde/enfermagem, rompendo com práticas tradicionais e com as atuais relações de poder, incorporando novos referenciais e paradigmas e considerar a humanização como elemento fortalecedor da relação ensino/trabalho e como eixo norteador para a mudança cultural necessária à prática profissional (MAURA et al, 2006, p. 447).

Nesse sentido, ainda no início do Governo Lula, o Ministério da Saúde, com a intenção de apresentar uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o Art. 200 da Constituição Federal, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), da qual faz parte o Departamento de Gestão da Educação. Esse Departamento é responsável por desenvolver ações pautadas na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS, conhecida como “Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006, p. 05).

A SGTES propôs a criação da Comissão de Residências em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, que abrigaria ainda a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM), a ser também criada. Porém, esta proposta encontra fortes resistências e não se concretizou. Vários grupos se articularam em diferentes regiões do país, incentivados pela SGTES, para criar programas de

Residência Multiprofissional (BRASIL, 2006, p.07).

A Lei Nº 11.129, promulgada em 30 de junho de 2005, instituiu o Pro-Jovem e também criou a Residência em Área Profissional da Saúde, excetuando-se a área médica, sendo a mesma definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu. Constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Esse dispositivo Legal determinava que a residência fosse desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assitencial, e de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (BRASIL. Lei Nº. 11.129, 2005, p. 01).

No entanto, enquanto a Residência Médica tem sua certificação assegurada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, as demais profissões que integram a residência multiprofissional, quando vinculadas a uma universidade, têm sua certificação como especialização, mas não na modalidade residência, com as especificidades que a caracterizam. É importante destacar que, até o ano de 2005, a SGTES apoiou 22 programas, tendo financiado 1.558 bolsas, com um investimento de quase R\$ 50 milhões (BRASIL, 2006, p. 07).

Diante disso, o que causa perplexidade é o fato de o governo dispor-se a fazer expressivo investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica.

Por sua vez, a Secretaria de Gestão do Trabalhador e da Educação na Saúde (SGTES) em parceria com a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos (CIRH) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CCNRM / MEC), realizaram em Brasília o Iº Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Esse evento visava ao fortalecimento de medidas reflexivas que

estimulassem um debate em conjunto com as diversas representações, entre elas as coordenações, os residentes e os secretários municipais e estaduais dos programas financiados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de aprender com as experiências já desenvolvidas por este programa.

Os Programas de Residência foram então definidos em quatro eixos: “Estratégias para a Construção de Multidisciplinaridade visando a atender ao preceito Constitucional da Integralidade”; “Construção de Diretrizes Nacionais para a Residência Multiprofissional em Saúde”; o eixo de “Composição da Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde” e, finalmente, o eixo da criação do “Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde” (SNRMS), resultando na construção de um documento que constituiu ponto de partida para parcerias estabelecidas pela SGTES com o movimento dos residentes multiprofissionais, consolidadas pela SGTES e CIRH/CNS (BRASIL, 2006, p. 08).

O Ministério da Saúde, junto aos demais órgãos competentes, vem desenvolvendo ações destinadas a proporcionar a infra-estrutura para o sistema da educação e da saúde: em 2002, merece relevo o projeto de Reforma do SUS; em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), na estrutura do MS; em 13 de fevereiro de 2004, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme Portaria Nº 198 – visando a proporcionar formação profissional e contribuir para o acompanhamento do desenho técnico-assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Paralelamente, observa-se que no estado do Pará, durante o Governo de Simão Robson de Oliveira Jatene, adotou-se uma agenda mínima de governo que previa investimento na área da saúde, com vistas a ampliar os setores das instituições existentes e, ao mesmo tempo, aumentar a cobertura de serviços de

saúde, através da inauguração de unidades hospitalares de saúde (PARÁ. Informativo SEFA, Março. 2005, p. 03).

Em março de 2005, foram inauguradas na Santa Casa de Misericórdia do Pará, duas novas enfermarias: o Centro de Diagnóstico por Imagem e o Centro de Diálise Peritoneal Ambulatorial, que contaram com recursos da ordem de R\$ 3 milhões do governo do Estado do Pará. Essas inaugurações integraram a agenda mínima do governo estadual, que tinha a intenção de investir até o ano seguinte, recursos no valor de R\$12 milhões, como afirma a vice-governadora e secretária especial de proteção social, Valéria Pires Franco (PARÁ. Informativo SEFA, Março. 2005, p. 03).

No que concerne à extensão da rede hospitalar, a agenda mínima do governo do Pará previa a inauguração de 01 Hospital Metropolitano de urgência e emergência, localizado em Ananindeua e mais cinco unidades regionais no sudeste e oeste do Pará, com sede nos municípios de Marabá; Redenção; Santarém; Altamira e Breves (PARÁ. Assembléia Legislativa do Estado do Pará, 2006, p. 09). O investimento já realizado e o previsto na agenda mínima para área da saúde exigiam da autoridade estadual igual cuidado com a especialização de profissionais na área da saúde, em particular de enfermagem, para o desempenho efetivo nos diferentes setores e unidades.

Nesse sentido, em 28 de Março de 2005, foi firmado o convênio Nº 009/05 entre a Secretaria Especial de Estado de Proteção Social (SEEPS), por meio da Secretaria Executiva de Saúde Pública e a Universidade do Estado do Pará, publicada no DOE. Nº 30.409 em 05 de abril do mesmo ano. Esse convênio visava à capacitação de profissionais da área da Saúde de Nível Elementar, Médio e Superior, conforme quadro Nº 06, no âmbito do Programa de Política Nacional de

Educação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), com vigência entre 05 de abril de 2005 a 05 de abril de 2006. O público alvo abarcou os profissionais da área da saúde, nos Municípios-Pólos: Belém, Cametá, Capanema, Conceição do Araguaia, Tucuruí, Redenção, Salinas e Santarém, envolvendo treze Regionais de Proteção Social, totalizando noventa e nove turmas (Relatório Parcial convênio 009/ 2005, p. 03). Essa inferência obteve reforço no depoimento transcrito a seguir:

[...], o convênio propriamente dito passou a ser executado em maio/2005, foi assinado no final de 2005 e somente começou a ser executado a partir de março/2006 aonde nós tivemos inúmeras ações dentro deste convênio e foram selecionados para que nós pudéssemos atingir os 143 municípios do estado foi dividido em seis pólos regionais [...] (DG6).

QUADRO Nº 06- DEMONSTRATIVO DE METAS EXECUTADAS CONVÊNIO 009/2005

CURSO	MUNICÍPIO	PERÍODO	Nº TOTAL DE TREINANDOS	
			M*	C**
Complementação de Técnico em Enfermagem	Belém	10/01/2005 - 05/10/2005	133	102
Complementação de Técnico em Enfermagem	Tucuruí	03/02/2005 -17/09/2005	32	28
Relações Humanas no Trabalho	Belém	14 a 19/11/2005	46	37
Humanização no Atendimento ao Usuário do SUS	Belém	21/11 a 02/12/2005	44	31
Atualização em Radiologia	Belém	06 a 16/12/2005	25	17
Relações Humanas no Trabalho	Cametá	14 a 18/11/2005	43	23
Humanização no Atendimento ao Usuário do SUS	Cametá	14 a 25/11/2005	45	21
Relações Humanas no Trabalho	Santarém	21 a 25/11/2005	47	32
Humanização no Atendimento ao Usuário do SUS	Santarém	14 a 25/11/2005	33	26
Urgência e Emergência para Nível Superior	Belém	12 a 16/09/2005	13	12
Enfermagem em Sala de Trauma e UTI para Nível Superior	Belém	17 a 28/11/2005	15	13
Urgência e Emergência para Nível Superior	Tucuruí	19 a 23/09/2005	15	11
Enfermagem em Sala de Trauma e UTI para Nível Superior	Tucuruí	17 a 28/10/2005	15	11
Total Geral			526	364

Fonte: Relatório Parcial do Convênio Nº 009/05 – SESPÁ - Belém Pará, 2006.
M* (Matriculados); C** (Concluintes)

No bojo do convênio, foram planejados para desenvolvimento até o ano de 2007, cursos de especialização, atualização e extensão, assim distribuídos: Nível elementar e médio 63 turmas; Nível superior (atualização e extensão) 16 turmas e Nível Superior (especialização) 20 turmas. A clientela atendida compreendeu 2.961 participantes, assim distribuídos: nível elementar e médio 2.060 participantes; nível superior (atualização e extensão) 220 participantes e Superior (especialização) 681 participantes (UEPA. Relatório Parcial convênio 009/ 2005, p. 03).

A proposta de que foi objeto o convênio Nº 009/ 2005 expôs um elenco considerável de objetivos; mas, em síntese, visava capacitar profissionais para o atendimento ao usuário dos serviços de saúde, discutindo proposições e estratégias de comprometimento profissional com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado. Além de capacitar o enfermeiro para gerenciamento do processo de trabalho em Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização, procurou desenvolver habilidades técnicas, éticas, humanistas e investigativas; entre outros (UEPA. Relatório Parcial convênio 009/ 2005, p. 04).

Vale realçar que o referido projeto garantia material escolar, didático, pedagógico, tanto para os alunos/ servidores como para os docentes, além de lanche, vale-transporte e material específico para as aulas práticas de laboratórios (UEPA. Relatório Parcial do Convênio Nº 009/05,p.05).

A jornada de trabalho dos alunos/servidores era de 08 (oito) horas/aulas por dia, variando de acordo com a carga horária de cada modalidade de curso, dedicados exclusivamente à capacitação e/ou treinamentos. As aulas eram oferecidas em horários que permitiam aos alunos/servidores compatibilizar trabalho e estudo. A avaliação se processava sob a concepção de ensino-aprendizagem

assumida no projeto de cada curso (UEPA. Convênio N° 009/05, p. 05).

Para efetivação deste projeto, os docentes eram selecionados de acordo com a especialização, mestrado e/ou doutorado, e técnico-administrativos de diferentes níveis de escolaridade, a fim de prover a infra-estrutura necessária ao desenvolvimento das ações pertinentes a cada modalidade de curso (UEPA. Convênio N° 009/06).

Considerando a relevância dos aspectos abordados, destaca-se a necessidade de dar continuidade a uma política sócio-econômica e sanitária, principalmente, para região Norte do País, caracterizada por marcantes desigualdades sociais. Os indicadores desfavoráveis, com destaque às áreas da Educação e da Saúde, justificam a preocupação com a continuidade desses programas de capacitação e qualificação profissional na saúde.

Cumprе sublinhar que a região Norte compreende cerca de 60% do território nacional, com aproximadamente cinco milhões de km², constituindo centro de atenção como provedora de serviços ambientais, no intuito de responder à coletividade como estabilizadora da situação climática do mundo, ofertando seus recursos naturais como: maior bacia hidrográfica; maior floresta; maior rio em extensão; em síntese, maior biodiversidade do planeta (VIANA et al, 2007, p. 02).

No entanto, esta grandeza convive com conflitos sociais, grilagem de terra, desmatamento por madeireiros, extração ilegal da madeira e grandes áreas queimadas, além das fronteiras internacionais. Ademais, merece relevo a implantação de uma agricultura capitalizada, principalmente de soja, destinada à exportação e a prática de uma pecuária moderna de corte, que estimula o aumento das migrações intra-regionais e ampliação das áreas periféricas das cidades e elevação da densidade demográfica nos pólos de desenvolvimento regional. A

migração é indicador de movimento das pessoas em busca de melhores condições de trabalho e acesso a serviços públicos, o que resulta na ocupação dos espaços urbanos de forma desordenada, não obstante a falta de saneamento básico. A conjunção desses complexos fatores tem repercutido na crescente pobreza de significativos segmentos populacionais e incremento de desajustes no plano sociopolítico, econômico, cultural e sanitário, sobretudo nas metrópoles, como Manaus e Belém. (VIANA et.al, 2007, p. 03).

Sob a premissa de que educação e saúde de qualidade são requisitos de extrema importância para o desenvolvimento nacional e um direito de todos, não se pode ignorar a necessidade premente de qualificação profissional na área da saúde, para que a Amazônia supere a condição periférica em termos de indicadores de saúde e Índice de Desenvolvimento Humano. Conforme (MELLO, 2007, p. 07):

A Amazônia é hoje o centro da atenção mundial por seus abundantes recursos naturais, biodiversidade, água, floresta e pelo papel determinante no equilíbrio climático da Terra. Mas, mesmo assim, permanece periférica em seus respectivos países. O desafio da educação, e em especial da educação superior, é alcançar o almejado desenvolvimento sustentável à região.

Os principais problemas elencados pelos governadores dos estados que integram a Amazônia Legal foram: deficiência na formação e ausência de educação permanente para os trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde; ausência de política de gestão do trabalho compatível com os princípios e diretrizes do SUS; deficiência de Gestão e Gerência dos Serviços de Atenção à Saúde Indígena; falta de infra-estrutura e de saneamento básico; baixa qualidade em projetos de atenção básica; recrudescimento da epidemia de AIDS, dentre outras. No entanto, a adoção das estratégias para o desenvolvimento regional visando à diminuição de desigualdade, de equalização de oportunidades e da correção de iniquidades, conforme proposto pelo governo federal, continua um grande desafio, para a

consolidação dessa política (BRASIL 2004, p. 24).

Não obstante, a região norte continua apresentando indicadores bastante desfavoráveis, como a taxa de analfabetismo que, em 2006, foi de 12,49%, com um alto percentual da população de 15 ou mais anos não alfabetizados, superando a média nacional (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento da Ciência e da Tecnologia no Brasil e, mais especificamente, na Região Norte, requer uma política socioeconômica, sanitária e institucional dos governantes e dirigentes, capaz de suscitar o compromisso e a responsabilidade desses para com o desenvolvimento do indivíduo e da coletividade, principalmente, no que tange à educação e saúde. Essa última, dependente de vários fatores, inclui a formação profissional de forma a atender as demandas das unidades de saúde nas diversas esferas de atendimento.

Porém, o que se observa é que, contrariamente às necessidades da população e ao discurso do Governo Federal no início do seu mandato, no período de 1999 e 2005, houve uma redução no número de leitos por 1.000 habitantes, no SUS em todas as regiões do país, conforme tabela a seguir.

QUADRO Nº 07 - NÚMEROS DE LEITOS (SUS) POR 1.000 (MIL) HABITANTES, SEGUNDO A ESFERA ADMINISTRATIVA DO ESTABELECIMENTO. BRASIL E GRANDES REGIÕES, 1999 e 2005

Região	Público		Privado		Total	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Brasil	0,7	0,8	2,0	1,2	3,0	2,0
Norte	1,1	1,1	1,0	0,5	2,1	1,6
Nordeste	0,8	1,1	1,8	1,1	2,8	2,2
Sudeste	0,7	0,7	2,1	1,2	3,2	1,9
Sul	0,3	0,6	2,5	1,7	3,2	2,2
Centro-Oeste	0,8	0,8	2,5	1,2	3,5	2,1

Fonte MS/SAS: Sistema de informações hospitalares do SUS – SIH – SUS e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2005); Base demográfica do IBGE. *Valor médio anual do número de leitos.

Consulta realizada à base demográfica do IBGE referente aos anos de 1999, 2000, 2002 e 2005, quanto ao quantitativo de médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes no Brasil, permite constatar que persiste a carência desses profissionais em âmbito nacional.

QUADRO Nº 08- NÚMEROS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS POR MIL HABITANTES – BRASIL E GRANDES REGIÕES, 1998, 2000, 2002 E 2005.

Região	Médicos				Enfermeiros			
	1998	2000	2002	2005	1998	2000	2002	2005
Norte	0,56	0,42	0,47	0,82	0,18	0,32	0,43	0,48
Nordeste	0,81	0,81	0,85	0,89	0,37	0,38	0,44	0,47
Centro- Oeste	1,27	1,24	1,33	1,68	0,39	0,40	0,51	0,59
Sul	1,34	1,43	1,48	1,73	0,42	0,37	0,45	0,57
Sudeste	1,83	1,97	2,05	2,28	0,47	0,53	0,59	0,60

Fonte: IBD - Brasil: Ministério da Saúde/SGTES/DEGE/RTS/CONPROF - Conselhos Profissionais e Base Demográfica do IBGE (Tabulação elaborada a partir de dados).

O número de médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes tem aumentado em todas as regiões do país no período analisado, com maior concentração na Região Sudeste, seguido pela Região Sul e Centro-Oeste; enquanto que a distribuição de enfermeiros é mais uniforme. Em todas as regiões, o número de médicos por 1.000 habitantes é muito superior ao de enfermeiros, chegando a quase triplicar em algumas regiões.

Além disso, observa-se nesse quadro a desigualdade entre as diferentes regiões do território brasileiro, com destaque às lacunas no que tange à quantidade de profissionais de medicina e de enfermagem na região Norte.

Esse fenômeno tem conseqüências graves no desenvolvimento efetivo das ações de saúde em todos os níveis de complexidade. Ademais, a Amazônia Legal

convive com outros problemas específicos àquela região, precipuamente quanto aos cuidados de saúde. Cabe recordar que os municípios da faixa de fronteira amazônica apresentam fortes elementos diferenciais: primeiramente, alguns são de difícil acesso por meio terrestre e, por isso mesmo, necessitam de auxílio das Forças Armadas no atendimento médico, odontológico e no transporte de doentes (VIANA et al, 2007, p. 01).

Além disso, merece reflexão a expressiva mobilidade de população de países vizinhos à procura de atendimento de saúde no território brasileiro. Esse fluxo não está contabilizado no cálculo dos recursos do SUS, o que repercute nas possibilidades de cobertura de serviços e planejamento orçamentário dos municípios, sem esquecer suas demandas por recursos federais. Outro problema diz respeito à presença de profissionais de saúde estrangeiros, legalizados ou não, principalmente de médicos, em função da dificuldade de fixação de profissionais brasileiros frente às deficiências de infra-estrutura e condições adequadas para o exercício profissional (Viana et al, 2007, p. 03).

Cabe ainda considerar a necessidade de cooperação internacional para a prevenção e controle de doenças infecciosas como a malária, tuberculose, AIDS, e outras, que requerem o fortalecimento da cooperação entre países fronteiriços no nível local (VIANA et al, 2007, p. 12).

Ainda segundo os autores, as duas metrópoles da Amazônia, Manaus e Belém, são importantes pólos regionais, atraindo expressivo contingente populacional. Por contarem com redes de transportes já constituídas, essas capitais difundem e concentram de redes modernas de telecomunicações, comandando a expansão das redes de fibra ótica e de informações do Sistema de Proteção da Amazônia. Tal aparato técnico, associado à existência da Zona Franca de Manaus,

colabora para a manutenção do poder de conexão com o território nacional e com o mercado externo, atraindo população e investimentos de empresas e instituições, o que amplia as desigualdades sócio-espaciais. Diante disso, o poder político de Manaus e de Belém é importante para as decisões de condução das políticas na Região Norte.

A concentração de densidades técnicas, científicas e populacionais remete à diversificação dos serviços de saúde nessas metrópoles, centros de referência na Amazônia Legal para a produção científica, formação de profissionais de saúde e o atendimento de média e alta complexidade. A escassez desses serviços no restante da região aumenta, sem dúvida, a demanda de população oriunda do interior e de outros estados, sem esquecer as redes de transportes que conectam Manaus e Belém com os demais municípios. Decorre daí a tendência ao estrangulamento dos serviços de saúde (VIANA et al, 2007, p. 12).

As dificuldades de universalização e qualificação do acesso, pela complexidade dos problemas urbanos e deterioração das condições de saúde nas áreas de ocupação recente e periferias, são problemas importantes desse contexto geográfico e sócio-humano (VIANA et al, 2007, p.12).

Outro indicador refere-se ao número de concluintes dos cursos de Medicina e de Enfermagem no Brasil, com destaque para a região Norte, igualmente muito abaixo da média nacional, o que torna mais complexa a gravidade da situação da saúde na região.

QUADRO Nº 09- NÚMERO E VARIAÇÃO DE CONCLUINTEs DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E GRANDES REGIÕES, 1999 e 2004

Regiões	Médicos			Enfermeiros		
	1999	2004	Variação	1999	2004	Variação
Brasil	7.583	9.339	23,2	5.264	13.965	165,3
Norte	339	344	1,5	268	544	103,0
Nordeste	1.356	1.480	9,1	1.045	2.081	99,1
Sudeste	4.428	5.662	27,9	2.784	8.324	199,0
Sul	1.210	1.492	23,3	899	2.322	158,3
Centro-Oeste	250	361	44,4	268	694	159,0

Fonte: Ministério da Educação/INEP– Sistema Integrado de Informações de Educação Superior (SIEdSup).

No quadro acima, percebemos que, no período de 1999 a 2004, houve aumento significativo no número de médicos e enfermeiros graduados em todas as regiões, sendo que, enquanto nas regiões sul e sudeste esse incremento quase que triplicou, nas regiões norte e nordeste, dobrou. Coerentemente, ao considerarmos a média nacional (médico: 23,2 e enfermeiro: 165,3), verificamos que as regiões Norte (médico: 1,5 e enfermeiro: 103,0) e nordeste (médico: 9,1 e enfermeiro: 99,1) apresentam índice de variação bastante inferior, no mesmo período.

Com o aumento do número de cursos e incentivos à educação, observa-se aumento anual no número de enfermeiros. Vale ressaltar que o processo de formação profissional não se encerra com a conclusão do curso de graduação, mas permanece durante o exercício profissional. Os profissionais devem estar aptos a cumprir as funções nas diferentes especialidades em atuam.

Ainda nesse contexto, destacamos o entendimento do professor doutor Ubiratan Holanda Bezerra, presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará (FAPESPA), ao afirmar que uma das principais barreiras que

impedem o desenvolvimento daquela região é a carência de profissionais com formação especializada. Segundo sua análise, o estado do Pará conta atualmente com 83.401 alunos de graduação; 2.247 de mestrados; 636 de doutorado e 1.504 doutores, segundo dados da FAPESPA (CARÊNCIA de doutores atrapalha o Pará. Jornal O Liberal, 2010).

Além disso, ocorreu migração de mão de obra das regiões Norte e Nordeste para o sul e sudeste, com o objetivo de aprimoramento; porém grande parte dos enfermeiros e médicos tende a não retornar à região de origem, o que deixar essas regiões ainda mais descobertas no que diz respeito à qualidade da assistência especializada em saúde.

A esse respeito, o diretor do Museu Paraense Emílio Goeldi, Nilson Gabas Junior, chama atenção para outro problema crônico: a dificuldade de manter os melhores pesquisadores e doutores no estado. “É tão difícil que a gente faz concurso, a pessoa passa, mas logo abre outro concurso lá fora e ela vai embora, lamenta”.

Esse fenômeno também é observado, quando se trata de manter os enfermeiros especializados no estado do Pará, como se destacou nos trechos dos depoimentos a seguir:

Muitos que saíram em busca de especialização fora do estado, dificilmente retornaram para seus lugares de origem, assim ganhavam experiências e conhecimentos aprimorados em grandes centros, e no final continuavam por lá, deixando um déficit de profissionais pós-graduados no estado. Então foi essa a preocupação para a criação do Curso, uma demanda de serviços existentes e uma necessidade de profissionais bem preparados, combinação que culminou com a criação do mencionado curso [...] (DGEC).

A gravidade da carência de profissionais especializados se justifica, pois, ao analisarmos o crescimento de leitos hospitalares por região, considerando instituições públicas e privadas, temos que a região Norte apresenta índices totais

muito abaixo da média nacional (1999: 10,0; 2002: 11,5 e 2005: 15,0) nos três períodos levantados (1999: 7,5; 2002: 9,4 e 2005: 11,8), conforme demonstrado no quadro exposto a seguir.

QUADRO Nº 10- NÚMERO DE ENFERMEIROS CEM POR LEITOS HOSPITALARES, SEGUNDO A ESFERA ADMINISTRATIVA DO ESTABELECIMENTO. BRASIL E GRANDES REGIÕES, 1999, 2002 e 2005.

Regiões	Público			Privado			Total		
	1999	2002	2005	1999	2002	2005	1999	2002	2005
Brasil	17,8	18,7	22,2	6,7	8,2	11,4	10,0	11,5	15,0
Norte	10,8	14,2	16,3	4,7	4,7	5,6	7,5	9,4	11,8
Nordeste	13,6	13,5	16,7	5,6	7,5	10,7	8,7	10,0	13,4
Sudeste	25,1	25,9	31,7	8,2	9,9	13,5	12,4	14,1	18,6
Sul	14,7	16,9	17,5	6,3	7,2	10,0	8,0	9,1	11,5
Centro-Oeste	14,1	15,5	17,5	3,3	5,0	6,2	6,4	8,2	10,4

Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico- Sanitária (AMS).

Em 2005, havia 15,0 enfermeiros para cada cem leitos no Brasil, alcançando um máximo de 18,6 na região Sudeste e um mínimo de 10,4 na região Centro-Oeste. No setor público (22,2), essa relação alcançava mais que o dobro do setor privado (11,4). Entre 1999 e 2005, tanto o setor público, quanto o privado melhoraram sua posição no que concerne a esse indicador, em todas as regiões: o setor público passou de 17,8 a 22,2 enfermeiros por cem leitos, enquanto o setor privado passou de 6,7 a 11,4.

Mais uma vez, sublinha-se a premência de investir na formação de recursos humanos, estimulando a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, por meio de educação continuada em serviço, visando à

difusão das conquistas e dos benefícios resultantes da criação da ciência e da tecnologia, capaz de proporcionar o bem-estar individual e coletivo.

Considerando os aspectos abordados e a necessidade de consolidar o Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência, como sistema de educação continuada em serviço ao trabalhador de saúde, o propósito é proporcionar assistência de enfermagem com qualidade ao usuário do SUS. Essa iniciativa tem por princípio minimizar as questões político-sociais, como desafio fundamental e contraditório da sociedade e do sistema produtivo (DEMO, 2008, p.9).

CAPITULO III - A CRISE NO PROGRAMA DOS CURSOS DE ESPACIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ

3.1. A EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: uma necessidade de educação continua e permanente

Neste capítulo, discutimos as circunstâncias que levaram à interrupção dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, bem como as implicações da descontinuidade no processo de formação especializada para enfermeiros no estado do Pará. Cabe ressaltar que essa crise atingiu de forma significativa a atuação das enfermeiras docentes da UEPA e do HOL que desenvolviam função de elevada importância didático-pedagógica junto aos residentes e, cujo capital científico havia sido acumulado ao longo do processo de implantação das Residências em Enfermagem.

Nessa função, as enfermeiras docentes da UEPA e as enfermeiras assistenciais do HOL tiveram oportunidade de capitalizar poder simbólico, enquanto poder de *“constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo”*, no qual está em jogo o *“monopólio da violência simbólica legítima, quer dizer, o poder de impor – e mesmo de inculcar – instrumento de conhecimento e de expressão arbitrária – embora ignorado como tais – da realidade social”* (BOURDIEU, 2010, p. 12- 14).

É importante destacar que, durante o último meio século, o mundo conheceu um desenvolvimento econômico sem precedentes, cresceu sob os efeitos da segunda revolução industrial, realçando o aumento da produtividade do progresso

tecnológico e, nessa evolução tecnológica, aliada à modernização, caminhou-se em busca de uma educação com fins econômicos, que não para de crescer, na maioria dos países.

Nesse contexto ideológico, revigora-se a importância do capital humano e, por conseguinte, do investimento educativo para ampliar a produção e produtividade, sob a premissa de que a relação entre o ritmo do progresso técnico e a qualidade da intervenção humana é cada vez mais evidente. Nesse sentido, Delors (2006, p. 69 – 71) realça que, *“A relação entre o ritmo do progresso técnico e a qualidade de intervenção humana torna-se, então, cada vez mais evidente, assim como a necessidade de formar agentes econômicos aptos a utilizar as novas tecnologias e que revelem um comportamento inovador”*.

Para entender o progresso da tecnologia e a produção de seu insumo na prestação dos serviços na saúde, destaco o movimento da “cientifização da medicina”, como processo que, em articulação com a formação e desenvolvimento médico-industrial, resulta nas atuais práticas de prestação dos serviços de saúde. Nesse sentido, o foco da assistência médica transforma-se de atenção ao indivíduo e ao ambiente no qual ele está inserido, para privilegiar a observação do corpo em partes e, principalmente, seus diferentes órgãos e sistemas isoladamente. Nesse processo, cabe ter em conta que até poucas décadas, os médicos exerciam suas atividades com base em uma formação generalista; poucos eram os especialistas e seu saber torna-se mais restrito, assim como sua capacidade de intervir sobre as doenças (BRAGA e PAULO, 2006, p.147 – 148).

Com os avanços da ciência e das clínicas médicas, destacou-se a especialização, que levou à difusão e legitimação de uma prática médica definida como *“racional”* e *“científica”*. Sob outro ângulo, fortaleceu-se a possibilidade de

incorporar as diversas áreas desse saber ao processo de desenvolvimento capitalista (BRAGA e PAULO, 2006, p.147 – 148).

Para Braga (2000, p. 75), a valorização e o crescimento da prática médica trazem implicações profundas no interior da dinâmica hospitalar, pois, passa a dar atenção ao corpo enquanto força de trabalho; ou seja, o trabalhador passa a ser “objeto das práticas modernas de saúde em substituição às classes sociais que antes eram atendidas”. Conforme essa perspectiva de análise esses são reflexos da ideologia capitalista no ambiente hospitalar, como em outros espaços profissionais.

Com o intento de acompanhar o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, os profissionais de saúde, conscientemente ou não, são levados a empreender esforços para assimilar a lógica do modelo de desenvolvimento do capitalismo, visando a aprofundar o conhecimento e desenvolver habilidades neste campo específico do saber.

Historicamente, a formação de especialistas no campo da enfermagem no Brasil teve início no bojo do desenvolvimento científico e tecnológico oriundo dos Estados Unidos da América. Nesse contexto, estruturaram-se os hospitais modernos ou modelares, com predomínio das especialidades médicas e um discurso tecnicista que incentivava a qualificação profissional, a qual repercutiu igualmente na enfermagem, no sentido de uma ação também especializada (VIANA, 1995, p. 39).

Com base nessa premissa, é fundamental analisar os fundamentos do desenvolvimento do hospital moderno e suas implicações ao cotidiano do trabalho de prestação de assistência aos doentes, no Brasil, pois, isso implicaria na reatualização do *habitus* profissional dos enfermeiros.

Para Bourdieu (2004, p.27-28), o *habitus* seria “a ponte, a mediação, entre as dimensões objetiva e subjetiva do mundo social”, ou seja, entre a estrutura e a

prática. Ainda conforme o autor, a estruturação das práticas sociais não é um processo mecânico, “de fora para dentro”, de acordo com as condições objetivas presentes em determinado espaço ou situação social. As práticas sociais são estruturadas e apresentam propriedades típicas da posição social de quem a produz, uma vez que a própria subjetividade dos indivíduos, sua forma de perceber e apreciar o mundo, suas preferências, seus gostos, suas aspirações, estão previamente estruturadas em relação ao momento da ação.

Nesse sentido, o hospital moderno, ao constituir-se como campo fecundo de experiências diversas, assume condição privilegiada, tanto no ensino, quanto na pesquisa de diferentes disciplinas vinculadas à prática médica. Aos poucos, a missão do hospital moderno passou a incorporar tecnologias; inicialmente artesanais e, no século XX, industrialmente produzidas. No entanto, somente na metade do século XX, *"com a produção industrial de quimioterápicos e de equipamentos, adquire características e missões novas próprias do hospital contemporâneo"* (RIBEIRO, 1993, p. 27).

A revolução científica e tecnológica, posta a serviço do cuidado humano, introduziu uma riqueza de possibilidades para salvar vidas; entretanto, é necessário considerar as conseqüências desses avanços, para que os valores humanos e a qualidade de vida e dignidade não percam sua característica de prioridade.

Ademais, sem perder de vista as conquistas na área tecnológica, assumindo-as criticamente como condição de aprimoramento da qualidade do cuidado em saúde na área e liderada pela enfermagem é requisito para a valorização da profissão. Do contrário, corre-se o risco de que outras profissões da saúde, com menos tradição de presença junto aos clientes, preencham a lacuna e

assumam esse tipo de demanda que é, ao mesmo tempo, científica e social (BUENO e QUEIROZ 2006, p. 225-225).

A esse respeito, cumpre admitir que a mudança no enfoque médico repercute na ação de cuidar, conforme reconhece Pitta (1999, p.44) quando diz que:

"a medicina e suas técnicas vão sistematicamente preenchendo espaços e determinando novas formas de relação e divisão do trabalho no interior dos hospitais, ou seja, a complexidade da técnica interfere diretamente na especialização do saber".

Resulta daí a premência de formular novas estratégias para articular, mobilizar e colocar em ação os novos conhecimentos, tendo em vista reorientar a formação em enfermagem, no intento de desenvolver habilidades e capacitação profissional para a área específica da saúde.

Nesse sentido, o sistema educativo deve assegurar ao profissional de saúde, condições inovadoras e dinâmicas para a formação dos profissionais de saúde. Uma das alternativas é implementar programas de educação permanente, em serviço, que extrapola a exigência em termos de escolaridade ou de formação profissional universitária, eis que se volta para formar cientistas, inovadores e quadros técnicos de alto nível, capazes de corresponder às necessidades e demandas de toda natureza no mundo do trabalho (DELORS, 2006, p. 69-71).

Sob esse enfoque, há respaldo constitucional, pois a Carta Magna de 1988, que estabelece exigências quanto a investimentos nos processos educativos em todos os níveis, inclusive na área da saúde. De forma específica, no Título VIII, capítulo II, seção II, artigo 200 são definidas as atribuições do Sistema Único de Saúde (incisos III e V), assegurando a esse sistema a ordenação e formação de recursos humanos na área da saúde, além de incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação (BRASIL, 1988, p. 02).

Conforme Miranda et al (2009, p. 35), quando o Estado brasileiro concebe a área de formação como objeto de ação educativa para qualificação de pessoal e ação investigativa, fica subentendido que os órgãos gestores do SUS deveriam estruturar mecanismos de atuação educacional que dessem conta de suas funções.

Além disso, a Lei nº 8080/ 90, em seu artigo 6, incisos III e X, ratifica o artigo 200 do texto constitucional. Também merece referência o seu Artigo 15 (inciso IX e XIX), quando define a ação educacional como função dos órgãos gestores do SUS; ou seja, a União, os estados, o Distrito Federal e os Municípios, atribuindo-lhes responsabilidade na formulação e execução da política de formação de recursos humanos para a saúde, bem como realização de pesquisas e de estudos na área da saúde. O Artigo 27, Inciso I, reafirma que os gestores “devem formalizar e executar uma política de recursos humanos”, tendo como um de seus objetivos a organização de um sistema de formação, e, ao mesmo tempo, colocar os serviços de saúde como cenários para o ensino e pesquisa; logo, como espaços de ensino-aprendizagem, firmando o compromisso indissociável de gestão e formação no âmbito direto do SUS (BRASIL, 1990, p.02 – 06 e MIRANDA et al, 2009, p. 35).

Na mesma linha de orientação, a IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, além de considerar que, para a implementação do SUS, haveria a necessidade de assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos articulada com órgãos formadores, também reivindicava que os gestores garantissem escolas de formação de trabalhadores em saúde, em suas estruturas gerenciais ou em articulação, sobretudo, com universidades públicas (BRASIL, 1992, p. 07;e MIRANDA et al, 2009, p. 35).

Retomando dados coletados junto aos participantes desta tese, cumpre ressaltar que foi nesse contexto que se consolidou o reconhecimento acerca do

capital científico incorporado pelos enfermeiros docentes assistenciais envolvidos com os Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência do HOL. O efeito simbólico dessa aquisição permitia que o grupo pudesse enunciar um discurso autorizado no campo da enfermagem no estado do Pará. Essa distinção foi reconhecida pelos egressos da Residência em Enfermagem em seus depoimentos, ao considerarem uma experiência rica e única, como se pode constatar a seguir:

[...] eu tive uma experiência riquíssima porque pudemos passar por vários setores do Hospital e adquirir conhecimento em diversos setores de serviço. Ao final da Residência, a sensação que você tem é que se pode trabalhar em qualquer lugar, [...] tivemos a oportunidade de vivenciar várias realidades, várias situações então são dois anos que valem como dez anos de trabalho, pois se sai com uma experiência muito rica [...] (DE1).

[...] adquiríamos experiência como enfermeiras, ganhávamos confiança, aprendíamos a atuar diante de todas as situações; dependendo do curso, da modalidade da residência, nós passávamos praticamente por todo hospital, aprendemos a vivenciar cada serviço, como por exemplo, na nefrologia, na hemodiálise, no centro cirúrgico, como gerenciar o centro cirúrgico, as clínicas, então nós adquiríamos uma experiência única. Se eu pudesse faria de novo, [...] (DE2).

[...] minha experiência foi muito produtiva, foram dois anos de uma vivência profissional profunda que me ajudaram a amadurecer academicamente [...] existe uma vivência teórico-prático que é superior a qualquer pós-graduação, [...] (DE3).

Foi uma experiência muito rica a minha no Curso de Especialização, [...] O Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade Residência é um curso que dá uma segurança profissional e até mesmo pessoal, [...] (DE4).

A minha experiência como residente foi única, [...]; então, eu posso dizer que foi uma experiência única, eu já enfermeira ali, só para estudar, aprender, sempre com pessoas por perto para me ensinar [...] (DE5).

Essas manifestações permitem inferir que o Projeto de Residência, implantado no HOL atingiu seus objetivos, no que tange às expectativas e satisfação dos participantes.

Conforme Franco et al. (2005, p.2), a Residência em Enfermagem é um tipo de qualificação que proporciona a qualidade da assistência na saúde e na preparação para a formação profissional, com condições de atender os grandes centros do país, onde a tecnologia exige maior conhecimento e especialização, além

de possuir rígido esquema de treinamento, com a pretensão de preparar o enfermeiro para o mercado do trabalho.

Face ao exposto, o Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência é uma possibilidade de formação complementar, que visa a elevar o nível acadêmico e o desenvolvimento profissional, fomentando a formação especializada; proporcionando uma experiência rica e única com aquisição de conhecimentos diversificados. Ao mesmo tempo, tais produções simbólicas seriam capazes de organizar a percepção dos indivíduos e de propiciar a comunicação entre eles, uma vez que estariam em um patamar equivalente de organização e lógica interna, passível de ser identificada no campo científico (BOURDIEU, 2004, p. 34).

O diferencial do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência seria, fundamentalmente, a elevada carga horária teórico-prático das disciplinas, próprias para o desenvolvimento da área de concentração do curso escolhido, por meio de estudos de caso, seminários e outros procedimentos metodológicos, contanto que se estruturasse devidamente ao planejamento pedagógico, conforme estabelecido pela Resolução de Nº 259/2001 do COREn, entre outros documentos e diplomas legais.

Ainda nesse contexto, foi possível constatar, que além da atualização do *habitus* profissional dos enfermeiros egressos, ocorreu o fortalecimento do trabalho cooperativo entre os agentes, cujas atividades acadêmicas e assistenciais se integravam, com destaque para a motivação no desenvolvimento de pesquisas e a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Este último foi considerado fundamental para definir com mais propriedade a atuação do

enfermeiro, precisamente quanto aos cuidados de enfermagem, como se depreende dos depoimentos a seguir:

Os benefícios com a Residência foram muitos, o Hospital cresceu muito com a Residência, porque houve maior articulação entre as enfermeiras e as atividades de ensino. Acho que foi muito importante, contribuiu para o crescimento do Hospital e para uma melhor assistência de Enfermagem, sem dúvida (DG1).

[...], eu penso que há o crescimento, tanto do residente quanto do enfermeiro assistente da clínica, quanto dos profissionais que realmente trabalham naquela unidade onde o residente está desenvolvendo suas atividades, onde está sendo treinado (DG3).

[...] foi um crescimento para mim como preceptora porque aprendi com eles [enfermeiros residentes dos Cursos de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residente do HOL] muita coisa. As contribuições eram inúmeras. Este é o termo que melhor qualifica a situação, pois, no início, éramos poucas enfermeiras, e tínhamos em mente o objetivo de que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) saísse do papel e entrasse na nossa realidade. [...] Então, destes grupos de alunos, surgiu o instrumento de coletas de dados, instrumento para facilitar o diagnóstico de Enfermagem; [...]. A Enfermagem foi se tornando cada vez mais respeitada porque fazia a Sistematização de Enfermagem (DP2).

[...] foi uma experiência maravilhosa, quando nós tivemos a oportunidade de como enfermeiro do serviço poder visualizar a parte científica junto com os alunos; [...] Com a implantação do Curso de Especialização na Modalidade Residência, houve algumas mudanças, uma delas foi o estímulo à pesquisa, a segunda foi a questão da Sistematização da Assistência de Enfermagem, quando pudemos contar com um número maior de enfermeiros que pudesse discutir mais essa parte da Sistematização da Assistência, sentindo a necessidade de termos no Hospital um grupo de Interesse de Diagnóstico de Enfermagem (DP4).

[...], então não poderia deixar de ressaltar a grande importância que teve e tem o Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência. Houve parcerias criadas entre o hospital Ophir Loyola e a ABEn, por exemplo, o GIDE [Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem] foi uma dessas parcerias. Durante eventos científicos criados pela ABEn eram apresentados trabalhos do GIDE. Isso possibilitou a divulgação do grupo dentro do meio científico [...] (DGEC).

Na foto apresentada a seguir, pode-se contemplar o espaço físico, sala da Divisão de Ensino e Pesquisa do HOL, onde se realizavam atividades docentes e assistenciais, Integravam esta atividade os enfermeiros residentes; a preceptora; a Chefa da DEP e coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, além da chefe do Departamento de Enfermagem do HOL e presidenta da ABEn-PA, essas eram uma das formas de integração e

funções exercidas pelo grupo de Enfermeiros envolvidos com o programa do referido curso. Da esquerda para a direita, encontra-se na primeira posição o residente enfermeiro, Francisco Anderson Silva; na segunda posição a chefe do Departamento de Enfermagem do HOL e Presidente da ABEn-PA, enfermeira, Regina Coeli Nascimento de Souza; a seguir na terceira posição a preceptora enfermeira, Ednéia Borges Maia; na quarta posição em pé enfermeira, Ivone Barreto Ramos; na quinta posição a Chefe da DEP e Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, Zandra da Silva e Mota; a seguir a enfermeira residente Cristiane Ferrão Queiroz e na sexta posição, enfermeiro residente Adriane Carvalho Macedo.

Foto nº. 3. Integração entre Chefe de Departamento, Chefe de Departamento de Enfermagem do HOL, Preceptora e Residentes.



Fonte: Acervo da Ex- Chefe da DEP.

Conforme exposto em depoimentos anteriores, a integração docente-assistencial serviu de estímulo para o desenvolvimento de pesquisas e eventos científicos. Exemplo disso foi o 1º Encontro Paraense de Diagnóstico de Enfermagem, ocorrido no período de 13 a 16 de abril de 1999, no Hotel Sagres Belém-PA. A foto abaixo registra a cerimônia de abertura, envolta de formalidade com a participação de três autoridades, assim dispostas, da esquerda para a direita: na 1.ª posição chefe da DEP e coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência, Zandra da Silva e Mota; no centro, chefe do Departamento de Enfermagem do HOL e presidenta da ABEn-PA Regina Coeli Nascimento Souza e na 3.ª posição o diretor Clínico do HOL, Fernando Jordão de Souza; O registro fotográfico ocorreu no momento em que se entoava o Hino Nacional.

Foto nº. 4. Solenidade de Abertura do Primeiro Encontro Paraense de Diagnóstico de Enfermagem em 1999.



Fonte: Acervo da Ex- Chefe da DEP do HOL

Formalidade que envolveu esta cerimônia permite emergir pulsões emotivas capazes de acionar as formas morfológicas que assumem e à sua capacidade de simbolizar, atribuindo a elas o qualificativo de ritual com todos os efeitos que lhes são associados. O rito, em sua forma codificada, confere um “ar de tradição aos materiais sociais”, pois, a idéia de tradição se articula a comportamentos cuja repetitividade fornece um quadro à inteligibilidade compartilhada dos fatos (SEGALEN, 202p. 91).

Referindo-se à contribuição da pesquisa em enfermagem no Brasil, Carvalho (1997) ressaltou que essa atividade acadêmica impulsionou capacitação de recursos humanos para a construção do conhecimento. Especificamente, a autora em tela afirmou: *Neste processo de produção científica a contribuição de enfermeiro assistencial tem se dado quer inserido em grupos de pesquisa de instituições de ensino como em experiências em instituições assistenciais* (CARVALHO, 1997, p.51).

Na verdade, o desenvolvimento da pesquisa científica em enfermagem no Brasil teve início de longa data, por meio de algumas ações pontuais de pesquisa em enfermagem no Brasil, tais como: “*O Levantamento de Recursos e Necessidade de Enfermagem*”, realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) no ano de 1956 e 1958 (CARVALHO, 1976, p. 324). Em 1963, destaca-se a tese de enfermagem da Doutora Gleite de Alcântara, apresentada para o concurso da cátedra de História da Enfermagem e Ética, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, intitulada “*A Enfermagem Moderna como Categoria Profissional: Obstáculos a sua Expansão na Sociedade Brasileira*” (ANGERAMI,1976, p.25).

Em 1964, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) promoveu o XVI Congresso Brasileiro de Enfermagem, (CEBEn) na cidade de Salvador-BA, quando

se abordou pela primeira vez, em âmbito nacional, a pesquisa como tema central. Desde então, tem sido considerada essencial para o desenvolvimento da enfermagem brasileira (OLIVEIRA, 1964, p. 208).

A despeito desses esforços isolados, foi com a Reforma Universitária de 1968 que, dentre outros comandos, “determinou a instituição regular dos cursos de pós-graduação e consagrava a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão” (SOUZA, 2008, p. 121).

No bojo da Reforma Universitária, criou-se, em 1972, o primeiro curso de mestrado no país, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro; em 1973, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; e em 1975, na Escola de Enfermagem da USP, em Ribeirão Preto. O primeiro Curso de Doutorado no Brasil foi criado em 1981, através do Programa Interunidade de Doutoramento envolvendo as Escolas de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em São Paulo e Ribeirão Preto. (NAKAMAEL, 1987, p. 102).

Em 1971, foi instituído o Centro de Estudos e de Pesquisas em Enfermagem (CEPEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) por meio de uma reunião com a Associação de Delegados da ABEn, sediada em Manaus. Estabeleceu-se como órgão da diretoria em 1976, e teve seu regimento aprovado em 1979. O CEPEn tem como objetivos promover, incentivar e divulgar a produção de conhecimento no campo de Enfermagem. Entre suas atividades, destaca-se a publicação dos catálogos de pesquisas e pesquisadores em Enfermagem. A partir do mesmo ano, passou-se a promover o Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), com a finalidade de congregar pesquisadores, enfermeiros, estudantes de Enfermagem e representantes da comunidade científica, para discutir

a pesquisa como prática e como elemento de desenvolvimento da profissão (CARVALHO, 1997, p. 49 - 53).

O SENPE é realizado de dois em dois anos. No período de 22 a 25 de julho de 1997, foi realizado em Vitória/ ES, o 9º SENPE, quando, entre reuniões de estudiosos de outros temas, ocorreu mesa-redonda em 23 de julho de 1997, que versava sobre A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM: Aspectos Gerais. Nessa pesquisa, investigou-se a distribuição geográfica da produção científica no país, quando se trouxe a lume o desequilíbrio regional da produção e de núcleos produtores do conhecimento. Conforme dados de Arruda (1995), e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) estes:

“permitem identificar cerca de 97 grupos de pesquisa no Brasil. Embora tenha que se considerar os pesquisados não cadastrados pelo (CNPq) julgamos que os dados sejam significativos. A distribuição geográfica dos núcleos é a que segue: Região Norte - nenhum; Região Nordeste - 11; Região Centro-Oeste - 1; Região Sudeste - 66 e Região Sul - 17” (CARVALHO, 1997, p.51).

Como assinalado, a pesquisa em enfermagem no Brasil é considerada prática recente, com início nas décadas de 1950-1960, *sendo marcante a criação dos cursos de pós-graduação em enfermagem em nível de mestrado na década de 70 e, em nível de doutorado no início dos anos 80* (CARVALHO, 1997, p. 50).

O curso de pós-graduação em enfermagem em nível de mestrado no estado do Pará teve início somente em 14 de abril de 1992, vinte anos após o começo do primeiro curso de mestrado em Enfermagem no Brasil, por decisões do Egrégio Conselho Superior de Ensino e Pesquisa (CONSEP) da Universidade Federal do Pará (UFPA. Resolução Nº 2001/ 1992, p. 01).

O referido curso foi ministrado em regime de cooperação técnica com a Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o

Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Entre outros objetivos, cumpre sublinhar: “Promover a qualificação de profissionais de Enfermagem - docentes e assistentes da região amazônica, num Centro-pólo de programa de Mestrado em Enfermagem, contextualizando a própria realidade de trabalho” (UFPA. Resolução Nº 2.001/1992, p. 2). O segundo Curso ocorreu em fevereiro de 1996, ainda em parceria com a Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o terceiro curso de Pós-Graduação em nível de mestrado pela UFPA ocorreu em 1999, desta vez em convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, objetivando ofertar a seus docentes o Curso de Mestrado em Saúde Pública, que culminou com a defesa das dissertações no ano de 2001 (UFPA. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem 2008, p.56).

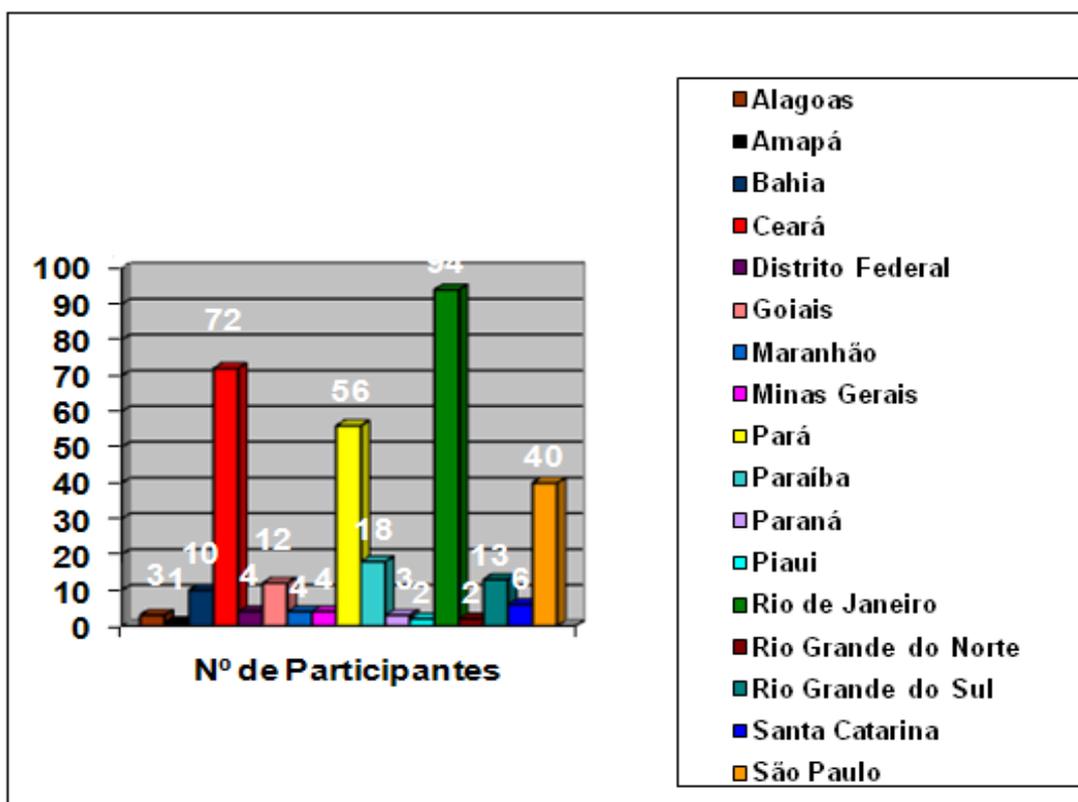
Em 2001, a antiga Escola de Enfermagem Magalhães Barata, criada em 10 de novembro de 1944, curso mais antigo na estrutura da UEPA e do estado do Pará foi contemplado com o curso de mestrado em enfermagem, por meio de um convênio firmado entre a Universidade do Estado do Pará e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de 2001 a 2003, que celebraram entre si o Mestrado Interinstitucional (MINTER). O curso de pós-graduação stricto sensu nível de mestrado em enfermagem resultou na titulação de 14 docentes de enfermagem no estado do Pará (UEPA - Termo Aditivo ao Convênio de Cooperação Técnico-Científico, que entre si celebram a UEPA e a UFRJ. 2001, p. 01). Desse modo, descortina-se a expansão de nova trajetória com bases científicas para a prática profissional no campo da enfermagem no estado do Pará.

Ainda em 2001, a cidade de Belém, capital do Pará, foi palco do 11º SENPE, que versou sobre o tema: “A PESQUISA NO ESPAÇO DA ENFERMAGEM:

Multiplicidade e Complexidade”. Os objetivos foram os seguintes: Oportunizar a divulgação do conhecimento produzido pela Enfermagem brasileira; Favorecer o intercâmbio cultural, aprofundamento e disseminação das tendências emergentes na produção de conhecimento em Enfermagem; Propiciar o desenvolvimento e o conhecimento da pesquisa em Enfermagem, através de cursos, palestras, seminários e outros; Refletir sobre a prática de pesquisa no ensino e serviço de Enfermagem e as estratégias para a sua aplicabilidade através de projetos de extensão; (RELATÓRIO FINAL DO 11ª SENPE. 2001, p.01).

O referido SENPE contou com 485 participantes de 23 estados brasileiros. Desse total, 344 apresentaram trabalhos científicos na forma de Pôster, proporcionando assim a divulgação da produção do conhecimento científico.

Gráfico nº. 01. Número de Trabalhos Apresentados em Pôster no 11º SENPE

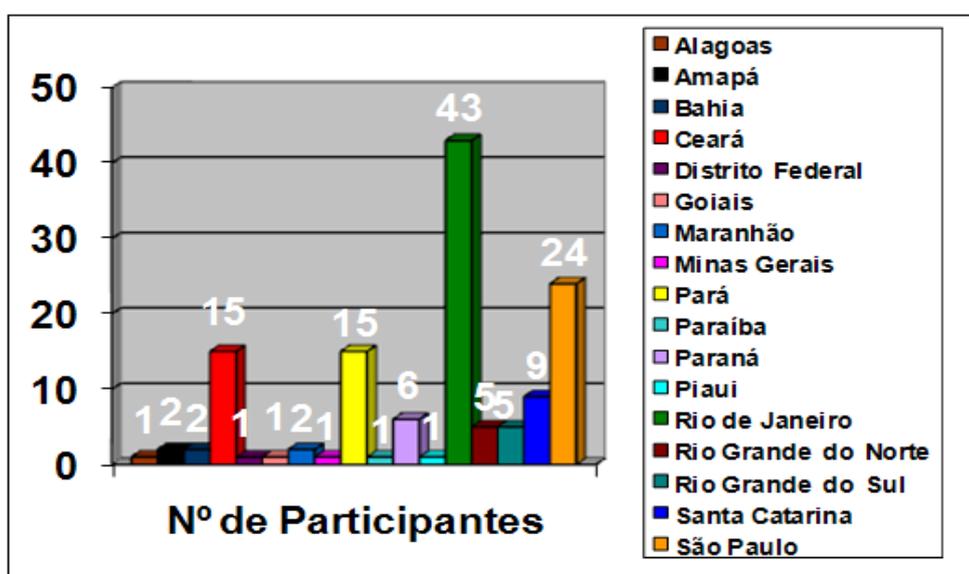


Fonte: Relatório 11º SENPE. **Fichas de Inscrição de Trabalhos Científicos**. Belém, Pará, 2001.

Conforme gráfico acima, os maiores números de pôsteres apresentados foram contemplados por pesquisadores do Rio de Janeiro, seguidos dos estados do Ceará, Pará e São Paulo. Os dados acima expostos permitem constatar que o estado do Pará situou-se entre os quatro primeiros estados mais destacados.

Para os estudos apresentados na modalidade de comunicação oral, foram priorizados os trabalhos de Dissertação de Mestrados e Tese de Doutorado, correspondendo a um total de 134 trabalhos, conforme destacado no gráfico abaixo de Nº 02:

Gráfico nº. 02. Número de Trabalhos Apresentados na forma Oral no 11º SENPE



Fonte: 11º SENPE. **Fichas de Inscrição de Trabalhos Científicos**. Belém, Pará, 2001.

No que se refere à procedência de seus autores, o estado do Rio de Janeiro superou a produção de conhecimento científico com apresentação de 43 trabalhos, o estado de São Paulo com 24, Ceará e Pará com 15 trabalhos. Esses resultados evidenciam, mais uma vez, que a região sudeste lidera quantitativamente a produção acadêmica e sua divulgação nos espaços brasileiros de maior visibilidade acadêmica e científica.

Por outro lado, a enfermagem da Região Norte começa a ocupar novo horizonte no cenário de produção científica, em paralelo à criação de nova oportunidade de qualificação dos profissionais de enfermagem, mediante implantação de cursos de mestrado e doutorado e realização de eventos científicos na região. Esse investimento contribui para capitalização de capital científico. Bourdieu (2004, p. 35) ao tratar do capital científico, o apresenta sob duas espécies, sendo uma delas o capital científico específico, que se traduz em prestígio pessoal, mais ou menos independente, conforme os campos e as instituições. Tal capital repousa “quase que exclusivamente sobre o reconhecimento, pouco ou mal objetivado e institucionalizado, do conjunto de pares ou da fração mais consagrada dentre eles”.

Em 14 de setembro de 2005, teve início a proposta do projeto de Doutorado Interinstitucional (DINTER), envolvendo a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade do Estado do Pará, através da Escola de Enfermagem Anna Nery e a antiga Escola de Enfermagem Magalhães Barata, hoje curso de Graduação em Enfermagem da UEPA. Após várias reuniões, foi firmado o convênio de Doutorado Interinstitucional em Enfermagem, com previsão de início para março de 2008 e término para dezembro de 2010. Tal cronograma não se concretizou, pois o referido DINTER somente teve início em 2009 (UFRJ/UEPA. Maio, 2007, p. 02 -09)

Essas informações sugerem reflexões sobre a importância da cooperação Técnica da EEAN/UFRJ, que vem cumprindo com sua função primária de formação para o ensino, pesquisa e extensão, articulada ao compromisso social, apoio e orientação para atingir este DINTER, e, conseqüentemente, contribuição para o desenvolvimento da Enfermagem da Região Norte.

Esse movimento foi estimulado pelo enfoque atribuído à pesquisa com a promulgação da Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Esse dispositivo legal determina em seu capítulo III, artigo 43 (inciso III, IV, V e VI) a ampliação do papel da universidade na formação do indivíduo, adotando como base fundamental a produção científica e sua divulgação. (BRASIL, 1996 LDB).

É oportuno refletir sobre o teor do Artigo 43 da referida Lei:

- incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;
- promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;
- suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;
- estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;

É indiscutível a contribuição da pós-graduação para a Enfermagem brasileira, pois, com ela, inauguram-se novas possibilidades, com bases científicas para a prática profissional, impulsionando-se a produção de conhecimentos no campo da enfermagem, ao mesmo tempo em que estimulou a criação de novos periódicos no intuito de veicular a produção científica.

Em paralelo, observa-se avanço muito significativo em iniciativas que visam demarcar as ações de enfermagem na área assistencial. Em coerência com as preocupações observadas nos depoimentos anteriormente apresentados, temos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é o método, por meio

do qual uma produção teórica é aplicada à prática de enfermagem. Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas, para a qual se fazem necessárias habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, com vista à satisfação das necessidades do cliente e da família (IYER, P. W; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI, D, 1993).

Nóbrega (2000, p.680) acrescenta que a SAE é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, pois favorece o cuidado e a organização das condições necessárias para isso.

Os dados obtidos ao longo desta pesquisa indicam que os Cursos de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência proporcionaram, não só ao HOL, mas também para a sociedade paraense, com a efetivação de intercâmbio de conhecimentos entre os residentes e os enfermeiros preceptores e demais profissionais setoriais e regionais. Além disso, intensificou-se o estímulo à Pesquisa, à Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Educação Contínua e Permanente. Tais resultados sugerem que seja apropriado propor que se amplie essa modalidade de formação e desenvolvimento do conhecimento, conforme destacado por DG5:

As contribuições dos Cursos de Especialização em Enfermagem na Modalidade Residência para a sociedade foram extremamente relevantes. Em Belém, se podia dizer que tínhamos excelentes recursos humanos em Medicina, porém, não se tinha bons hospitais, hoje temos bons médicos e bons hospitais, porém, nós ainda passamos por uma fase em que dizemos que não se tem uma boa enfermagem [...]. Sendo assim, ao contrário do que está acontecendo ou do que aconteceu, os cursos deveriam ser ampliados (DG5).

No entanto, ao contrário do previsto na Portaria do Ministério da Saúde, Nº 1996/ 2007, que dispõe sobre as Diretrizes para Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no sentido de se “*considerar as especificidades*

regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007, p. 02), o que se observou foi o início de uma crise, cujos desdobramentos serão abordados no sub-capítulo, a seguir.

3.2. REPERCUSSÕES DA CRISE E INTERRUPTÃO DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ

Em 01 de Janeiro de 2007 tomou posse a governadora do estado do Pará, a Senhora Ana Júlia Carepa, do Partido dos trabalhadores (PT), sucessora do então Governador Simão Robson Jatene, do PSDB.

Com a transição para o novo governo estadual, várias foram as acomodações políticas envolvendo os cargos de confiança nas diferentes instâncias da estrutura estadual, considerando que a gestão anterior foi liderada por um grupo opositor, com discurso político-ideológico que transcende os limites regionais. Nesse sentido, ocorreu a entrada de novos agentes no campo, substituindo gestores de várias unidades da área da saúde.

O Hospital Ophir Loyola não ficou imune a essas mudanças e teve o Diretor Geral, Nilo Alves de Almeida, substituído pela Dra. Laura de Nazareth de Azevedo Rossetti; ademais, muitos responsáveis pelos diferentes Serviços foram substituídos. No bojo dessas rearticulações internas, houve a troca do diretor da Diretoria de Ensino e Pesquisa – HOL, Luís Cláudio Chaves, Médico do HOL e docente da UEPA, por Acácio Augusto Centeno Neto, também Médico do HOL e docente da UEPA.

Neste mesmo período, precisamente em 24 de janeiro de 2007, o Magnífico Reitor da Universidade do Estado do Pará, Fernando Antônio Colares Palácios, encaminhou a nova Diretora do Hospital Ophir Loyola, o ofício nº45 GAB/UEPA, informando da impossibilidade de manter a execução financeira do citado convênio. O argumento apresentado se baseava nos “freqüentes questionamentos da Auditoria do Tribunal de Contas do Estado”, acerca do que considerava uma “duplicidade de pagamento de serviços com vínculo com o estado”, em função da existência de docentes da UEPA também pertencentes ao quadro funcional do HOL. O reitor explicitou sua preocupação com a manutenção dos termos do convênio, uma vez que poderia “causar sérios transtornos institucionais e pessoais, inclusive com devolução de valores aos cofres públicos”. (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Ofício nº45-GAB/UEPA. 2007).

O reitor da Universidade do Estado do Pará concluiu a mensagem do ofício sugerindo que o HOL adotasse alternativas para a execução financeira, tal como acontecia com outros órgãos, tais como a efetivação de contratos com fundações ou instituições congêneres, sendo, no entanto, mantidas as parcerias de natureza acadêmica. (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Ofício nº45-GAB/UEPA. 2007).

Diante do impasse, o Diretor Geral e o diretor da Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL (DEP - HOL) depararam-se com dificuldade referente à remuneração dos envolvidos com a Residência de Enfermagem no HOL, tendo em vista as dificuldades no estabelecimento de parcerias com Fundações ou outras instituições da mesma natureza.

A alternativa encontrada pelo diretor da DEP- HOL foi de suspender todas as atividades relacionadas à Residência de Enfermagem que gerassem custos para o

hospital. A impossibilidade de manutenção dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência, de modo a não produzir encargos financeiros para a instituição foi objeto de intensa discussão, que envolveu o próprio diretor da DEP- HOL e a Chefa da Divisão de Ensino HOL, enfermeira Zandra da Silva e Mota, e as demais Coordenadoras (PARÁ. Memorando Nº 123/ 07).

A Enfermeira Zandra da Silva e Mota, sentindo-se ofendida com a condução da discussão, enviou em 29 de agosto de 2007, um memorando (Nº 123/ 07 – DE/ DEP) à Dra. Laura de Nazareth de Azevedo Rossetti, diretora Geral do HOL, no qual sugeria a abertura de auditoria, para apuração do que considerou injúrias a ela dirigidas pelo diretor do DEP- HOL. (PARÁ. Memorando Nº 123/07)

Essa iniciativa deu ensejo à exoneração da enfermeira do cargo de Chefa da Divisão de Ensino do DEP – HOL, publicada em 19 de setembro de 2007, conforme consta da Portaria Nº 549/ 2007 (PARÁ. Portaria nº 549/2007 – GAB. DG/HOL).

Diante da emergência dos conflitos apresentados, os enfermeiros dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência se organizaram no intuito de buscar apoio em diferentes frentes, como Conselho Regional de Enfermagem, representante da Universidade do Estado do Pará e Ministério Público, como bem ilustram os fragmentos de depoimentos, a seguir:

A discussão sobre a Residência em Enfermagem começou com alguns residentes que procuraram o COREn para manifestar a sua insatisfação com relação ao andamento do Curso de Especialização em Enfermagem Modalidade Residência, [...] este grito iniciado pelos enfermeiros residentes e acabou refletindo na Instituição que chamou o Conselho Regional de Enfermagem para discutir o tema. O Conselho Regional de Enfermagem passou a fazer parte das discussões com o Hospital, quando a interrupção já era quase inevitável pela própria postura adotada pela Instituição, que já não aceitava alguns mecanismos de operacionalização do Curso e não aceitava também negociar para que aquele Curso fosse mantido (DEC2).

[...], nós nos mobilizamos [...]. Primeiro nós fizemos uma reunião só nós os alunos. [...] Havíamos chegado de um Congresso com muito material e chamamos o Conselho Regional de Enfermagem para nos ajudar [...], fizemos um documento pedindo uma reunião entre o COREn e Universidade que, na ocasião foi representada pela professora Laura Vidal,

em nome do Reitor da UEPA [...]. Resultando que a Diretora do hospital se recusou a receber a professora Laura Vidal Nogueira, por ela ser enfermeira e, mesmo ela representando o Reitor, ela não estava lá como enfermeira estava como representante de uma autoridade da Universidade. Foi um momento de muito estresse, [...]. Em síntese a reunião ocorreu, mas foi completamente improdutiva (DE3).

Houve na época uma mobilização dos estudantes do referido Curso de Especialização. Coincidentemente, nós estávamos vindos de um Congresso do Conselho Regional de Enfermagem e dentro deste Congresso existia outro congresso “CONARENF” que é o Congresso Nacional dos Residentes de Enfermagem que aconteceu em Porto Seguro, em 2007, [...]. Quando voltamos deste Congresso, [...] foi quando começaram os atritos, [...], então começamos a nos mobilizar não era possível ver as aulas teóricas sendo adiadas sem previsão de retornar e nós procurávamos vários órgãos como o COREn que participou daquele Congresso conosco também em Porto Seguro, então ele estava por dentro de toda a história da Residência; procuramos também apoio na UEPA através de representante tanto na Reitoria quanto no Centro de Ciência Biológica da Saúde, nós procuramos além destes representantes, o Ministério Público para garantir que as nossas aulas fossem concluídas [...] finalmente, procuramos até o jornal escrito. Procuramos o jornal liberal que é um jornal de grande circulação em Belém, e nós tivemos várias notas no Repórter 70, [...] afinal de contas não dá para fazer uma mobilização maior, até por causa do nosso quantitativo de Residentes, [...]. Esta reunião foi pouco produtiva [...]. E quando colocamos o Ministério Público nas nossas ações, nós só demos entrada para garantir as aulas, nosso erro foi esse, sempre nos preocupamos com a estrutura, em manter a Residência, até terminar o nosso Curso e não nos preocupamos na manutenção do Curso para turmas futuras (DE4).

[...], na época os residentes se reuniram, todos ficaram revoltados [...], e alguns alunos se juntaram e foram até o COREn conversar com o Antonio Marcos, pedir-lhe ajuda ver o que ele poderia fazer, de que forma ele podia intervir. Ele chegou a reunir com a Direção do Hospital para tentar a melhor forma de ser resolvido o problema (DE5).

Houve uma grande mobilização dos enfermeiros para evitar a interrupção do Curso de Especialização [...], então todos os residentes da época foram reivindicar junto à UEPA que era a Universidade vinculada ao Hospital Ophir Loyola para não acabar a Residência, e também foram junto ao COREn. [...] Então, o presidente do COREn profº Antonio Marcos..., reuniões com a chefia de Campus do CCBS e, com a chefia do Curso de Enfermagem tudo para lutar pela causa para ver o que poderia ser feito. O COREn fez o que pôde, ele não é um órgão para se envolver com questões acadêmicas, mas ele lutou da forma que eu acho ele fez o que pôde para que não terminasse o Curso. [...] (DE2).

[...], mas nós fazíamos nossas paralisações dentro do Hospital, tentávamos o apoio dos nossos enfermeiros que eram o nosso estafe, ou até mesmo colegas de clínica. Nós não tínhamos um apoio tão intenso, era meio frio, tênue, eles se sentiam ameaçados porque houvera troca da chefia de Enfermagem e poderiam ser retaliados com a perda do emprego, com a troca de clínica, de horário se eles nos apoiassem claramente neste processo, nesta crise política da Residência de Enfermagem (DE4).

Além disso, entre outras implicações, cumpre sublinhar conforme destacado nos depoimentos abaixo transcritos, que a mudança da diretoria, não foram bem

absorvidas, o que se evidenciou com dificuldades entre os envolvidos com ensino e pesquisa no âmbito daquela instituição, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência:

A interrupção [...], deveu-se às questões políticas. [...], foi troca de governo, com troca de partido, logo, entrou outro Diretor para o Hospital que já não viu a Residência com bons olhos como era vista antes, então estas questões políticas interferiram negativamente na área da saúde, em particular na mudança da Direção do Hospital, na Direção da Enfermagem, direção está que já se perpetuava há quinze anos. Tudo isto gerou certa desestruturação interna no Hospital, abalando também a Residência (DE2).

Fundamentalmente à mudança de gestão de governo, pois foi muito brusca a diferença de ideologia política que antes era de um partido de direita e agora entrava um partido de esquerda, com outra visão, isso acabou mexendo com muitas instituições do estado e, por consequência, a própria Residência que fazia parte de uma das Instituições do estado, o Ophir Loyola, [...], uma vez que os problemas poderiam ser tratados, minimizados e não optarem pela paralisação do Curso (DEC2).

[...]. Eu acredito que houve uma falta de compromisso, falta de compromisso dos gestores, falta de compromisso político com a causa e é uma pena constatarmos isto, realmente, porque não foram só estes cursos de Residência que acabaram. [...] (DG3).

[...] a interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem na Modalidade Residência aconteceu por um momento político [...], houve uma transição de gestão que acabou acarretando a mudança de Diretor Geral no Hospital [...], a Diretora Geral do HOL tinha uma resistência muito grande em permanecer com a Residência de Enfermagem, porque ela dizia que o custo era muito elevado, então o que ela pôde fazer enquanto gestora do hospital e seus subordinados para eliminar a Residência ela fez e, infelizmente, nós não conseguimos reverter o quadro (9DE4).

[...] falta de compromisso da política do governo atual, não houve compromisso de gestão, não houve compromisso dos governantes no sentido de defender a saúde pública, de defender uma saúde com qualidade, de tratar o enfermeiro, de qualificá-lo melhor para uma assistência de enfermagem de média e alta complexidade e até mesmo para uma básica [...]. Mas também houve muita falta de articulação da categoria, nós entendemos que os profissionais enfermeiros não usam a Corporação para se articular devidamente unido, para se defender e isso foi uma perda muito grande. Na época, nem a própria ABEn, nem o COREn e nem o Sindicato se articularam de maneira efetiva junto ao governo, para que não houvesse aquela interrupção, o que foi lamentável. (DEC1).

O Diretor anterior, (Luis Cláudio Chave) além de ser uma pessoa articulada politicamente no âmbito da Saúde, também procurava se articular com autoridades no âmbito da Educação. [...], mas, infelizmente, com a política e suas questões partidárias, ocorreu a mudança do Diretor de Ensino e Pesquisa, e o novo Diretor (Acácio Augusto Centeno), apesar de ser

professor da UEPA, teve muita dificuldade em absorver o que era esta Residência e ficou muito claro para nós, que havia sim uma dificuldade particular dele de entender o Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência. [...] (DG1).

Entrou um grupo de um partido diferente ao anterior, com o aparente interesse de desfazer, ou seja, políticos que ao invés de aproveitar o que foi feito por outros e, por conseguinte, incrementar com suas novas idéias, buscavam desfazer o que já estava pronto. Sinceramente, não havia necessidade disto, foi uma visão equivocada, errônea, com um fundamento absolutamente político como base, mas, sobretudo, uma visão limitada de quem estava gerenciando tudo isso [...] (DG4).

Isto ocorreu devido a problemas políticos [...]. A equipe que assumiu o Hospital, não conhecia nossos programas, eram muito técnicos, [...], e não conhecia a dinâmica de funcionamento do trabalho, e nem tiveram a humildade de querer conhecê-lo. Contudo, deveriam ter tais conhecimentos, ademais, a nova gestão vinha da própria UEPA (DG5).

Tal conjuntura política interfere na dinâmica das coisas, assim, recorremos a Bourdieu (2007, p. 409) quando afirma que, diante dessa situação, são formuladas algumas questões que podem se situar na região intermediária entre a moral e a política e, assim, consegue-se ver melhor a contaminação da política pela moral e o deslize da indignação moral para o “integrismo político”, com destaque, entre aqueles que, por sua própria posição no espaço social, estão mais predispostos a uma percepção moral do mundo social.

No entendimento dos profissionais envolvidos com o Projeto da Residência de Enfermagem, o movimento de crise foi produto de questões ideológicas e partidárias. Em parte, acreditavam que isso se deveu às dificuldades de valorização do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência pelo grupo que assumiu funções decisórias na administração do HOL.

É interessante registrar que, na administração pública ou privada, mudança de pessoas que exercem função de poder institucional se fazem acompanhar por alterações de ações administrativas, o que gera um problema, classificado como descontinuidade do planejamento e da política institucional.

Esse fenômeno ganha contornos mais expressivos, à medida que agrega disputas político-partidárias e, muito mais, quando isso significa a ruptura de um modelo intensamente contestado por longo tempo, e para que se obtenha êxito, é importante ser cuidadoso no encaminhamento dos projetos políticos e preenchimento de vagas nos chamados postos de confiança.

Esse cuidado, no entanto, deve ser acompanhado de critérios, uma vez que pode imobilizar o fluxo administrativo, comprometendo o funcionamento de diferentes setores da administração pública, incluindo-se aí algumas atividades nevrálgicas ao bem-estar social. A esse respeito, Demo (2008, p. 99) acrescenta que embora haja distinção entre o que se entende como 'crescimento', associado a aspecto apenas econômico, e o 'desenvolvimento', associado a crescimento comprometido com o social, este último ganha, nos dias atuais, dimensões 'múltiplas e matizadas'. Isso reforça nosso entendimento acerca da complexidade no tratamento desse tema.

Para Bourdieu (1997, p.215), deve-se atentar para o verdadeiro objeto da análise, que deve ser "construído contra as aparências e contra todos os que se concentram em ratificá-las", é, portanto, as construções políticas da realidade deixada à intuição e às representações de tal realidade e, com isso, contribuem para produzir efeitos bastante reais, sobretudo, no universo político no qual elas estruturam a discussão, inclusive o universo científico. Então não devemos ignorar os danos causados pelas ações políticas, não perder de vista que estas terão reflexos diretos ou indiretos no cuidado de enfermagem à sociedade paraense.

A não priorização da manutenção dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência, por parte do governo estadual que acabava

de assumir, colocou em situação crítica a continuidade do Projeto de Residência de Enfermagem no HOL.

Isso provocou grande impacto nas pessoas que estavam à frente desse processo, tais como coordenadores, preceptores, egressos, representantes de classe e para a sociedade paraense em geral, conforme depoimentos abaixo:

[...]. O abalo ocorreu na assistência prestada aos nossos pacientes oncológico. Porque na época da existência da Residência éramos realmente obrigadas a estudar, querendo ou não tínhamos que nos capacitar. Acredito que existiram significativas perdas em se tratando da assistência em detrimento à paralisação do Programa de Residência (DP1).

[...]. Dor e prejuízo. Porque um trabalho que vinha se desenvolvendo de forma linda, (Nesse momento a depoente se emociona e a fala fica intercalada com algumas pausas, expressão de decepção e presença de lágrimas) [...], de repente tira-se, acaba-se com tudo, como se fosse uma coisa que não tivesse nenhum valor [...]. Então, eu acho que foi a coisa que mais impactou, chocou e que mais doeu. Uma atitude leviana e que custou um preço caro para a sociedade. Todos perderam, e principalmente os nossos pacientes. O nosso estado também perde e perde também o Brasil, porque enquanto por aí se luta para ter Residência, o Hospital Ophir Loyola simplesmente acaba com sua Residência (DP2).

[...] foi um momento doloroso quando percebemos que havíamos retrocedido no tempo, a triste constatação de ter perdido algo extremamente valioso [...]. Sem mencionar os prejuízos em relação à ausência de recursos humanos especializados para atuar nas áreas estratégicas do estado, onde a presença desses profissionais se faz cada dia mais necessário. E por fim, a perda da cientificidade, experiências e discussões acerca da residência (DP3).

Este impacto veio trazer insegurança para os enfermeiros, para Hospital Ophir Loyola, trouxe também um questionamento sobre esta questão política. Há residente desta época que ainda não concluiu o seu trabalho e ainda não o apresentou, como fica o nome da Instituição? Como fica o nome da Enfermagem? E o que aconteceu? [...], mas este impacto de desmotivação ele permanece até hoje, mudança de profissionais, mudança de estrutura; antes, sabíamos o rumo traçado, hoje tudo é incerto (DP4).

[...]. Além da perda do objetivo de um Hospital como Hospital-Escola, Hospital de referência, pra nós representou tudo isso, e, muito mais, no campo político. Representou um retrocesso de governo, porque o prejuízo maior, apesar da Enfermagem ter sofrido com isso, seria para a própria Instituição para os pacientes que perderam a assistência de Enfermagem mais qualificada (DEC2).

[...], as questões políticas foram um entrave muito grande para o crescimento do curso [...] (DGE1).

Como se depreendeu dos depoimentos anteriormente transcritos, parte expressiva dos participantes do estudo mencionaram que a interrupção dos Programas de Residência em Enfermagem estava impregnada de forte cunho político, com muitas implicações, sobretudo para a saúde da sociedade paraense.

Nessa perspectiva de análise, é preciso ter em mente a lógica de desenvolvimento social, a qual, para ser incluyente e baseada em políticas universais, precisa considerar também a relação entre os entes federativos. Na prática, constante tensão permeia a relação entre os entes que constituem a federação brasileira: União, estados e municípios. O nível de autonomia de cada qual faz com que políticas, mesmo universais, como é o caso da saúde, necessitem de um pacto para se realizar. Ocorre que estados e municípios têm relativa autonomia política para decidir se aderem ou não a determinada agenda social, de acordo com seus interesses e do capital político envolvido, pois, tais decisões interferem diretamente nos arranjos políticos locais de qualquer política universal (OLIVEIRA, 2008, p. 40).

Além disso, devemos também ter presente aspectos muito peculiares da Amazônia Legal, na qual se inclui o estado do Pará, com elevada densidade demográfica às margens dos rios que circundam as grandes cidades e suas periferias. O estado do Pará detém grande bacia hidrográfica, tendo no rio Amazonas o eixo principal, para o qual convergem milhares de afluentes. O clima equatorial, sempre quente, é predominante, com temperatura superior a 25 °C. (OLIVEIRA, 2008, p. 63).

O grau de precariedade social é mantido por um processo crescente de ocupação, com a expansão de cidades, cuja fonte de arrecadação é predominantemente precária, contando nos dias atuais, quase que exclusivamente,

com transferências de recursos federais. Outros fatores também contribuem para a manutenção de indicadores de saúde insatisfatórios, quais sejam: a destruição ambiental, grande exclusão social, desestruturação dos meios de reprodução socioeconômicos das populações locais, além de extrema concentração fundiária, todos resultantes de políticas justificadas pelo “mito do vazio demográfico”. (OLIVEIRA, 2008, p. 63, 67).

Os grandes projetos de exploração mineral, energética e florestal em escala industrial contribuíram para a formação de enclaves de riqueza e modernidade, envoltos por pobreza e ausência de oportunidades para populações excluídas dos processos produtivos de outras regiões do país, que se deslocaram para a Amazônia Legal em busca de oportunidades. Com baixa articulação com as economias locais, esses projetos orientaram-se para a exportação de matérias-primas não-renováveis, com altos custos para os cofres públicos e energia gerada por rios, profundamente alterados, provocando impactos ambientais, sociais e epidemiológicos em grande escala. Tais projetos também não conseguiram ir além da matriz primário-exportadora, impondo uma economia extrativista de baixa agregação de valor e reduzida arrecadação, pois, ao seu redor, foram escassas as atividades produtivas (BECKER, 2005, p. 67; PAS, 2004, p.35).

Nesse contexto sócio-econômico, o quadro da saúde na região Amazônica revela desigualdades marcantes, produto de um processo histórico, econômico e social que impactou, sobremaneira, seus recursos florestais e culminou com um quadro epidemiológico, no qual recrudescem doenças infecto-parasitárias endêmicas, e outras tidas como erradicadas: febre amarela, dengue, leishmaniose. Além disso, a expansão das atividades minerais favoreceu o surgimento de doenças ocupacionais, com importantes manifestações clínicas (COUTO, 1991, p. 57).

Para ilustrar o impacto desse contexto para a saúde no estado do Pará, consultamos o Caderno de Informações em Saúde publicado de julho de 2007 do Ministério da Saúde. Nesse documento, fica claro que o estado do Pará é responsável por 25,7% da proporção de óbitos por causas mal-definidas na região da Amazônia Legal. Isso indica deficiências no preenchimento das declarações de óbitos e precariedade dos recursos médico-assistenciais. Se considerarmos apenas os nove estados que integram a região da Amazônia Legal, observaremos que o estado do Pará apresenta indicadores de saúde bastante comprometedores, colocando-o em desvantagem na própria região, tais como: Doenças do aparelho respiratório (2º lugar); Afecções originadas no período perinatal (2º lugar); Incidência de malária (2º lugar); Doenças infecciosas e parasitárias (3º lugar); Incidência de hanseníase (5º lugar); Causas externas (6º lugar); Neoplasias (7º lugar) (OLIVEIRA, 2008, p. 74- 77).

No entanto, alguns problema de saúde (Doenças do aparelho respiratório, Causas externas e Neoplasias) eram objeto de estudo dos enfermeiros no projeto de residência do HOL.

Esses dados revelam que o perfil epidemiológico do estado do Pará é pontuado pela sobreposição de indicadores de naturezas distintas. Por um lado, prevalecem como causas de óbitos as doenças crônicas não-transmissíveis e agravos como causas externas, próprias do processo de transição epidemiológica e do processo de urbanização crescente. Por outro lado, evidenciam-se, de maneira expressiva, as doenças decorrentes de precárias condições de vida e do baixo acesso as medidas de prevenção e controle e aos serviços de saúde. (OLIVEIRA, 2008, p. 78).

É diante desse contexto social que se instalou a crise acerca da manutenção dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência. Certamente, os profissionais envolvidos com a criação da Residência de Enfermagem, conhecedores da realidade local e regional dos indicadores epidemiológicos de saúde, tinham motivos suficientes para manifestar repúdio com a iminência de interrupção da Residência de Enfermagem.

Além disso, essa crise poria fim à possibilidade de reatualização do *habitus* profissional dos enfermeiros recém-formados, em relação às especialidades regionais de saúde cujo anseio por especialização ficaria restrito ao financiamento de Cursos de Especialização, em quantidade limitada no estado, que, ainda assim, servem muito mais à incorporação de conhecimentos teóricos do que propriamente ao desenvolvimento de destreza em determinada área de conhecimento.

Cabe, portanto, enfatizar que a inserção dos novos agentes na Direção Geral e na Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL evidenciou jogo de poder, onde o capital político foi decisivo para a interrupção dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência, o que resultou numa lacuna na especialização dos profissionais de enfermagem no estado do Pará. Tal medida, na prática, representou a negação da oportunidade de reatualização do *habitus* profissional.

O poder simbólico enunciado pelos dirigentes recém nomeados para os principais cargos do HOL (Direção geral e Diretor da DEP-HOL) prevaleceu sob os demais agentes desta instituição, em especial aqueles envolvidos com o Projeto de Residência de Enfermagem. Tal condição se deu pela capacidade de fazer ver e fazer crer através dos gestos, atitudes e palavras. As palavras de ordem possuem poder de manter a ordem ou de subvertê-la, em função da crença na legitimidade

das manifestações daquele que as pronuncia; ou seja, quem fala e de onde fala. (BOURDIEU, 2010, p. 14).

Por um lado, a *nomeação oficial*, enquanto ato de imposição simbólica, tem a seu favor a força do coletivo, do consenso, do senso comum, porque se faz operada por um mandatário do Estado e, portanto, detentor do monopólio da violência simbólica legítima. Nessa condição, pode influenciar ou determinar políticas internas capazes de interromper ações políticas, como o Projeto de Residência de Enfermagem, já reconhecido dos enfermeiros residentes, preceptores e representantes de entidade de classe da categoria, e outros (BOURDIEU, 2010, p.14).

Por outro lado, não se pode ignorar que a interrupção da possibilidade de qualificação dos enfermeiros implica no impedimento a esse grupo de acesso a um título profissional, que representa espécie de regra jurídica de percepção social como um direito, que funciona como distinção social, capaz de lhe conferir todas as espécies de ganhos simbólicos. (BOURDIEU, 2010, p. 148). Esse aspecto, explica em parte o inconformismo daqueles que muito tinham a perder com a interrupção do referido curso.

Por outro ângulo de análise, a reação do grupo pode ser explicada pela consciência desenvolvida ao longo do Curso acerca do que seja política social, que para Demo (2008, p. 25), não se restringe à ajuda, piedade ou voluntariado. Trata-se de um processo social, por meio do qual “*o necessitado gesta consciência política de sua necessidade*”, e, em função disso, emerge como sujeito de seu próprio destino, tendo sua própria atuação organizada como condição fundamental para o enfrentamento da desigualdade. Acrescenta o autor (2008, p. 26) que “*política social*

emancipatória” é aquela na qual se pavimenta a cidadania organizada dos interessados, onde os sujeitos são co-participantes e co-decisores.

O Hospital Ophir Loyola e o Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência constituem um campo científico e, assim, representam campo de forças e, portanto, espaço social de lutas de seus agentes para conservar ou transformar esse campo de forças (BOURDIEU, 2008, p. 24). Logo, o grupo manifesto une-se e define suas estratégias de luta, cujo interesse era o de reverter um movimento avançado para a interrupção da residência de Enfermagem no HOL.

Cabe salientar que, como de praxe nessas situações, interesses político-partidários também determinaram a interrupção de outros projetos de capacitação profissional, como ficou explicitado no depoimento a seguir transcrito:

[...] Todos os cursos de agenda mínima que eram feitos com o estado e a Universidade foram suspensos e, com isso, inúmeros alunos ficaram prejudicados. Inúmeros profissionais não concluíram seus cursos. Então para mim, também houve um descaso, uma falta de compromisso político com essa causa da capacitação, [...] (DG3).

O referido convênio integrava projeto do governo estadual liderado por Simão Jatene sob a designação de “agenda mínima”, que, no caso, estabeleceu o objetivo de viabilizar a capacitação de profissionais da área da saúde de nível elementar, médio e superior, com o repasse de recursos financeiros por parte da Secretaria Executiva de Saúde Pública e a Universidade do Estado do Pará. Os depoimentos abaixo transcritos esclarecem esses aspectos:

Eram projetos de grande relevância para o desenvolvimento sustentável do estado. [...], ele passou a ser planejado em maio/2005, mas somente começou a ser executado a partir de março/2006; com ele nós tivemos inúmeras ações que foram selecionadas para que nós pudéssemos atingir os 143 municípios do estado, [...] com a mudança de governo ocorreu à demora no repasse dos recursos, e sem os recursos não poderíamos trabalhar [...], porque com a mudança de governo ocorreu a mudança do Secretário de Saúde, o Dr. Aumélio Alves Sobral Neto, na época, ele não deu tanto valor ao projeto que já estava em fase de conclusão, [...] a UEPA, através da Coordenadoria dos Projetos registrou em Relatório que dos 91 cursos previstos para os níveis elementares e médios, superiores e de

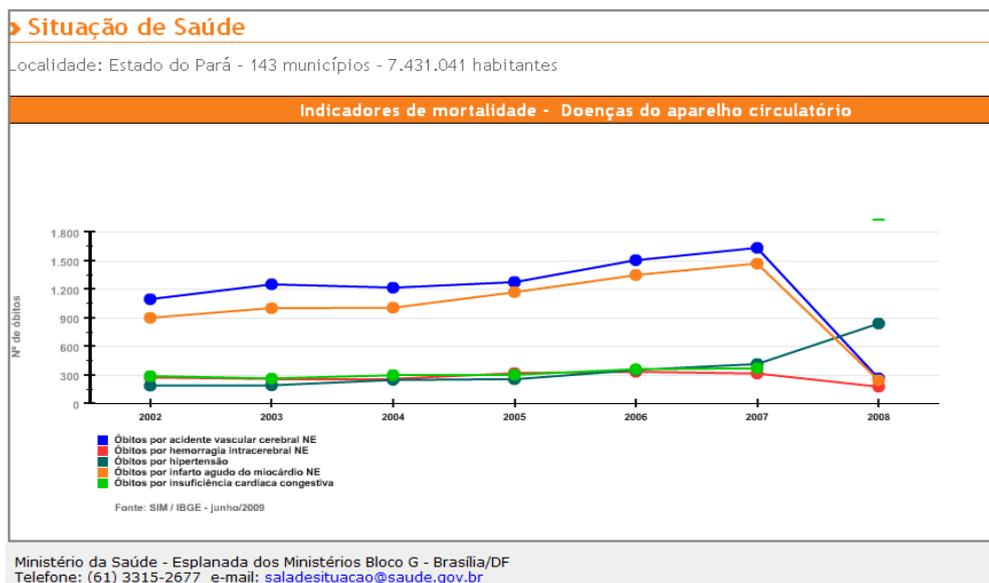
especialização somente foram realizados 51 correspondente a 56,04% do total. [...].

As descontinuidades no andamento de projetos políticos, sobretudo aqueles de natureza social, dentre os quais se situa a área da saúde, tiveram como consequência o agravamento do cenário crítico no estado. Cumpre notar, com base em dados de 2007, que são eloqüentes por si mesmos, que a taxa de não alfabetizados correspondia a 11,7% das pessoas de 15 ou mais anos, enquanto a taxa de analfabetismo funcional atingia 27,5%; quanto à proporção de pobres o estado do Pará, também em 2007, atingia a 47,32% de sua população. (ANUÁRIO Pará, 2011, p 295-300).

No que se refere aos indicadores na área da saúde no mesmo ano, por exemplo, no que tange à relação de médicos por 1000 habitantes, o Pará ostentava o penúltimo lugar, com 0,77 médicos por 1000 habitantes, superando apenas o estado do Maranhão, com 0,59 médicos por 1000 habitantes. Quanto à relação de leitos por 1.000 habitantes, em levantamento realizado até o ano de 2006, verificou-se que o estado do Pará também apresentava uma das piores taxas, com 1,6 leitos por 1.000 habitantes, superando apenas os estados de Roraima, Amazonas e Amapá, todos da região norte do país. (ANUÁRIO Pará, 2011, p 295-300)

Conforme gráfico a seguir, pode-se constatar que as principais causas de mortalidade entre as doenças do Aparelho Circulatório são: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca Congestiva e Hemorragia Intracerebral.

Gráfico nº. 03. Principais Causas de Mortalidade entre as Doenças do Aparelho Cardíaco no estado do Pará – Brasil – 2002 a 2008.



Todas essas complicações exigem intervenção altamente especializada e em unidades de tratamento e reabilitação de alta complexidade tecnológica, portanto, de elevado custo financeiro. Mais uma vez, fica evidenciada a necessidade de profissionais preparados, com domínio científico e habilidades técnicas, muito bem incorporadas ao longo dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade residência.

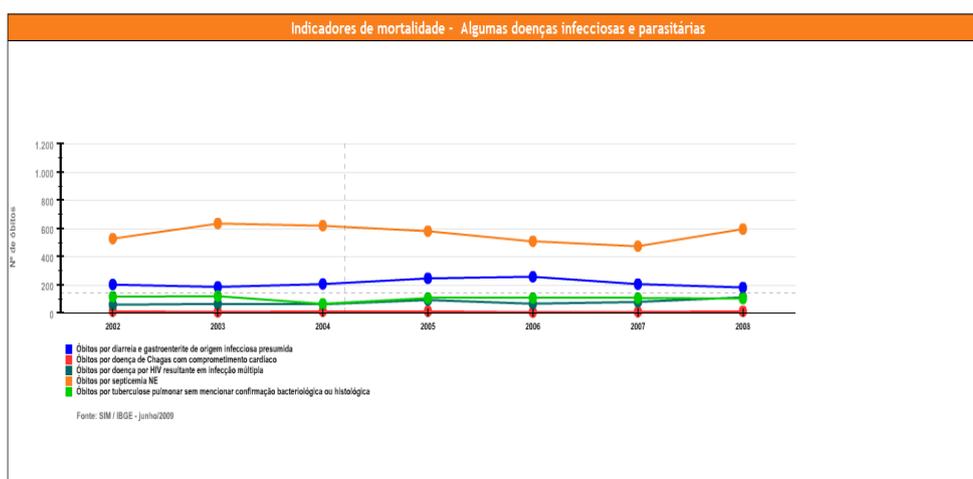
Cabe acrescentar que as doenças do Aparelho Circulatório atingem, principalmente, a parcela da população de maior faixa etária. Assim, devemos considerar o crescimento da população idosa brasileira, com perspectivas de ocupar o sexto lugar no mundo até o ano de 2025. Esse fenômeno é responsável por importantes alterações na sociedade, podendo agravar-se no futuro, com impacto na economia, no mercado de trabalho e no sistema de saúde, o que requer a adoção de políticas sociais bem ajustadas às demandas resultantes do envelhecimento da população (PICCINI et al, 2006, p. 658). Nesse sentido, algumas medidas têm sido adotadas, como a Política Nacional do Idoso, regulamentada pela lei no 8.842, de 04

de janeiro de 1994 – Cap. IV, art. 10, dispondo sobre os cuidados de saúde direcionados a este grupo populacional, e o Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, que prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional.

Outras preocupações envolvem políticas públicas, como por exemplo, no que se refere ao aumento da taxa de doenças cardiovasculares, responsáveis por mais de 40 % das mortes no país. O Brasil passou, em menos de 40 anos, de um perfil de mortalidade próprio de uma população jovem para um desenho caracterizado por doenças complexas e mais onerosas, associadas às faixas etárias mais avançadas (BRASIL, 2009, p. 80)

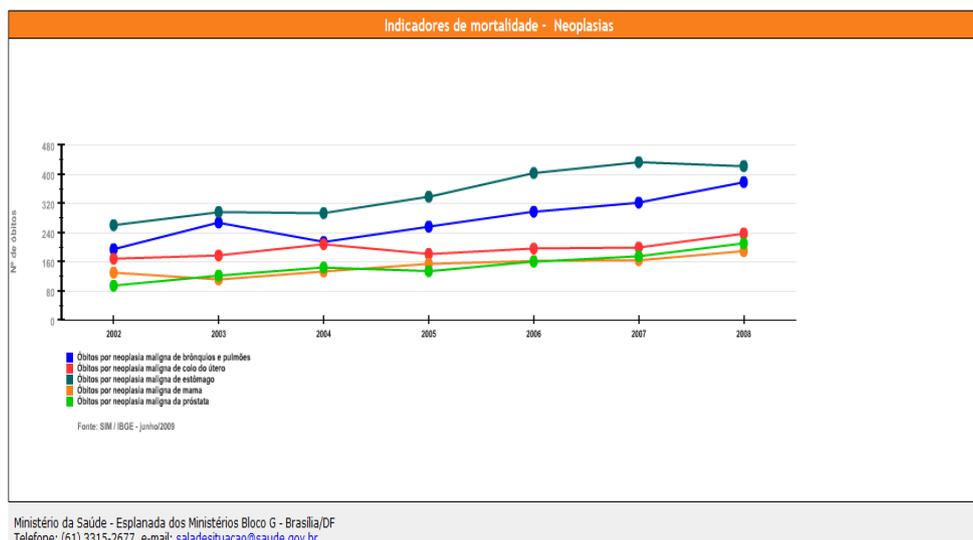
O gráfico abaixo nos permite observar que as principais causas de mortalidade, considerando algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias, sendo a Septicemia, seguida de Diarréia e gastroenterite; Tuberculose Pulmonar; HIV e doenças de Chagas.

Gráfico nº. 04. Principais Causas de Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, Septicemia, Diarréia, Gastrite, Tuberculose Pulmonar e HIV no estado do Pará – Brasil - 2002 a 2008.



Outra grande causa de mortalidade no estado do Pará são as doenças neoplásicas.

Gráfico nº. 05. Principais Causas de Neoplasia no estado do Pará – Brasil - 2002 a 2008.



No contexto das Doenças Crônico Degenerativas, também podemos incluir as neoplasias. Para melhor compreensão da magnitude dessa patologia, destacamos alguns aspectos tratados em um evento realizado nos dias 12 e 13 de março de 2009, na cidade do Rio de Janeiro. Trata-se do Seminário de Avaliação Final do Edital de Neoplasias - 2005, apoiado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT).

Na oportunidade, o representante da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, Cláudio Noronha, teceu comentários gerais, com relevantes esclarecimentos sobre dados epidemiológicos do câncer no Brasil, apresentando estimativas, incidência e mortalidade. De acordo com a explanação, o Brasil é considerado um país de média para alta incidência de câncer. Apenas em 2008, por exemplo, registraram-se 352 mil novos casos no país, situando-se as taxas mais elevadas nas cidades mais desenvolvidas. (BRASIL, 2009, p. 02)

Estimativas do INCA previram para 2009 cerca de 470 mil novos casos de câncer no Brasil. Atento às necessidades da população brasileira, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e seus parceiros – CNPq, Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia, Fundações de Amparo à Pesquisa, Secretarias Estaduais de Saúde, FINEP - investiram cerca de R\$ 45 milhões no desenvolvimento de pesquisas em câncer, no período de 2003 a 2008. (BRASIL, 2009, p. 02)

Esses investimentos financiaram cerca de 260 projetos de pesquisa que investigam os cânceres mais prevalentes no Brasil, como, por exemplo, o câncer de mama, de próstata e de pulmão. Esses projetos visam à produção de novos conhecimentos a respeito da biologia da doença, bem como a obtenção de novos testes diagnósticos e novas perspectivas de prevenção e tratamento. (BRASIL, 2009, p. 02)

Cláudio Noronha, do INCA, destacou o aumento da mortalidade por câncer de mama nas mulheres e de próstata nos homens. Citou ainda o papel da Rede Câncer, uma rede de trabalho cooperativo para o controle do câncer, com participação do governo federal, secretarias estaduais e municipais de saúde, universidades públicas e particulares, serviços de saúde e centros de pesquisa, assim como de organizações não-governamentais e sociedade em geral. (BRASIL, 2009, p. 02)

Esses indicadores reforçam a magnitude do desafio de articular as políticas públicas em todas as áreas à mudança no perfil demográfico da população brasileira e suas repercussões, em particular, para a saúde dos idosos.

Esse é mais um argumento a reforçar a abrangência do retrocesso que significou a interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica –

Modalidade Residência, uma vez que qualificava enfermeiros para atuação nessa especialidade, em um Hospital de referência no tratamento oncológico para as regiões norte e nordeste do país.

Outro indicador de mortalidade no estado do Pará refere-se às causas externas. Em matéria publicada no Jornal “O Liberal”, em 25 de fevereiro de 2011, intitulado: “Pará é o 4º em Violência no País”, o jornalista Thiago Vilarins descreve o mapa da violência no território nacional. Com apoio em dados fornecidos pelo Ministério da Justiça, revela que, na Região Metropolitana de Belém, ocorrem 97 homicídios por mês, o que representa 47 homicídios para cada 100 mil habitantes. Análise mais detalhada da informação permite constatar que, entre as 6 cidades mais violentas do país, 3 são do estado do Pará (Itupiranga – 1º lugar; Marabá – 4º lugar e Goianésia do Pará – 6º lugar), o que situa o estado como o 4º mais violento do país. (JORNAL O LIBERAL, 2011).

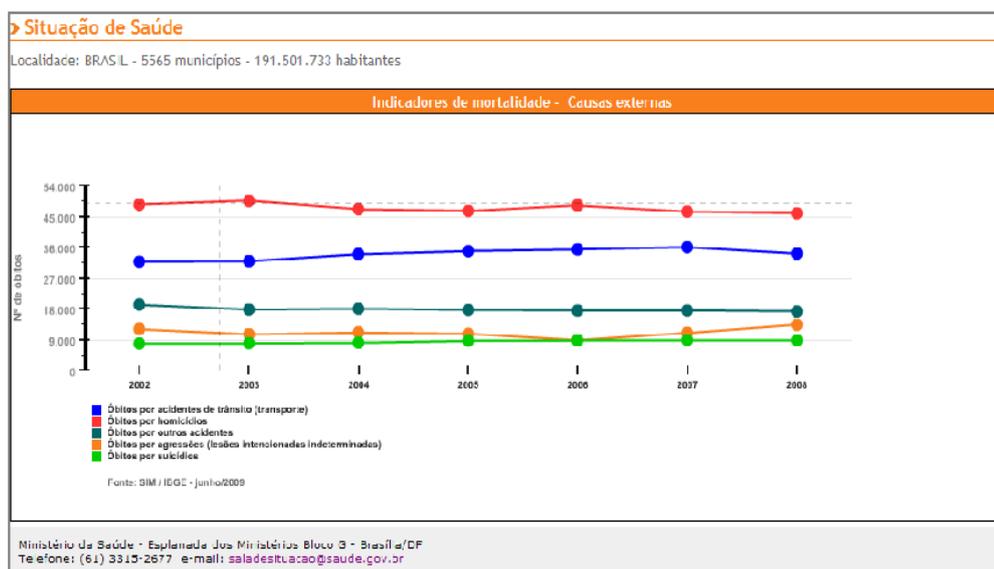
Estes indicadores precisam ser considerados quando se analisam as causas de morte no país, principalmente porque em determinadas áreas ou regiões a violência se transforma em fenômeno generalizado, atingindo, sobremaneira, jovens e adultos-jovens (15 a 39 anos) do sexo masculino (BRASIL, 2009, p.38).

A percepção da violência tem despertado na sociedade brasileira uma sensação generalizada de insegurança e de medo, que atinge com maior intensidade os setores mais pobres da população. Envolvidos nesse ciclo de violência, merecem especial atenção homens jovens, pobres, na faixa de 15 a 29 anos de idade que, simultaneamente são as principais vítimas e os principais agentes da violência (BRASIL, 2009, p.55).

Dados relativos ao período compreendido entre 2000 e 2005, ao considerarem o universo de mortes por causas externas, demonstram crescimento

do percentual de homicídios masculinos nas Regiões Sul, Norte e Nordeste, no conjunto das mortes por causas externas. Destaca-se, no entanto, que foram percentuais bastante elevados em 2005, em torno de 40% em quase todas as grandes regiões, exceto na Sul. É surpreendente, contudo, a queda percentual de homicídios ocorrida na região Sudeste, no mesmo período, de 48% em 2000, para 41,6% em 2005. (BRASIL, 2009, p.57)

Gráfico nº. 06. Configuração das Mortes por Causas Externas no estado do Pará – Brasil - 2002 a 2008.



Nos últimos anos, em síntese, a estrutura da mortalidade no Brasil evidencia profundas mudanças, especialmente com relação à incidência de determinadas causas de óbitos sobre as distintas faixas etárias. A primeira abrange óbitos decorrentes de enfermidades infecciosas e parasitárias, problemas circulatórios, respiratórios e neoplasias, resultantes do acelerado processo de envelhecimento; outra causa de mortes relacionadas às enfermidades não transmissíveis são as causas externas como a violência, se transformando em um fenômeno cada vez mais generalizado, redesenhando o mapa da violência no país. (BRASIL, 2009, p.37).

Os indicadores abordados trazem a lume as condições político-sociais desfavoráveis, tanto na educação, quanto na saúde do estado do Pará e exige investimentos sociais, que considerem os avanços da ciência e tecnologia. Para tanto, é crucial a implementação de políticas públicas com o específico propósito de formar, especializar e atualizar recursos humanos, pois, lacunas nessa área, certamente apresentarão reflexos, sobretudo nas unidades especializadas que tratam da saúde da população.

Mais uma vez, é óbvia a relevância dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, cujo currículo, privilegiava problemas destacados, em especial aqueles prioritários ao estado do Pará e a Região Norte do país. A esse respeito, cumpre refletir sobre o ponto de vista de (CARBOGIM et al. 2010, p 245) sobre as Residências em Enfermagem:

“são cursos de pós-graduação (Lato sensu) que objetivam o treinamento em serviço, de forma a articular o conhecimento teórico e a ação qualificando profissionais a partir da realidade prática, visto que estão diretamente em contato com o cotidiano do trabalho em saúde. Visam, ainda, a uma formação crítico-reflexiva, de acordo com o que é proposto pela Lei Federal 8080/90, no que diz respeito à qualificação de recursos humanos para o sistema único de Saúde”.

Nessa perspectiva, a Educação Permanente, é mais abrangente do que o modelo tradicional, eis que hoje está orientado para: atualização, reciclagem, conversão e promoção profissional dos adultos, ampliando todas as possibilidades de educação, cujos objetivos são vários, como: oferecer uma segunda ou terceira oportunidade, dar resposta à sede do conhecimento, de superação de si mesmo, ou ainda ao desejo de aperfeiçoamento e ampliar as formações estritamente ligadas às exigências da vida profissional, incluindo a formação praticas (DELORS, 2006, p. 117).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste tópico, o propósito é formular algumas considerações a respeito da trajetória histórica do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola (1998 – 2007), tomando como referência os conceitos fundamentais de Pierre Bourdieu, acerca da Teoria do Mundo Social, que se destaca, entre outros importantes aspectos, pela dedicação ao estudo da configuração e a origem dos diferentes espaços sociais, as hierarquias e as lutas simbólicas entre os agentes.

Como destacamos, o contexto sócio-político e econômico que caracteriza a Região Norte e, mais especificamente, o estado do Pará, em termos de indicadores sociais, precipuamente na área da saúde, é de fundamental importância para compreender as condições de vida da população da região, sem esquecer as barreiras no atendimento as necessidades de saúde, que afetam a qualidade de vida, pondo em risco a sobrevivência da população, que, nesse extenso e rico território, sofre com desigualdades sociais, no contexto de um processo político excludente e patrimonialista, sempre em favor de minorias dominantes.

Como exposto, o que reforça conclusões de muitas outras pesquisas, os resultados da investigação levam a concluir que, historicamente, a Região Norte apresenta indicadores sociais que situam a maioria da população em desvantagem em relação àquela que reside em outras regiões do Sul e Sudeste, bem como aos segmentos privilegiados que residem na própria Região, servindo o estado do Pará, como exemplo.

Todavia, sem adotar postura maniqueísta, cumpre destacar que tal situação não ocorreu sem que houvesse tentativas de determinados segmentos no sentido de

reverter esse quadro inaceitável. No que concerne à área da saúde, ao final da década de 1990, houve mobilização intensa no intuito de criação de Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola. Tal iniciativa ocorreu num contexto social político e institucionais, que pode ser descrito como movimento sócio-político das enfermeiras assistentes que militavam profissionalmente no HOL e na docência da UEPA, as quais se mobilizaram tendo em vista a formação de recursos humanos especializados na área de saúde para o estado do Pará e, sobretudo, para atuar no próprio HOL. Nesse sentido, como indicam os dados do presente estudo, foi relevante a consciência do processo exclusivo, para que o grupo de enfermeiras docentes assistenciais se organizasse, de modo a transformar esse desejo em realidade, buscando dar visibilidade à Enfermagem como profissão da área da saúde e ao trabalho da enfermeira em particular.

Nesse intuito, as enfermeiras docentes reatualizaram seu *habitus* profissional, sobretudo pela incorporação significativa de capital científico ao cotidiano da prática assistencial. Através do seu *habitus* profissional reatualizaram o *habitus* dos enfermeiros recém chegadas nos Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica - Modalidade Residência no HOL, de modo a dar-lhes projeção no referido campo.

O Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica - Modalidade Residência no HOL, destinado ao aperfeiçoamento técnico, científico, ético e humanístico do enfermeiro tinha como finalidade capacitar o profissional para o desempenho de atividades assistenciais, administrativas, de ensino e de pesquisa, centrado em uma visão holística, comprometida com a preparação de profissionais

para uma assistência de Enfermagem com qualidade, capaz de responder às necessidades da sociedade paraense, na região Norte e no Brasil

O Hospital Ophir Loyola, espaço arquitetônico sofisticado, compatível com as demandas técnico-científicas que se anunciavam frente às deficiências de saúde daquela população e o complexo sistema de saúde ali existente, desde sua criação tinha como objetivo ser um hospital-escola. No entanto, por não ser um hospital de ensino, carecia da chancela de uma instituição de ensino superior, para certificação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência.

Para compreender esse movimento, foi pertinente recorrer ao suporte teórico do francês Pierre Bourdieu, precipuamente quando trata de converter capital social em capital simbólico e, com isso, assegurar melhor participação nos jogos sociais.

Na prática, as enfermeiras docentes se conscientizaram da necessidade de estabelecer alianças políticas, para que o desejado Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência continuasse a tramitar na UEPA. Assim, seria possível reduzir o impacto desfavorável das relações de força vigentes, uma vez que a imposição de poder simbólico, um poder subordinado, sob forma transformada (irreconhecível, transfigurada e legitimada) das outras formas de poder, traduzia-se em efeitos reais, sem dispêndio aparente de energia.

A despeito de tantas dificuldades para conseguir aprovação do Projeto de Residência no âmbito da UEPA e firmar parceria entre a universidade e o HOL, foi fundamental o desejo e empenho do então diretor da Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL Dr. Luiz Cláudio Chaves, que, além ser médico do HOL, também exercia a função de docente na UEPA, a quem coube liderar as articulações necessárias no sentido de obter apoio para a criação do referido curso.

A possibilidade de converter capital social em capital simbólico e, com isso, assegurar melhor participação nos jogos sociais, fez com que as enfermeiras docentes sentissem a necessidade de estabelecer alianças para que o desejado Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência continuasse a tramitar na UEPA. Dessa forma, seria possível reduzir o impacto desfavorável das relações de força vigente.

Em 2002, o então governador do estado do Pará, Almir José de Oliveira Gabriel, projetou a criação de hospitais regionais durante seu governo e solicitou ao Hospital Ophir Loyola um investimento na formação de especialistas para as áreas médicas e de enfermagem, de modo a suprir parte desta necessidade.

Em 17 de novembro de 2003, foi publicado no Diário Oficial do Estado o Edital de Nº 1, o qual previa inscrições para os Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, sendo em Clínica Médica; Clínica Oncológica e em Centro de Terapia Intensiva.

Os enfermeiros selecionados iniciaram o curso em 03 de fevereiro de 2004, com a Aula Inaugural, em sessão conjunta com os candidatos selecionados para Residência Médica. No mesmo ano, foi celebrado o convênio de Nº. 006/2004 entre o HOL e a UEPA, com o objeto de implementar a operacionalização das Residências Médicas e dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência do HOL

Entre avanços e recuos, todos situados no âmbito de lutas de poder político, merecem relevo algumas estratégias usadas pelas lideranças da enfermagem paraense, tendo em vista a expansão do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência, entre as quais, o reconhecimento foi o ganho simbólico capitalizado pelas docentes acerca do capital científico incorporado pelos

enfermeiros docentes assistenciais envolvidos com os Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência do HOL.

O efeito simbólico dessa aquisição permitia que o grupo pudesse enunciar um discurso autorizado no campo da enfermagem no estado do Pará. Tal distinção foi reconhecida pelos egressos da Residência em Enfermagem em seus depoimentos, quando, por unanimidade avaliaram como experiência rica e única.

Ainda nesse contexto, foi possível constatar, que além da atualização do *habitus* profissional dos enfermeiros egressos, ocorreu o fortalecimento do trabalho cooperativo entre os agentes, cujas atividades acadêmicas e assistenciais se integravam com destaque à motivação no desenvolvimento de pesquisas e a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Este último foi considerado fundamental para definir com mais propriedade a atuação do enfermeiro, precisamente quanto aos cuidados de enfermagem.

Os dados obtidos ao longo da pesquisa indicam que os Cursos de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência proporcionaram, não só ao HOL, mas também à sociedade paraense, com a efetivação de intercâmbio de conhecimentos entre os residentes e os enfermeiros preceptores e demais profissionais setoriais e regionais. Além disso, intensificou-se o estímulo à Pesquisa, à Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Educação Contínua e Permanente.

Porém, houve turbulências no processo de implementação e concretização do Curso, o que gerou implicações de considerável relevo, a ponto de se chegar à interrupção dos Cursos de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência, no estado do Pará.

No entendimento dos profissionais envolvidos com o Projeto da Residência de Enfermagem, a crise foi produto questões ideológicas e partidárias. Em parte, acreditavam que isso se deveu às dificuldades de valorização do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência pelo grupo que assumiu funções decisórias na administração do HOL.

A inserção dos novos agentes na Direção Geral e na Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL evidenciou o jogo de poder, no qual o poder político foi decisivo para a interrupção dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência, o que resultou numa lacuna na especialização dos profissionais de enfermagem no estado do Pará. Tal medida, na prática, representou negação da oportunidade de atualização e aprimoramento do *habitus/conhecimento* profissional.

O poder simbólico enunciado pelos dirigentes recém nomeados para os principais cargos do HOL (Direção geral e Diretor da DEP-HOL) prevaleceu sob os poder político dos demais agentes dessa instituição, em especial aqueles envolvidos com o Projeto de Residência de Enfermagem. Tal condição resultou da capacidade de fazer ver e fazer crer através dos gestos, atitudes e palavras.

A interrupção da possibilidade de qualificação dos enfermeiros implica o impedimento a esse grupo de acesso a um capital institucional, que representa espécie de regra jurídica de percepção social como um direito, capaz de lhe conferir todas as espécies de ganhos simbólicos. Além disso, evidencia uma grande lacuna, principalmente no setor da saúde e da educação, colocando em xeque o que promulga a Constituição Federal do Brasil de 1988, já que as desigualdades sociais na oferta de saúde e educação refletem, sobretudo, as disparidades no nível de desenvolvimento social e econômico.

Diante disso e tomando como fundamento os princípios constitucionais vigentes, que asseguram o direito universal a cuidados preventivos e de recuperação da saúde, e considerando a óbvia possibilidade de contribuição do aprimoramento da formação de enfermeiros para o alcance dessa obrigação do ente estatal, sugere-se que:

- Os gestores de saúde das três esferas governamentais atuem conjuntamente e devidamente empenhados na oferta de assistência básica à saúde, como medida preventiva de garantia de acesso à assistência a serviços mais complexos e compatíveis com as necessidades da população.

- Garantam a disponibilidade de infra-estrutura física e mão de obra qualificada, grande desafio a ser enfrentado, a fim de que a integralidade e a qualidade no atendimento à saúde de todos os brasileiros, sobretudo os da região Norte, que continua sofrendo os efeitos das desigualdades sociais

- Tendo em vista a complexidade das demandas sociais, em coerência com os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, correspondam ao dever de garantir qualificação profissional, que aproxime a prática assistencial das possibilidades técnicas e terapêuticas disponíveis no Brasil e no mundo.

Finalmente, penso ser oportuno afirmar que a pesquisa evidenciou a necessidade de que sejam realizados outros estudos para investigar o desenvolvimento da Enfermagem na região Norte, que demonstrou ser repleta de acontecimentos marcantes para o desenvolvimento da Enfermagem como profissão.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Ouvir contar: texto em história oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004, p. 18 - 22.

_____. **Manual de História Oral**. 3º. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, p. 36-37.

ALCANTARA, G. **ENFERMAGEM MODERNA COMO CATEGORIA PROFISSIONAL**: Obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.1 no.spe Ribeirão Preto 1993**<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691993000300004>

ALMEIDA, Maria Cecília Puntal, et al. **A Produção do Conhecimento na Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil**. In: 33º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais do 33º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Manaus: 2 - 7 de Agosto de 1981.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O SABER DE ENFERMAGEM E SUA DIMENSÃO PRÁTICA**. São Paulo, Cortez, 1986.

ANGERAMI, E.L.S.; PELÁ N.T.R. **Glete de Alcântara – Vida e Obra**. São Paulo, 1976.

ANGHER, A. J. (Org.). **Constituição Federal de 1988**. Mini Vade Mecum de Direito. 2. ed. São Paulo: RIDEEL, 2006.

ANUÁRIO DO PARÁ 2010 – 2011. **Jornal Diário do Pará**. V.1, n. 1. 2010. Belém: O Jornal, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Documento da oficina sobre diretrizes para a residência em enfermagem no Brasil**. Salvador: ABEn, 1994.

_____. **Recomendações do Seminário sobre a Residência em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 121-125, 1979.

_____. **Relatório Final do levantamento dos recursos e necessidades de enfermagem no Brasil: 1956/1958**. Brasília, 1980.

_____. **Relatório Final do 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. A Pesquisa no Espaço da Enfermagem: multiplicidade e complexidades**. 27 a 30 de maio de 2001. Belém Pará

BAHIA, L. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 105-22, jul./dez. 1997.

BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital - escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 5-11, jan. 2000.

BECKER, B. K. Geopolítica da Amazônia. *Estudos Avançados*, v. 19, n. 53, 2005.

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000, p. 75.

BRAGA, J. C. de S.; PAULO, S. G. de. **Saúde e Previdência: Estudos de política Social**. 2ª. ed. 1ª reimpressão. Editora HUCITEC: São Paulo. 2006.

BOURDIEU. P. A Distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007

_____. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. **A Economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **A Economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer**. 2ª ed. São Paulo: Edusp, 1998.

_____. **O poder simbólico**. Trad. Fernando Thomaz. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. **O poder simbólico**. Trad. Fernando Thomaz. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

_____. **O poder simbólico**. Trad. Fernando Thomaz. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **Razões e práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papyrus, 1997.

_____. **Razões Práticas**. Sobre a teoria da ação. (8ª Ed). São Paulo: Papyrus Editora; 2007.

_____. **Os usos sociais da ciência: Por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 6ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: MS/ Centro de Documentação, 1977.

_____. **7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. **Anais**. Brasília, DF: MS/ Centro de Documentação, 1980.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: MS, 1986.

_____. **IX Conferência Nacional de Saúde.** Saúde: Municipalização é o Caminho. Relatório Final. Brasília, DF: MS, 1992.

_____. **11ª Conferência Nacional da Saúde.** O Brasil Falando como quer se Tratado: Efeito do SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde como Controle Social: Relatório Final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde. – Brasília, 2001.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal 1988.

_____. **Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.** Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. Diário Oficial da Republica Federativa da União, Poder Executivo, Brasília, DF, de 21 jul. 1987.

_____. MEC/CFE/ Conselho Estadual de Educação do Pará. Parecer Nº 436/93. Assunto: Aviso de Edital de concurso vestibular da UEPA. Denuncia de irregularidades na universidade do estado do Pará. Belém- Pará, 1993.

_____. Estudo e Pesquisas Informações Demográfica e Sociodecoômica número 25. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** 2009, p. 38

_____. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB)** home > Livro: Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil > Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil 2008 - 2ª Edição Disponível em: <<http://www.ripisa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=19>> Acesso em:16 jan. 2010

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, **Diário Oficial [da] Republica Federativa da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, v. 78, n. 182, 20 set., Seção 1. 1990.

_____. **Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <<http://www.mec.sesu.gov.br>>. Acesso em: 26 jul. 2009.

_____. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens, Pro - Jovens; Cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; Altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e da outras providências. Mensagem de veto Brasília **Diário Oficial [da] Republica Federativa [da] União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 1 de jul. de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho de Gestores de Recursos Humanos - CGRU/SUS e Conselhos Profissionais. **Bases para cálculo população:** IBGE, CENSO Demográfico (1991 – 2000). Contagem da População (1996), Brasília, DF: 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Amazônia 2004**. Relatório de Processo, pressuposto, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004. 2. ed. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p, 414 p. (Série b-Texto Básico de Saúde).

_____. Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/php/level.php>>. Acesso em: 12 out. 2009.

_____. Portaria GM/ MS nº 1.996 de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes para Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras Providências.

_____. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed.

_____. Portaria GM/MS n.º 198/ 2004. **Diário Oficial da Republica Federativa da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2004.

_____. Portaria GM/MS n. 1101, de 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/content/drsii.mmp>>. Acesso em: 02 de out. 2009.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. de S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev Bras Enferm** 2006 mar-abr; 59(2): 222-7.

CARBOGIM, Fábio da Costa, SANTOS, Kelli Borges, ALVES, Marcelo da Silva e SILVA, Girlene Alves. **RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM: A Experiência de Juiz de Fora do Ponto de Vista dos Residentes**. Ver. APS, Juiz de Fora, v. 13 n. 2, p. 245-249,abr./jun.2010.

CARÊNCIA DE DOUTORES ATRAPALHA O PARÁ. **O Liberal**. FONTE: JORNAL "O Liberal" (Edição de 21 de fevereiro de 2010. Disponível em: <<http://www.orm.com.br/oliberal/interna/default.asp?modulo=247&codigo=457811>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; Soares, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

CARVALHO, Emilia Campos. **PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM**. Revista Latina Americana de Enfermagem, v.6, n.1, p.119-22, Jan. 1998.

CARVALHO, Emilia Campos. **PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM. A produção científica em enfermagem: aspectos gerais**. in: 9º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Vitória – E. S. julho, 1997.

CARVALHO, Emília Campus. **Associação Brasileira de Enfermagem 1926- 1976 – Documentária**. Brasília: ABEn, 1976

CASTRO. E.; SANTOS, M. A. Belém de Água e de Portos: ação do Estado e modernização na superfície. In: CASTRO, Edna (Org.) **Belém de águas e Ilhas**. Belém: CEJUP, 2006.

CASTRO, H. História Social. In: CARDOSO, C. F.; VAINFAS, R. (Orgs). **Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia**. Rio de Janeiro. ed. Campos, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 189**, de 25 de março de 1996. Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 259**, de 3 abr 2001. Estabelece padrões mínimos para registro de enfermeiro especialista, na modalidade de residência em enfermagem. Brasília, DF: CFB.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. **Conselho Estadual de Educação do Pará**, 1993. Disponível em: <www.dominiopublico.gov.br/detalhe>. Acesso em: 26 jul. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 1, de 3 de abril de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 de abril de 2001. Seção 1, p. 12.

CUNHA, L. A.. O ensino superior no octênio FHC. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 24, nº 82, p.37-61, abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0101-73302003000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=PT>. Acesso em: 27 out. 2010.

COUTO, R.C.S. **Buscando ouro, perdendo a saúde**: um estudo sobre as condições de saúde no garimpo do Cumaru-Pará. 1991.Dissertação (maestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. 10 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC: UNESCO, 2006.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania**. 11. ed. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2008.

DELGADO, L de A. N. **História oral: memória, tempo, identidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DIAS, Edilma Pinheiro de Oliveira. **Certificado de Conclusão do Programa de Residência em Enfermagem de Saúde Pública no Hospital Barros Barreto**, 1981.

DOURADO, L. F.; CATANI, A. M. OLIVEIRA, J. F. **Transformações recentes e debates atuais no campo da educação superior no Brasil**. In DOURADO, L. F.; CATANI, A. M. OLIVEIRA, J. F. Política e gestão da educação superior: transformações recentes debates atuais. São Paulo: Xamã; Goiânia: Alternativa, 2003.

DUARTE, Alba Regina de Sousa, et al.(Orgs) **Ocupação desordenada do espaço urbano e político de saúde: um estudo sobre Belém, Pará**. Belém: NAEA, 2002. 289 p.

ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. 3. ed São Paulo: Cortez, 1999.

FRANCO, G. P. F.; BARROS, A. L. B. L. de.; MARTINS, L. A. N. Qualidade de Vida e sintomas Depressivos em Residência de Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 13 n. 2. Ribeirão Preto. Mar./Abr. 2005.

GALVÃO, S. O impasse da residência médica. **Revista do INCOR**, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ano 2, n. 14, p. 08 - 09, maio 1996.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo**: livro resumo. In: Anais do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p. 680.

GOMES, A. C.; PANDOLF, D. C.; ALBERTI, V. (Org.). **A república no Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: CPDOC, 2002.

GOMES, V. L. de O.; BACKES, V. M. S. B.; VAZ, M. R. de C. Aplicação dos conceitos bourdievanos de campo, habitus e capital, ao campo da enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 81-86, 2005.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JANOTT, M. L. M. Refletindo sobre história oral: procedimentos e possibilidade. In: MEILHY, J.S.S.B. (Org.). **(Re) Introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996, p. 62. (Serie Eventos).

LARRUBIA, E. de O. **Diretrizes legais para implantação, credenciamento dos programas de residência em enfermagem no Brasil junto ao Conselho Federal de Enfermagem**. Brasília, DF: Comissão Nacional de Residência em Enfermagem, 2008. p. 20 - 21.

LEHER, R. **Expansão Privada do ensino superior e heteronomia cultural: um difícil início de século**. In: DOURADO, L. F.; CATANI, A. M. OLIVEIRA, J. F. Política e gestão da educação superior: transformações recentes debates atuais. São Paulo: Xamã; Goiânia: Alternativa, 2003.

LIMA, D. M.; PORTO, M. E. A. Residência em enfermagem: subsídios para possíveis estudos. **Enfermagem Novas Dimensões**, v. 3, n. 5, p. 294-298, 1977.

LIMA, D. M. **Residência em enfermagem**: estudo exploratório. [Dissertação]. Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro: UFRJ, 1979.

LOPES, Gertrudes Teixeira. **Residência de Enfermagem**: erro histórico ou desafios para a qualidade?. In: Gertrudes Teixeira Lopes; Suely de Souza Baptista. Rio de Janeiro. Editora Anna Nery, 1999.

LOPES, Gertrudes Teixeira; BAPTISTA, Suely de Souza. **Residência de Enfermagem**: um espaço de lutas e contradições. In: LOPES, Gertrudes Teixeira (org.) **Residência de Enfermagem: um espaço de luta e contradições** /– Rio de Janeiro: EPUB, 2000.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagem de pesquisa qualitativa. In: LOBIANDO – WOOD, G.; HABER, J. (Orgs.) **Pesquisa enfermagem: método, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARIN, R. A. (Org.). **O novo papel do estado no âmbito municipal**: a gestão e o financiamento da política de saúde no sudeste do Pará. Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia. Belém: NAEA, 2002.

MAURA, Abigail et al. SENADEn: expressão política na educação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. esp, p. 442-453, 2006.

MELO, A. F. **Para construir uma Universidade Amazônica**: realidade e utopia. Belém: Ed Universitária UFPA, 2007. p. 7.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criativamente**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MIRANDA, G. R.; OLIVEIRA, G. G. L. de O.; GONÇALVES, M. C.; TEIXEIRA, E. **Educação Permanente em saúde: Dispositivo para Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Pará. In: COUTO, Rosa Carmina de Sena; MORIN, Rosa Acevedo (org.) **Saúde da Família Atenção Primária na Amazonia**. Belém - Pará, 2009.

NAKANAEL, D. D. **Novos Caminhos de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987. p. 102.

NOGUEIRA, Maria Alice; NOGUEIRA, Cláudio Marques Martins. **Bourdieu & a Educação**. Belo Horizonte: Autentica. 2004.

NORONHA, R. **Motivação no Ensino e na Assistência de Enfermagem**. Rev. Bras. Enf., Brasília: jul/dez. 1984.p.277.

NÓVOA, Fábio. Hospital. Pará tem 1,9 leitos por mil habitantes. **Diário do Pará**. Belém, 3 nov 2006. Caderno Regional p.A. 11.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso de Oliveira. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: EDUEPA, 2008

OLIVEIRA, M. I. R. ENFERMAGEM E PESQUISA: importância e significação. Rev. Bras. Enf. v. 17, n. 5. Out. 1964. p, 206-216.

OLIVEIRA, R. S. **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: limites e Possibilidades para mudança na formação profissional**. 2007. p. 113. Dissertação (Mestrado)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

PAIVA, C. H. A.; ALVES, F. P.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS - Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973 – 1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 4 ago 2010.

PARÁ. Assembléia Legislativa. **Hospitais Regionais** Disponível em: <http://www.alepa.pa.gov.br/alepa/lernoticia.php?idnoticia=2038> Acesso em: 23 out 2009.

_____. **Hospital de Clínica Gaspar Vianna**. Disponível em: <<http://www.gasparvianna.pa.gov.br/hospital.htm>. Acesso em: 03 jul. 2009.

_____. HOSPITAL Metropolitano de Urgência e Emergência será entregue no segundo semestre. **Informativo SEFA**. com.você, Belém,. v. 7. n. 83, p.3, 2005.

_____. Hospital Ophir Loyola. Convênio nº 006/2004. Processo Convênio que entre si celebram o Estado do Pará, através do Hospital Ophir Loyola e a Universidade do Estado do Pará.. **Diário Oficial do Estado do Pará**, Belém, 22 set. 2004.

_____. Hospital Ophir Loyola. Diretoria de Ensino e Pesquisa **Controle dos Residentes de Enfermagem**, 1998 a 2007.

_____. Hospital Ophir Loyola. Diretoria de Ensino e Pesquisa. Curso de Pós Graduação. **Divulgação do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica: Modalidade Residência**. Belém: Secretária Estadual de Saúde, 1997, p.1. Folder.

_____. Hospital Ophir Loyola. Empresa Pública Ophir Loyola. Diretoria de Ensino e Pesquisa. **Edital - resultado do Concurso de Pós-Graduação- Modalidade Residência. Relação dos aprovados em enfermagem - cirúrgica**. **Diário Oficial do Estado do Pará**, Belém, de 11 ago 1998. Caderno 1, p. 14.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Formulário Resumido para Apresentação de Proposta do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica – Modalidade Residência**, 1998

_____. Hospital Ophir Loyola. **Formulário do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência**, 1998.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Histórico do Hospital Ophir Loyola**. Belém: Divisão de Documentação e Biblioteca, [s/d]. p. 03 - 25.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Listagem de Classificação dos enfermeiros selecionados**. Divisão de Ensino e Pesquisa – HOL, 1998.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Plano de Desenvolvimento Científico, Tecnológico e de Inovação do Hospital Ophir Loyola – PDCTI (2008-2011)** / Hospital Ophir Loyola. -- Belém, 2008.

_____. **Hospital Ophir Loyola**. Portaria Nº 174/1995 - DG/HSE. **Designação de Chefia da Divisão de Ensino do Hospital dos Servidores do Estado**. O Diretor do Hospital dos Servidores do Estado.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Regimento do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência – 2006**. p.2.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência**, 1998.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica-Modalidade Residência**, 1999.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Regulamento do Hospital dos Servidores do Estado**. Decreto Nº 3378 art. 15. Belém, 30 de Janeiro de 1961. Divisão de Documentação e Biblioteca, [s/d].

_____. Hospital Ophir Loyola. **Resolução nº 1148/05 – CONSUN, de 11 de maio de 2005**. Ementa: Aprova a substituição da Resolução nº 344/99-CONSUN, que trata dos cursos de Pós – Graduação em Nível de Especialização e Aperfeiçoamento no Âmbito da Universidade do estado do Pará.

_____. Hospital Ophir Loyola. **Portaria nº 549/2007 – GAB. DG/HOL**

_____. Hospital Ophir Loyola. Sistema informatização. **Arquivo Médico**, v. 12.0.1 em 05/2009. Mapa geral de leitos - CEN 632. MS/DATASUS (COSAB – Instituto Ophir Loyola – IOL.

_____. Hospital Ophir Loyola. Secretária Estadual de Saúde. Hospital Ophir Loyola. Diretoria de Ensino e Pesquisa. Curso de Pós Graduação. **Divulgação do Curso de Especialização em Enfermagem Cirúrgica: Modalidade Residência**. Belém: Secretária Estadual de Saúde, 1998, p.1. Folder.

_____. **Informativo da Secretaria Estadual da Fazenda do Pará**, v.7. Nº 83 Belém-Pará, Março. 2005.

_____. Pará já contabiliza 310 leitos de UTI. **O Liberal**, Belém, 25 jun 2006. Caderno Atualidades, p. 9.

_____. Secretaria Especial de Estado de Proteção Social. **Relatório Trajetória de saúde: oito anos de Governo** (1995 a 2002). Humanizar sempre. Belém: Secretaria Especial de Estado de Proteção, 2002.

PEREIRA FILHO, L.T. Iniciativa privada e saúde. **Estudos avançados**: dossiê de saúde pública da USP, São Paulo, v. 13, n. 35, , p. 109 - 16, 1999.

PICCINI, Roberto Xavier; FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; THUMÉ Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes e RODRIGUES, Maria Aparecida. **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde**. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30981.pdf>>. Acesso em: 06 de Junho de 2009.

PINTO, L. **Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

PITTA, A. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

PLANO AMAZÔNIA SUSTENTÁVEL (PAS). Brasília: Ministério da Integração Regional; Ministério do Meio Ambiente, 2004. V.1.

PROST, C.; CASTRO, E. (Orgs.) **Urbanização de risco no Trópico Úmido**: Belém de águas e ilhas. Belém: CEJUP, 2006.

RÊGO, M. M. S. Documentação na gestão da qualidade: o método SO- SOAR como instrumento de trabalho de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, ano 1, n.1, p. 117-129, set. 1997.

RIBEIRO, P. H. **O Hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez.1993.

SANTOS, A. M.; NEVES, G. P.; MACHADO, H. F.; GONÇALVES, W. S. **História do Brasil: de terra ignota ao Brasil atual**. Rio de Janeiro: Multimídia, 2002.

SCHWARTZMAN, S. **Política conhecimento universidade, ciência e ideologia**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

SEGALEN, Martins. **Rito e Mito Contemporâneos**. Rio de Janeiro; Editora FGV, 2002.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3., 1998, Rio de Janeiro. **Relatório Final**. Rio de Janeiro: ABEn, 1998. 11 p.

SILVA JUNIOR, J. R. **Reforma da educação superior**: a produção da ciência engajada ao mercado e de um novo pacto social. In: DOURADO, L. F.; CATANI, A. M. OLIVEIRA, J. F. Política e gestão da educação superior: transformações recentes debates atuais. São Paulo: Xamã; Goiânia: Alternativa, 2003.

SOBRINHO, J. D. **Educação superior**: flexibilização e regulação ou avaliação e sentido público. In: DOURADO, L. F.; CATANI, A. M. OLIVEIRA, J. F. Política e gestão da educação superior: transformações recentes debates atuais. São Paulo: Xamã; Goiânia: Alternativa, 2003.

SOUSA,* Paulo Roberto Carvalho de. **A REFORMA UNIVERSITÁRIA DE 1968 E A EXPANSÃO DO ENSINO SUPERIOR FEDERAL BRASILEIRO: Algumas Ressonâncias**. Cadernos de História da Educação – n. 7 – jan./dez. 2008.

SOUZA, A. L. de; COUTO, R. C.; CASTRO, E. R. de; MARIN, R. A. **O Novo Papel do Estado no Âmbito Municipal**: a gestão e o financiamento da política de saúde no sudeste do Pará. (Org.). Rosa Carmina Couto; Edna Ramos de Castro; Rosa Acevedo Marin; Edna Castro. Saúde, Trabalho e Meio Ambiente: Políticas Públicas na Amazônia. Belém: NAEA, 2002.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: historia oral. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2002, p.18 -19.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 138.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Hospitalar. **Ata da 45ª Reunião Ordinária**, 27 ago.1998. Belém: UEPA, 1998.

_____. Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Hospitalar. **ATA da 60ª Reunião Ordinária**, 27 mar. 2000. Belém: UEPA, 2000.

_____. **Memorando COAD/CCBS nº. 112**, de 8 de março de 1999. Encaminhamento do parecer da Coordenação de Estudos Técnico-científico da SECTAM. Belém: UEPA, 1999.

_____. **Plano de Desenvolvimento Institucional** (2005 –2014). Belém: UEPA, 2005.

_____. **Projeto de Doutorado Interinstitucional em Enfermagem (DINTER)** Portaria nº 067 de 14 de Setembro de 2005 CAPES Projeto de Doutorado Interinstitucional em Enfermagem. Maio, 2007.

_____. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Belém: UEPA, 2001, p.7.

_____. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. **Relatório de Atividades de 1999**. Elaborado por: Maria do Perpeto Socorro Gomes S. Avelino de França (Pró-Reitora de Pesquisa e Pós Graduação e Cely do Socorro Costa Nunes (Diretora de Pesquisa e Pós Graduação). Belém: UEPA, 2000, p.11 -13.

_____. **Relatório Final do Curso de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva: Modalidade Residência**, elaborado por Lucirene Barbosa da Silva. Belém: UEPA, 2008.

_____. **Relatório Final do Curso de Especialização em Enfermagem em Clínica Médica - Modalidade Residência**, elaborado por Vera Lúcia Cecim dos Santos. Belém: UEPA, 2008.

_____. **Relatório Final: Versões I, II e III; Relatório Parcial: Versão IV do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica-Modalidade Residência**. Elaborado por Edilma Pinheiro de Oliveira Dias. Belém: UEPA, 2008.

_____. **Relatório Parcial do Convênio Nº 009/5 – SESPA**. Belém-Pará, 2006

_____. **Relatório Técnico dos Cursos de Especialização em Enfermagem Cirúrgica- Modalidade Residência (2002 – 2008)** elaborado por. Zandra da Silva. Mota. Belém: UEPA, jun. 2008.

_____. **Resolução CONSUN nº. 924**, de 5 de março de 2004. Aprovação do Curso de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva- Modalidade Residência. Belém: UEPA, 2004.

_____. **Resolução CONSUN nº. 969**, de 4 de abril de 2004. Aprovação do Curso de Especialização em Enfermagem em Clínica Médica - Modalidade Residência. Belém: UEPA, 2004.

_____. **Resolução CONSUN nº. 1021**, de 30 jun. 2004. Aprovação do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica - Modalidade Residência. Belém: UEPA, 2004.

_____. Secretaria Executiva de Saúde Pública **Relatório parcial do Convênio SESPA/UEPA n. 9 de 2005**. Capacitação de profissionais da área de saúde de nível elementar, médio e superior. Belém: UEPA, 2006.

_____. **Termo Aditivo de Cooperação Técnico-Científica**, que entre si celebram a Universidade do Estado do Pará e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, objetivando a realização do curso de Pós-Graduação Stricto- sensu – Nível de Mestrado em Enfermagem. 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Anuário Estatístico, 1991 a 1998.

_____. Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento. **Anuário Estatístico. Belém, 1991 a 1998**. Belém: UFPA.

_____. **Projeto Pedagógico** Curso de Graduação em Enfermagem. Belém: UFPA, set 2008, p. 21.

_____. **Resolução de Nº 2.001/92 do Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA.** Aprova o Curso de Mestrado em Enfermagem. Belém-Pará, 14 de abril de 1992.

_____. **Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem.** Capítulo I. art. 1 e 2. Anexo da Resolução Nº 2.001/92- CONSEP. Belém – Pará, 14 de abril de 1992.

VIANA, Ana Luiza d Ávila. et.al. **Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S117-S131, 2007.

VIANA, L. de O. **A Formação do Enfermeiro no Brasil e as Especialidades: 1920 -1970.** Rio de janeiro: UFRJ, 1995.

VILARINS, T. da S. Pará é 4º em violência no País. **Jornal O Liberal**, 2011.p.4. Belém- PA. 25 de fevereiro de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE - 1

Belém, 09 de Outubro de 2009

A Coordenação do Curso de Graduação de Enfermagem da UEPA
Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana

Solicito autorização para consultar os documentos referentes aos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência, desenvolvidos por esta Instituição de Ensino Superior em convenio com o Hospital Ophir Loyola, sendo estes: documentos escritos como: projetos dos cursos de especialização em enfermagem modalidade residência, relatórios, lista nominal dos alunos e outros, referentes ao período de 2002 à 2006, que se encontram arquivados no Núcleo de Pesquisa desse curso, momento em que aconteceu a primeira reativação dos Cursos de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência no estado do Pará. Estes documentos servirão como fontes primárias na construção da Tese de Doutorado, com o título provisório: **A trajetória do curso de especialização em enfermagem – modalidade residência no Hospital Ophir Loyola/ estado do Pará (1998 a 2006)**, em fase de desenvolvimento pela aluna Lucirene Barbosa da Silva, registro UFRJ N 109008072 na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Esta proposta pretende entender a participação dos enfermeiros pela criação e implantação do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, no período de 1998 a 2006. Acreditamos na contribuição deste trabalho como um registro histórico dos avanços da Enfermagem na área da saúde e da educação para a sociedade brasileira e, em especial, do estado do Pará.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Lucirene Barbosa da Silva
Lucirene Barbosa da Silva
COREN: 19.636./PA
Doutorando em Enfermagem – UFRJ/EEAN/UEPA

*Autorizo o acesso
da docente a documentação*
Belém, 14/10/09

Mary Elizabeth de Santana
Prof.ª Dra. Mary Elizabeth de Santana
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
CAMPUS IV / CCBS / UEPA
COREN/PA 31871

APÊNDICE – 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
 PESQUISA



Solicitação de Autorização para Utilização do Nome
 da Instituição em Pesquisa

Belém, 20 de Dezembro de 2010

Ilmº Sr. Prof. Dr. Paulo Cardoso Soares
 Diretor Geral do Hospital Ophir Loyola

Eu, Lucirene Barbosa da Silva, aluna regularmente matriculada no Curso de Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, venho através desta solicitar autorização de V.S. para utilizar o nome dessa conceituada Instituição em minha Tese de Doutorado intitulada: **"O Hospital Ophir Loyola Como Locus da Implantação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Estado do Pará: 1998 – 2007"**, que desenvolvo sob a orientação do Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho histórico-social, que tem como objetivos: Descrever as circunstâncias sociais, políticas, sanitárias e institucionais que influenciaram na criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, em 1998; Analisar as estratégias usadas pelas enfermeiras para a criação, implantação e consolidação do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência; Discutir as implicações da interrupção dos Cursos de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência, no estado do Pará.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme Protocolo de Nº 087/2009, aprovado em 30 de novembro de 2009 (EEAN/HESFA/UFRJ: (21) 2293-8148/ramal 228).

Coloco-me a disposição para eventuais dúvidas (F:(91) 32267880 / 81410011) e informo o telefone do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ:(21) 2293-8148/ramal 228).

No aguardo da permissão, subscrevo-me agradecendo antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

Lucirene B. Silva
 Lucirene Barbosa da Silva
 COREN: 19.636/PA
 Doutoranda em Enfermagem

Autorizo:

Paulo Cardoso Soares

Diretor Geral do Hospital Ophir Loyola

APÊNDICE – 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES**

1 – Introdução

Nome:

Idade:

Sexo:

Instituição em que trabalha ou trabalhou:

Tempo de serviço na instituição:

Cargo / Função na Instituição no período de 1998 a 2007:

Cargo / Função no Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade

Residência no HOL:

1- Comente como foi a criação e implantação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola (HOL) em 1998?

2- Quais foram os fatores que mais interferiram para a criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no HOL?

3- Quais os fatores que mais interferiram no desenvolvimento dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no período de 1998 a 2007?

4 - Como foram definidas as especializações de cada curso e a partir de que ano?

5- Comente acerca do processo seletivo para o ingresso nos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no período de 1998 a 2007?

6- Como eram definidas as vagas para os cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência?

7- Na elaboração do projeto do curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência do HOL, tiveram como referência outros cursos de outra Instituição de Ensino Superior?

8- Como se deu o convênio entre a UEPA e o HOL, para o desenvolvimento dos Cursos de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no período de 1998 a 2007?

9- Os residentes de enfermagem do HOL tiveram alguma participação durante a trajetória da residência em enfermagem na instituição?

10 - Você gostaria de fazer outros comentários sobre o referido curso?

APÊNDICE - 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PRECEPTORES

1 – Introdução

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo de serviço na instituição:

Cargo / Função na Instituição:

Cargo / Função no Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade

Residência no HOL:

2- Como era sua participação no Curso de Especialização em Enfermagem Modalidade Residência no HOL, no período de 1998 a 2007?

3- Como foi a sua experiência como preceptor dos alunos do Curso de Especialização Modalidade Residência, no HOL, no período de 1998 a 2007?

4- Quais as mudanças decorrentes da implantação do Curso de Especialização em Enfermagem -Modalidade Residência para a enfermagem no HOL?

5- Quais fatores interferiam no desenvolvimento dos Cursos de Especialização Modalidade Residência?

6- Que impacto teve a interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem Modalidade Residência para a Enfermagem no HOL?

APÊNDICE - 5



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA EGRESSO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MODALIDADE RESIDÊNCIA DO HOL

1 – Introdução

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Período em que ingressou no Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no HOL:

Período em que concluiu o Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no HOL:

Área de especialização de sua escolha no referido curso:

Cargo / Função Atual:

Instituição que trabalha ou trabalhou:

2- Como você vivenciou a trajetória do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência do HOL enquanto aluno?

3- Qual a contribuição do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência do HOL para sua vida profissional?

4- Quais as contribuições dos alunos do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência do HOL para com a instituição?

5- Porque você acha que Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência do HOL foi interrompido?

6- Os alunos do referido curso exerceram alguma pressão para manutenção do mesmo?

7- Você gostaria de fazer outros comentários com referência ao referido curso?

APÊNDICE - 6



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA REPRESENTANTES DAS ENTIDADES DE CLASSE COMO: Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)/ seção Pará; Presidente do Conselho Regional de Enfermagem COREN/ seção Pará; e Presidente do Sindicato dos Enfermeiros Seção Pará.

1 – Introdução

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

2 - Você foi presidente de qual entidade de classe no período de 1998 a 2007?

3 - Quando iniciou e terminou o período de sua gestão?

4- Qual a importância do curso de Especialização em Enfermagem Modalidade Residência do Hospital Ophir Loyola?

5 - A que você atribui a interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência do Hospital Ophir Loyola?

6 - Esta Entidade de Classe participou de alguma forma, para evitar a interrupção do curso de especialização em enfermagem-Modalidade residência?

-Em caso afirmativo, como essa participação se deu?

- Em caso negativo, a que você atribuiria essa ausência de participação?

7- Em sua opinião, o que representa a interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência do Hospital Ophir Loyola?

APÊNDICE - 7



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº. 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **O HOSPITAL OPHIR LOYOLA COMO LOCUS DA IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - MODALIDADE RESIDÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ: 1998 – 2007**, que tem como **objetivo**: - Descrever as circunstâncias sociais, políticas, sanitárias e institucionais que influenciaram na criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, em 1998: - Analisar as estratégias usadas pelos enfermeiros para a consolidação e implantação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência: - Discutir as implicações dessas estratégias para a enfermagem no estado do Pará.

Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, histórico-social, utilizando como método para coleta de dados o depoimento temático.

A pesquisa terá duração de três anos, com o término previsto para setembro de 2011. Cabe destacar que, em função dos aspectos históricos próprios a esta pesquisa, não é possível assegurar o anonimato acerca do seu depoimento. Os **dados coletados** serão utilizados nesta e em outras pesquisas, e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a instituição para a qual forneceu os seus dados, ou com aquela

onde você trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, que será gravada em gravador digital para posterior transcrição. Após, será solicitado a cessão dos direitos da mesma para compor o acervo do Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, de modo a ser disponibilizada para outras pesquisas científicas.

Você não terá qualquer despesa **ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionados à sua participação. O **benefício** de sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de História da Enfermagem.

Você receberá uma cópia deste Termo, onde constam o telefone, *e-mail* e o endereço do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Doutoranda: Lucirene Barbosa da Silva

e-mail: lucirene.b@hotmail.com

Orientador: Prof. Dr. Antônio José
de Almeida Filho

e-mail: ajafilho@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ: (21) 2293-8148/ramal 228
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2009.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

APÊNDICE - 8

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA**

**Avaliação Depoimento Oral**

Prezado ator social, para o desenvolvimento desta pesquisa e em respeito aos princípios éticos da pesquisa conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e tendo em conta que seu depoimento oral após ser submetido ao processo de transcrição, foi também submetido à correção dos vícios de linguagem e outros, que dificultam o entendimento da idéia central. Acreditando ser esta uma maneira de minimizar inferências, solicitamos aferir, avaliar e validar seu depoimento oral, e realizar alterações caso julgue necessário.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Cordialmente,

Doutoranda: Lucirene Barbosa da Silva

Assinatura do Depoente:

APÊNDICE – 9



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



Solicitação de Autorização para divulgação da foto
com respectiva identificação dos personagens na
Tese de Doutorado

Belém, dede 2011

Eu, Lucirene Barbosa da Silva, aluna regularmente matriculada no Curso de Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, venho através desta solicitar autorização de V.S. para da divulgação da foto de V. Sa., em anexo, para ilustrar a relação entre o texto e a imagem, em minha Tese de Doutorado intitulada: “ Trajetória Histórica do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola (1998 – 2007)”, que desenvolvo sob a orientação do Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho histórico-social, que tem como objetivos: Descrever as circunstâncias sociais, políticas e institucionais que influenciaram na criação do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola, em 1998; Analisar as estratégias usadas pelos enfermeiros para expansão do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência; Discutir as implicações da interrupção do Curso de Especialização em Enfermagem-Modalidade Residência, no estado do Pará.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme Protocolo de Nº 087/2009, aprovado em 30 de novembro de 2009. (EEAN/HESFA/UFRJ: (21) 2293-8148/ramal 228).

Coloco-me a disposição para eventuais duvidas (F: 32267880 / 81410011) e informo o telefone do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ:(21) 2293-8148/ramal 228).

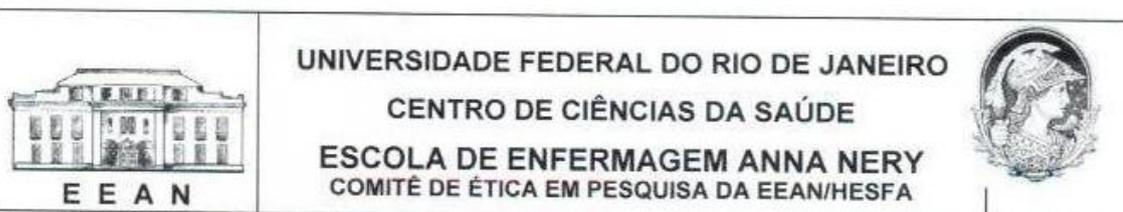
No aguardo da permissão, subscrevo-me agradecendo antecipadamente pela atenção.

Atenciosamente,

Lucirene Barbosa da Silva
 COREN: 19.636./PA
 Doutorando em Enfermagem – UFRJ/EEAN/UEPA

Autorizado por:

Nome completo



Protocolo nº 087/2009

Título do Projeto: A Trajetória do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência no Hospital Ophir Loyola/Estado do Pará (1998 a 2007)

Responsável: Lucirene Barbosa da Silva
Instituição onde a pesquisa será realizada: UEPA
Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 12/11/09

SITUAÇÃO: APROVADO

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 24 de novembro de 2009.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, em CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2009.



Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ