



FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA

Paula Sales Rodrigues

Processo de Formação do Enfermeiro: a visão de egressos sobre a educação em saúde
na Estratégia Saúde da Família

- Marília -
2013

Paula Sales Rodrigues

Processo de Formação do Enfermeiro: a visão de egressos sobre a educação em saúde
na Estratégia Saúde da Família

Dissertação Apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da
Faculdade de Medicina de Marília – Famema,
para obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Ensino e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Mara Quaglio Chirelli

Rodrigues, Paula Sales

Processo de formação do enfermeiro: a visão de egressos sobre a educação em saúde na Estratégia Saúde da Família / Paula Sales Rodrigues. – Marília, 2013.

80f.

Dissertação (Mestrado Profissional Ensino em Saúde) – Faculdade de Medicina de Marília.

1. Educação em saúde. 2. Educação em enfermagem. 3. Currículo. 4. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rodrigues, Paula Sales. Processo de formação do enfermeiro: a visão de egressos sobre a educação em saúde na Estratégia Saúde da Família – Marília, 2013.

Dissertação Apresentada ao Mestrado
Profissional Ensino em Saúde da Faculdade de
Medicina de Marília – Famema.

Aprovado em: 12/07/2013

Banca Examinadora

Prof. Dr. MARA REGINA LEMES DE SORDI
Instituição UNICAMP Assinatura: [assinatura]

Prof. Dr. SILVIA FRANCO DA ROCHA TONTOM
Instituição FAMEMA Assinatura: [assinatura]

Prof. Dr. Mara Quaglio Amel
Instituição FAMEMA Assinatura: [assinatura]

Prof. Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____

Dedico

A DEUS, toda honra, toda glória, todo louvor. A Ti, Senhor invisível, mas real. Presente sempre.

À minha família que sonhou com esta conquista comigo.

A enfermagem de hoje e sempre, companheiros de trabalho que proporcionaram a realização desta investigação.

A Faculdade de Medicina de Marília pela possibilidade desta qualificação e conquista de mais um sonho.

Agradecimentos

Ao amor da minha vida, pessoa especial presente em todos os momentos. Ewerton, agradeço a Deus por ter você, pelo seu apoio, incentivo e amor.

Aquele que me ensina diariamente a importância de buscar e ser uma pessoa melhor. Por você, para você, meu filho Levi.

Aos meus pais e irmãos, obrigada por me acompanharem, compartilharem e viverem comigo esta conquista.

A minha família, grande e amiga, entre cunhados e sobrinhas, tios e primos, sogro e sogra. Vocês são maravilhosos.

A minha grande família Presbiteriana que intercede por mim.

Agradecimentos

Mais do que especiais à Profª Dra Mara Quaglio Chirelli. Minha orientadora desde a graduação. Obrigada pelo seu carinho, dedicação, atenção, apoio, escuta e confiança. Obrigada por me inspirar. Obrigada por compartilhar comigo sua sabedoria em cada palavra, pesquisa e elaboração das frases e parágrafos que compõe essa produção. Estas palavras são poucas para expressar toda minha gratidão. Serei eternamente grata.

A todos os envolvidos na elaboração e correção final dessa produção.

A Secretaria Municipal de Saúde, Maternidade Gota de Leite e Equipe da Estratégia Saúde da Família pelo apoio e compreensão no cotidiano de trabalho.

Rodrigues, Paula Sales. Processo de formação do enfermeiro: a visão de egressos sobre a educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. Dissertação ao Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Faculdade de Medicina de Marília, 2013.

RESUMO

O presente documento de pesquisa toma como objetivo a análise sobre o processo de formação de egressos do curso de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família de um município do interior de São Paulo em relação as suas praticas de educação em saúde no cuidado ao usuário. Considera as discussões no campo da formação dos enfermeiros, incluindo as proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais para a concretização da busca que temos pela mudança na formação de profissionais com vistas às propostas do Sistema Único de Saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família uma aposta importante para reorientação do modelo assistencial e a educação em saúde uma ferramenta imprescindível para autonomia dos sujeitos, a chave para conquistas e avanços na relação usuários-profissionais refletindo em mudanças nos planos terapêuticos. Os processos de formação de enfermeiros precisam subsidiar novas práticas de educação em saúde; principalmente no desenvolvimento de tecnologias para as práticas de prevenção e promoção visando à superação do modelo biomédico. A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa por meio da Análise de Conteúdo na modalidade temática para análise documental e os dados coletados por entrevistas semi-estruturadas. A análise permitiu uma reflexão sobre as diferentes organizações curriculares com suas repercussões na prática dos profissionais enfermeiros na educação em saúde. Há predominantemente uma dificuldade para preparar estes profissionais no campo da promoção à saúde devido à desarticulação das práticas de saúde na maioria dos currículos. O currículo integrado e orientado por competência é o que mais se aproxima de uma educação em saúde dialógica. Esta pesquisa pretende contribuir para a reflexão sobre os processos de formação, colaborando para a implantação efetiva das Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde, em especial na enfermagem.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Educação em Enfermagem. Currículo. Enfermagem

Rodrigues, Paula Sales. Process of nursing education: the vision of graduates on health education in the Family Health Strategy. Dissertation for Masters in Health Professional Education, Faculty of Medicine of Marília, 2013.

ABSTRACT

This research paper takes as its goal the analysis of the graduating process of nursing graduates who work in the Family Health Strategy in a city in São Paulo, regarding their practice in health education while taking care of patients. It considers the discussions in the field of nursing education, including the proposals of the National Curriculum Guidelines for the implementation of the search for changes in the graduating process according to the proposals of the Health System, considering the Family Health Strategy as a way of remodeling the health practices and considering health education as an important tool for personal autonomy, the key for achievements and advances in the relationship between patients and professionals, reflecting in changes in treatment plans. The graduating processes of nurses need to support new practices in health education, mainly in the development of technologies for the prevention and promotion practices aimed at overcoming the biomedical model. The research uses a qualitative approach through Content Analysis in the thematic modality to the analysis of documents and data were collected through semi-structured interviews. The analysis allows some learning on the different curricular organizations and their impact on the practice of nurses concerning health education. There is mainly a difficulty to prepare these professionals in the field of health promotion, due to the disorganization of health practices in most curricula. The integrated and competence guided curriculum is the closest to a dialogic health education. This research aims to contribute to the reflection on the graduating processes, and to contribute to the effective implementation of the National Curriculum Guidelines health care, particularly in nursing.

Keywords: Health Education, Nursing Education. Curriculum. Nursing

Rodrigues, Paula Sales. Proceso de formación de enfermería: la visión de los graduados en educación para la salud en la Estrategia Salud de la Familia. Disertación de Maestría en Salud Educación Profesional de la Facultad de Medicina de Marília, 2013.

RESUMEN

Este documento de pesquisa tiene como objetivo analizar el proceso de formación de los graduados en enfermería que actúan en Estrategia de Salud de la Familia de una ciudad del interior del estado de São Paulo en relación a sus prácticas de educación en salud y en la atención al usuario. Considera las discusiones en el campo de formación de enfermeros, incluyendo las Directrices Curriculares Nacionales para la ejecución de la búsqueda que tenemos por el cambio en la formación de profesionales con vistas a las propuestas del Sistema Único de Salud siendo la Estrategia Salud de la Familia un desafío importante para reorientación de modelo de asistencia y la educación en salud, una herramienta importante para la autonomía personal, la clave para conquistas y avances en la relación usuarios- profesionales, reflejando en cambios en los planes terapéuticos. Los procesos de formación de enfermeros necesitan subvencionar nuevas prácticas en educación para la salud; sobre todo en el desarrollo de tecnologías para las prácticas de prevención y promoción objetivando a la superación del modelo biomédico. La pesquisa utiliza un abordaje cualitativo a través de Análisis de Contenido en la modalidad temática para análisis de documentos y de los datos recogidos en las entrevistas semi-estructuradas. El análisis ha permitido una reflexión acerca de las diferentes organizaciones curriculares, en sus repercusiones en la práctica de los profesionales enfermeros en la educación en la salud. Existe, predominantemente, una dificultad en preparar a estos profesionales en el campo de la promoción a la salud debido a la desarticulación de las prácticas de salud en la mayoría de los currículos. El currículum integrado y orientado por competencia es lo que más se acerca de una educación en salud “dialógica”. Esta pesquisa desea contribuir para la reflexión sobre los procesos de formación, colaborando con la implantación efectiva de las Directrices Curriculares Nacionales en el área de la salud, sobre todo en enfermería.

Palabras claves: Educación para la Salud. Educación en Enfermería. Currículum.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Reforma Sanitária no Brasil	13
1.2 Educação em Saúde	16
1.3 Processos de formação na saúde – Enfermagem	21
1.4 Organização Curricular	25
2 OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo Geral	32
2.2 Objetivos Específicos	32
3 MÉTODO	33
3.1 Campo de Pesquisa	33
3.2 Aspectos Éticos da Pesquisa	34
3.3 Coleta de Dados: Sujeitos da Pesquisa	34
3.4 Análise dos Dados	37
3.4.1 Análise Documental	37
3.4.2 Análise das Entrevistas	39
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1 Análise Documental	41
4.1.1 Currículo disciplinar e a transmissão de conhecimentos na Educação em Saúde.....	42
4.1.2 Currículo por Desempenhos e a Mudança na Concepção de Educação em Saúde.....	46
4.1.3 Currículo por Competência e a Constituição dos Sujeitos.....	52
4.2 ANÁLISE DE ENTREVISTAS	57
4.2.1 Processos de formação para o cuidado em saúde	57
4.2.2 Práticas de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família - Possibilidades e Limites	63

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A	76
APÊNDICE B	77
APÊNDICE C	78
ANEXO I	79
ANEXO II	80

APRESENTAÇÃO

Os processos de formação em saúde tem sido tema de relevante discussão fazendo parte do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da presente Faculdade. Desde as disciplinas da Pós Graduação, abordamos discussões que subsidiam novas práticas de educação em saúde, principalmente o desenvolvimento de tecnologias para as práticas de prevenção de doenças e promoção à saúde visando à superação do modelo biomédico, a reflexão sobre os processos de formação e sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde, além de outros temas que envolvem a articulação ensino-serviço.

Na construção acadêmica, as discussões acerca de mudanças na educação em saúde têm estado presentes desde minha graduação, especialização e inserção nos programas de articulação ensino-serviço. A proximidade com o tema levou-me a reflexões e a questões que, fundamentadas, tornaram-se objeto de pesquisa. Ultimamente, desenvolvendo pesquisas no Programa de Educação para o Trabalho – PET Saúde – o aprofundamento do tema discutido nesta pesquisa deu-se pela investigação da educação em saúde realizada a usuários hipertensos na Estratégia Saúde da Família, tanto sob a ótica dos usuários quanto sob a ótica dos profissionais que compõem essas equipes de saúde. A partir de então, foi preciso refletir sobre a formação em saúde. A dificuldade de o profissional de saúde atuar com efetivas ações de educação em saúde está configurada em sua formação?

A busca pelo Mestrado Profissional ocorre pela possibilidade que proporciona para uma mudança efetiva na prática dos serviços de saúde. Na Estratégia Saúde da Família, cenário de minha prática profissional, há um grande nó que se tornou em verdadeiro entrave para a educação em saúde. As práticas desarticuladas, arcaicas e discursos higienistas não modificam a saúde da população assistida, e muito menos as concepções de processo saúde-doença. A construção histórica da saúde nos impulsiona para as mudanças. As necessidades atuais de saúde precisam de abordagens também atuais; assim como a formação de seus profissionais, em especial - o enfermeiro.

Na introdução abordamos a trajetória histórica da saúde no país, do curso de enfermagem e concepções de educação – organização curricular; e ainda, educação em saúde. O objetivo desta pesquisa baseia-se na análise do processo de formação de egressos do curso de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família de um município do interior de São Paulo em relação às suas práticas de educação em saúde no cuidado ao usuário.

Consideramos, nesta pesquisa, as discussões no campo da formação dos enfermeiros, incluindo as proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais para a concretização da busca

pela mudança na formação de profissionais com vistas às propostas do Sistema Único de Saúde. Sendo a ESF uma aposta importante para reorientação do modelo assistencial, a educação em saúde é vista como ferramenta importante para a autonomia dos sujeitos e a chave para conquistas e avanços na relação usuários-profissionais, refletindo-se em mudanças nos planos terapêuticos.

Na metodologia, encontra-se toda a trajetória e recursos da presente pesquisa. Na análise, a possibilidade de articular os documentos de projetos pedagógicos com suas matrizes curriculares/organização; as falas dos sujeitos da pesquisa também declaram os dados que identificamos na análise documental, traduzindo-se numa vasta e interessante leitura dessa realidade social.

E concluímos que, a pesquisa permitiu mais um olhar para a necessidade dada, desde as diretrizes Curriculares Nacionais, para a mudança nos processos de formação de nossos enfermeiros. Desejamos fomentar discussões tanto para a academia como para o serviço, em olharmos para educação em saúde e realizarmos o encontro e a construção da satisfação das necessidades de seus atores.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Reforma Sanitária no Brasil

A construção de um sistema de saúde democrático constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para e no cotidiano dos serviços. O debate sobre as suas relações com o desenvolvimento econômico e social iniciou-se aproximadamente na década de sessenta e ampliou-se nos anos setenta.

Assim, em meados dos anos 1960, os institutos de previdência são centralizados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); estabeleceram-se convênios entre empresas e o INPS para atendimento ao trabalhador nos locais de trabalho; e a previdência é estendida para categorias rurais, até então não incorporadas ao sistema, embora mantendo restrições para vários desses segmentos. A centralização do sistema prosseguiria ao longo da década de 1970, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS).¹

Na esfera das políticas de saúde, o referencial da medicina comunitária se materializava em programas de extensão da cobertura de ações básicas, direcionados para a população excluída do sistema previdenciário. Embora já houvesse uma experiência, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976 as práticas se revelaram difíceis, limitando-se à uma atenção primária seletiva para as populações marginalizadas.¹

Ao final da década de 1970, a ditadura militar já se apresenta em processo de crise político-ideológica, sendo a crise da previdência expressão e explicitação setorial no âmbito do Estado. O referencial oficial da participação comunitária não mais atinge seus propósitos de legitimar o sistema, pois, na sociedade civil, emergem novos atores sociais, reivindicando a ocupação de espaços no interior do Estado, a representação social e pacto de interesses.

Ao Estado se colocava o enfrentamento da diversidade de tais interesses em torno das políticas de saúde e as possibilidades de construção de um consenso, uma vez que a conjuntura de desgaste do regime não lhe permitia mais imposições autoritárias. Isso se evidenciou no contexto do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979. Nesse simpósio, o pensamento crítico oposicionista-reformista

aponta a crise do sistema de saúde do país bem como a necessidade de democratização da sociedade como requisitos de sua superação.¹

O país enfrenta, na década de 1980, a crise de suas políticas setoriais, entre as quais a da previdência e a da saúde, como resultado da recessão, do desemprego, do aumento da dívida pública e da queda da arrecadação. Nesse contexto, recorre-se a algumas medidas para escuta de segmentos sociais, como a criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. O CONASP, de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, deveria atuar na organização e no aperfeiçoamento da assistência médica e na sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência.²

O reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde possibilitam o estabelecimento do célebre lema “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT-2000). Entretanto o fomento dessas discussões na atenção primária à saúde vai se difundir a partir da Conferência de Alma-Ata, em que se iniciam, nos centros hegemônicos da economia mundial, mudanças de valores do mercado, como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos, e se questiona a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, incluindo a saúde.²

Em continuidade à busca por um Sistema de Saúde que respondesse às necessidades do país, em 1985 multiplicaram-se as forças por meio de um considerável movimento de múltiplos atores políticos – o Movimento da Reforma Sanitária.

Segundo Andrade, Pontes e Martins Júnior³, o grande marco histórico nesse processo foi, sem dúvida alguma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve o consenso de que, para o setor da saúde, a reforma deveria abranger uma mudança em todo do arcabouço jurídico-institucional vigente sob a ótica da ampliação do conceito de saúde. Além disso, outro aspecto a ser destacado era o acesso aos serviços de saúde de forma universal e equânime, por meio de um sistema regionalizado e hierarquizado.

Para a construção desse um novo sistema, de que resultou o Sistema Único de Saúde (SUS), foi fundamental pensar em um novo modelo assistencial à saúde, já que o vigente e hegemônico modelo do país não supria as necessidades colocadas na época. No modelo assistencial, concentram-se os mais relevantes entraves de um sistema de saúde e os principais problemas identificados durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986: “[...] desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades; qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações.”⁴

Essa realidade apontava para a necessidade de reorientação do modelo assistencial e sinalizava a direção que se precisava assumir, de forma que se adequasse à proposta do SUS em discussão.⁵

Desde a reforma sanitária, então, o setor da saúde vem sendo submetido a um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação fundamental é a concretização do SUS. As várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor para a mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional.⁶

O relatório produzido na VIII Conferência Nacional de Saúde serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988, que reconheceu, em seu artigo 196, “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”⁷ É oportuno ainda destacar que, conforme se reconhece na Lei Federal 8.080/90 (art. 3º), “[...] a saúde tem, como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, 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.”⁸

Os processos desencadeados nos anos 90 são marcados pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde e convergem para a ampliação da capacidade de governo local, associada à melhor estruturação da atenção básica. O trabalho baseia-se em uma nova concepção de saúde, não mais centrada, somente, na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e pelo desenvolvimento de ações intersetoriais, de acordo com a proposta do SUS.⁹

Nesse momento, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como uma forma de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, superando a atenção centrada no curativo em detrimento do cuidado preventivo. Esse trabalho se dá por meio de uma equipe multiprofissional que atua em um território delimitado com população adscrita e se corresponsabiliza pela saúde dessa comunidade. Porém, em quinze anos de desenvolvimento da Saúde da Família (SF), ainda há muitos desafios para serem enfrentados para efetivá-la como eixo estruturante da Atenção Básica.¹⁰

Dentre os princípios fundamentais que norteiam a ESF (integralidade, equidade, universalidade e hierarquização), destaca-se a integralidade, pois promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser ações

compartimentalizadas. Se trabalhadas em todos os seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva, essas ações podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, da família e da comunidade.¹¹

A integralidade no cuidado de pessoas, grupos e /ou coletividade considera o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Em tal cenário se evidencia a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo que traduza para o indivíduo sua autonomia e sua emancipação. A compreensão de que a integralidade é o eixo norteador das ações de educação em saúde faz com que esta última também seja compreendida como um processo político pedagógico que requer um pensar crítico e reflexivo para propor ações transformadoras do cuidado em saúde.¹¹

1.2 Educação em Saúde

Vários aspectos estão envolvidos na construção da integralidade no cuidado e dentre esses, a necessidade de uma formação profissional centrada na atenção à saúde, na competência para constituição de projetos coletivos, corresponsáveis na produção de saúde, em atores empenhados na produção do cuidado. Ensinar saúde, sob a orientação estrutural da integralidade e do SUS, é o desafio dos cursos de graduação da área da saúde.¹²

Refletindo sobre as políticas de formação na área da saúde, cabe à saúde, por meio de parcerias ensino-serviço, contribuir para essa educação pela possibilidade de vinculação ao mundo do trabalho, em que se dão as relações sociais e a construção de projetos/planos terapêuticos que contemplem as demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades.

Quando se trata dos conceitos de integralidade, também eles remetem às noções de cuidado e à compreensão de saúde como direito do ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, e o atender ao ser humano em sua fragilidade social seja ela qual for – a ação integral. Não há como dividir, ou mesmo tratar sobre o cuidado sem olhar para a integralidade ou ação integral que repercute em ações/ efeitos de uma interação entre usuários, profissionais e instituições que se traduzem nas ações descritas acima: tratamento, acolhimento e vínculo.¹³

A integralidade precisa ser assumida como prática social que implica reconhecimento de diferentes visões de mundo. Um dispositivo político que interage e age com os modos de “andar a vida” das pessoas. O modelo de saúde ainda praticado consiste em uma prática fragmentada, centrada na produção de atos, em que predomina a desarticulação em um

emaranhado de queixas dos usuários. Um novo referencial precisa ser construído para superação desse cenário vigente.¹¹

Trabalhando com referencial teórico de necessidades de saúde, como conceito estruturante da integralidade e equidade na atenção em saúde, os autores desenvolvem três dimensões da integralidade para atuação na Atenção Básica, entendendo também a integralidade como eixo organizativo de práticas de gestão: a integralidade como prioridade para a organização dos serviços; o conhecimento e as práticas dos trabalhadores da saúde; e as políticas governamentais, formuladas com a participação popular.¹⁴

Segundo Pinheiro, Ferla e Silva Júnior¹⁴, a educação em saúde prevê a aquisição de um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado por seus profissionais, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Em um breve histórico sobre a educação em saúde podem-se observar alguns conceitos e, dentre eles, a consideração como um conjunto de saberes e práticas que orientam as ações de prevenção e promoção, ou seja, o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde sendo oferecidos pelos profissionais de saúde às pessoas a partir da compreensão do processo saúde-doença. A Atenção Básica em saúde é considerada como espaço potente para o desenvolvimento dessas ações pela proximidade com o cotidiano de vida das pessoas.¹⁵ Outro autor destaca a atenção básica como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde pela particularidade desses serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e pela ênfase nas ações preventivas e promocionais.¹⁶

O que se vivenciava na educação em saúde, no início do século XIX, eram discursos higienistas, normatizadores, vinculados ao Estado e às relações de poder, muito mais com objetivo de imposição do que de orientação. Na metade do século, com a revolução industrial e o aumento de doenças transmissíveis, o discurso evolui e potencializa o controle social e sanitário; reafirma-se o “poder de cura” e do “discurso” individualizado dos profissionais de saúde; e, ainda, culpabiliza o sujeito. Essa compreensão se arrastou por décadas. Apenas no século XX, por volta de 1940, inicia-se uma abordagem de educação em saúde com a preocupação da participação do sujeito, porém com novo entendimento e prática, o da culpabilização coletiva no processo saúde doença.¹⁵

Por volta da década de 70, mesmo em meio ao regime militar, constata-se certa inquietação com as ações de educação em saúde autoritárias, e alguns profissionais retomam os princípios de Paulo Freire e da Educação Popular em Saúde, com uma relação horizontal entre profissionais e usuários, iniciativa de diálogo, o reconhecimento do usuário como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de interagir com os serviços de saúde e assim participar dos enfrentamentos que a época apresentava.¹⁵

Segundo Campos¹⁷, o campo da educação em saúde tem sido repensado e verifica-se um relativo distanciamento das ações impositivas, característica do discurso higienista. Paralelamente, há ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, que, saindo da concepção restrita do biologicismo, passa a ser concebido como resultante da interrelação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. As práticas pedagógicas persuasivas, a transmissão verticalizada de conhecimentos, refletindo no autoritarismo entre o educador e o educando, e a negação da subjetividade nos processos educativos são, então, passíveis de questionamentos. É também nesse contexto que surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses.

Se é verdade que nos educamos e nos constituímos como sujeitos mediante as relações sociais que estabelecemos, no campo da saúde a construção da nossa individualidade, a emergência da nossa consciência sanitária e o sentimento de pertinência a um grupo social específico dependerão da qualidade das práticas de atenção à saúde expressas nas suas estruturas físicas, nos seus processos e nas relações usuários/equipes/gestores.¹⁷

Sendo assim, a prática educativa em saúde amplia-se, visto que ultrapassa uma mera relação de ensino/aprendizagem didatizada e assimétrica; extrapola o cultivo de hábitos e comportamentos saudáveis; incorpora a concepção de direção e de intencionalidade, visando a um projeto de sociedade; será sempre construída, tendo por referência situações de saúde de um grupo social ou de uma classe específica; supõe uma relação dialógica, pautada na horizontalidade entre os seus sujeitos e recoloca-se como atribuição de todo trabalhador de saúde. Isso se constata por não serem as atividades formais de ensino que educam, mas, sim, as relações mediante as quais, num processo de trabalho, nos transformam.¹²

Não há como apontar as necessidades da Atenção Básica à Saúde e sua missão nos processos de educação, se também não for abordada a necessidade da preparação de profissionais para o desenvolvimento dessa prática a partir do referencial de competência.

Em um breve histórico da formação profissional em saúde, relata-se que o aumento numérico de profissionais da saúde se deu com a Constituição de 1988 e o advento do SUS.

Porém, as limitações pedagógicas envolvidas não trouxeram ao dito “mercado” profissionais qualificados para o atendimento das necessidades da época. A solução do momento foi o desenvolvimento de especializações e de tentativas de qualificações profissionais.¹⁸

A Estratégia Saúde da Família, como real “estratégia” de mudança de modelo de atenção, da ruptura de paradigmas, “poderes” e conceitos, traz em si a educação em saúde como ato intrínseco à assistência integral à saúde. A prática educativa, na lógica do modelo de atenção de vigilância à saúde, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade, retira a imposição do saber técnico-científico do profissional, conferindo a este o desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Portanto, há uma nova relação – dialógica - entre os sujeitos.¹⁹

No âmbito da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Espera-se que ela seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença e desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.¹⁴

Uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvimento na melhoria da qualidade de vida e na promoção do ser humano. Os profissionais da saúde devem, portanto, despertar o interesse para a ampliação do foco dos resultados terapêuticos e dos cuidados em saúde para além do estado físico, elegendo a qualidade de vida como construtor que engloba estados subjetivos de satisfação das pessoas em seu viver cotidiano.²⁰

Nesta perspectiva, a educação em saúde deveria potencializar as ações de prevenção e de promoção à saúde, estando fundamentada em práticas reflexivas e possibilitando ao usuário ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão de uma clínica ampliada por parte dos profissionais de saúde, segundo Vasconcelos.¹⁶ A construção do conhecimento, com base nas reflexões da práxis de educação em saúde, aponta a necessidade de se efetivar um processo educativo em saúde, envolvendo a comunidade por meio da reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável.

O conhecimento em torno de problemas essenciais é um grande desafio da globalidade que, por um lado, reforça o inadequado saber fragmentado e compartimentado e, por outro, luta por um saber condizente às realidades multidimensionais, globais e transnacionais.²¹

Busca-se, por meio da educação em saúde, a ampliação do vínculo e do grau de autonomia dos usuários, ou seja, o aumento da sua capacidade de compreender e atuar sobre

si mesmos e sobre a vida, de saber lidar com a própria subjetividade, de compreender seu processo saúde-enfermidade, de saber usar o poder e estabelecer compromissos e contratos com outras pessoas.¹⁷

Neste cenário, para o desenvolvimento da educação em saúde com vistas à integralidade, faz-se necessária a discussão sobre metodologias utilizadas nesses processos. É claro para todos que o método utilizado até então apresenta pouco impacto para a autonomia dos sujeitos. O que se nota no cotidiano dos serviços de saúde, em sua maioria, são ações fragmentadas e baseadas na transmissão de conhecimentos.

A lógica de relação entre os sujeitos, sob a ótica do diálogo, tem sido associada a mudanças concretas no comportamento para a saúde das pessoas. Somente com a discussão na saúde sobre sujeitos – todos os envolvidos no processo de educação em saúde - e o reconhecimento desses com suas subjetividades, será possível o avanço para uma prática de saúde mais eficiente.²²

Segundo Ayres²², a transformação ideológica é, com certeza, a mais difícil mudança no âmbito da saúde. Como refere o autor, sair do controle técnico para o sucesso prático, do sujeito para a intersubjetividade, do tratar para o cuidar parece até mesmo um abismo por ser uma tarefa ambiciosa, trabalhosa e ampla. Entende-se aqui intersubjetividade como a relação da subjetividade dos sujeitos, a qual possibilita a construção de uma identidade subjetiva a cada encontro.

Já o cuidado, o ato de cuidar é exatamente o debruçar sobre estas relações – entre os sujeitos com suas subjetividades nos atos assistenciais. E, assim, o ato de cuidar está intimamente ligado com à compreensão do processo saúde-doença dos envolvidos. A melhor forma de expressão do cuidado encontra-se nas palavras do autor:

“Quando se busca, por outro lado uma aproximação não tecnocrática às questões de diagnósticos e intervenção em saúde em escala coletiva, quando se busca democratizar radicalmente o planejamento e a gestão das instituições de saúde e suas atividades, quando se busca, enfim, uma resposta social aos diversos desafios da saúde, não se pode prescindir do diálogo com os sujeitos "de carne e osso" que constituem esses coletivos, essa não se constrói efetivamente senão numa relação de Cuidado.”²³

Partindo do pressuposto de cuidado, sendo trabalhador da saúde, pode-se continuar na lógica da produção de procedimentos – ações mecânicas, centradas na técnica/procedimentos, ou seja, tecnologias duras e leve-duras; ao avançar na lógica da produção de cuidado, em que as relações são valorizadas, a tecnologia predominante é a

leve – a das relações, do vínculo, do acolhimento, a autonomia do usuário no cuidado de si.²⁴

O cuidar é inerente ao enfermeiro, assim como é inerente a educação em saúde à integralidade. Todos esses aspectos devem estar nas relações profissional-usuário na lógica de vigilância à saúde proposto pela saúde da família e na formação de enfermeiros pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

1.3 Processos de Formação na Saúde - Enfermagem

A partir dos rearranjos da saúde descritos, desencadearam-se as discussões em torno do profissional que se quer para o SUS. Ficou clara, então, a necessidade de se investir no processo de formação dos profissionais de saúde para que possam estar em condições de mobilizar os processos de mudança nos serviços de saúde. Essas discussões culminaram com a construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos Universitários da Área da Saúde, na busca de um perfil profissional com competência e com conteúdos atualizados para atuarem no SUS, considerando o processo de Reforma Sanitária. O processo vem ocorrendo em meio à articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde.

Com a profissionalização da Enfermagem no Brasil, o currículo para a formação dos enfermeiros visa atender às demandas das políticas de saúde emergentes, atreladas aos interesses políticos e econômicos do sistema capitalista. Na década de 1920, inicia-se uma primeira política de saúde, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP (1922), objetivando o saneamento dos portos e dos núcleos urbanos, no combate às epidemias que prejudicavam o comércio exterior. Foi implantado um modelo sanitarista com forte influência da estrutura sanitária norte-americana, por meio da Fundação Rockefeller.²⁵

Com a regulamentação do DNSP, é criada, em 1923, a Escola de Enfermagem Anna Nery, que introduz o modelo nightingaliano de formação de enfermeiras no país, também importado dos Estados Unidos.²⁵

O surgimento da enfermagem profissional no Brasil foi marcado por paradoxos: a busca por atingir o objetivo de atender a problemas imediatos de saúde pública de um país basicamente pobre com um modelo de escolarização de país rico; os interesses voltados para a resolução de problemas de saúde pública, porém com enfoque na formação hospitalar.

Com a intensificação da industrialização e da urbanização no país nas décadas de 1940 e 1950, as políticas de saúde são voltadas para atender às necessidades dos setores produtivos,

o que culmina com a criação de um modelo de assistência à saúde individual, priorizando o atendimento hospitalar. Diante da necessidade de pessoal de enfermagem qualificado para atender a esta demanda e para dar nova orientação ao ensino de Enfermagem, é promulgada a Lei n. 775 de 06 de agosto de 1949, traduzida pela consolidação do ensino de Enfermagem como matéria de lei. Cria-se o ensino de enfermagem em nível de primeiro grau, amparando legalmente a prática do auxiliar de enfermagem, com a finalidade de preparar esse pessoal para auxiliar o enfermeiro em seu trabalho no campo hospitalar.²⁶

Ao se retomar o processo de formação do enfermeiro e sua articulação com o mercado de trabalho, no contexto da realidade brasileira, constata-se que esse tem como marco o trabalho realizado na década de 1950 pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), dando origem ao relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil. Esse relatório traz à discussão fatos do cotidiano escolar e dos serviços de saúde que, ao absorverem os profissionais, enfatizam a dissociação da teoria e da prática, em uma possível desvinculação da formação teórica da formação prática do enfermeiro desde aquela época.²⁶

Em 1961, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, a Enfermagem passa a ser reconhecida em três níveis: o superior, o técnico e o auxiliar. O Conselho Federal de Educação, ao legislar sobre o currículo dos cursos superiores, fixa, com o Parecer 271/62, o currículo mínimo do curso de Enfermagem. É um currículo com ênfase na assistência hospitalar, voltado para atender às necessidades do mercado de trabalho e não às reais necessidades de saúde da população. Enquanto os currículos anteriores, de 1923 e o de 1949, privilegiavam a saúde pública, com ênfase na prevenção, o aprovado em 1962, passa a privilegiar as especializações com enfoque na atenção à saúde individual e curativa.²⁶

Em 1968, é promulgada a Lei n. 5.540, que fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, impulsionando a reestruturação dos cursos superiores. Para o ensino da Enfermagem foi um momento propício para que o seu currículo passasse por mudanças direcionadas pelas críticas e falhas levantadas no currículo anterior, e pela amplitude do movimento da Reforma Universitária. Essas mudanças foram formalizadas em resoluções que vigoraram de 1972 até 1994, com o Currículo Mínimo para Enfermagem, currículo este voltado para um modelo de assistência biomédico e hospitalar.

A ABEn, a partir de 1985, busca reorientar a estrutura de formação do enfermeiro articulada com a Comissão de Especialistas em Enfermagem da Secretaria de Educação Superior/Ministério da Educação e Cultura (SESU/MEC) e com as demais entidades e escolas

de enfermagem do país. Traça ainda orientações sobre a formação do enfermeiro voltada para uma prática de maior aproximação com a produção e o domínio de tecnologias apropriadas; sistematização do conhecimento; capacidade para articular o seu fazer/pensar com o saber de outras áreas que conformam a produção em saúde; competência técnica, científica e política; capacidade para definir seu pensar/fazer a partir da compreensão do perfil epidemiológico da população, inserindo-se na produção de novas tecnologias e conhecimentos para a assistência à saúde.²⁶

Em 1994, tem início nova mudança curricular, com a promulgação pelo MEC da Portaria n. 1.721, determinando novo Currículo Mínimo para os cursos de Enfermagem. Enquanto as escolas de Enfermagem reestruturam e/ou adaptam seus currículos à nova portaria, novo movimento de reforma já estava sendo implementado pelo MEC. Diversos seminários foram realizados com objetivo de debater o perfil e a competência do enfermeiro e o Currículo Mínimo para a graduação na Enfermagem.²⁷

E em 1994, ainda, em decorrência desse fértil debate, inicia-se um novo fórum orientador de diretrizes para o ensino, os “Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem” (SENADEn), com objetivo de reconhecer os determinantes históricos intervenientes na política educacional em enfermagem; relacionar os processos produtivos com as diretrizes educacionais; identificar os entraves e os dilemas presentes nos processos de formação dos diversos níveis em enfermagem; traçar estratégias e diretrizes para o ensino.²⁸

Para uma ampla reforma no sistema educacional, a aprovação da Lei 9394/96 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), trinta e cinco anos depois da primeira, constitui-se em ferramenta fundamental para a impulsão da criação de novas instituições com novas propostas curriculares, e um repensar sobre as universidades tradicionais.

O 2º SENADEn, só ocorre em 1997, quando a categoria debate as dificuldades, as estratégias e o estágio de implantação do novo currículo. O diagnóstico apontava para a persistência de um ensino com ênfase no modelo biomédico; dissociação entre teoria e prática, indefinição no planejamento do estágio supervisionado, além da falta de integração entre as disciplinas básicas e profissionalizantes. Sequencialmente, em 1998, no 3º SENADEn, são propostas competências, habilidades e conteúdos que deveriam compor as diretrizes curriculares, a duração e a estruturação modular dos projetos de curso, a organização dos estágios, o aproveitamento de atividades extracurriculares e o perfil profissional desejado. Nesse período a categoria de enfermagem une-se para a construção do Documento chamado “Carta de Florianópolis”, em que se posiciona contra a especialização

precoce e os cursos sequenciais, assume a necessidade de se formar o Bacharel em Enfermagem, generalista, e apresenta o Projeto Político Pedagógico da Enfermagem (PPPE).²⁸

Já no 4º SENADEn de 2000, as discussões ocorrem sobre a aplicação das novas diretrizes para o ensino e a elaboração, pelas Instituições de Ensino Superior (IES) de seus PPPE. Finalmente, em outubro de 2001, é homologado o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 1133/2001 – Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição e, em novembro, a Resolução nº 3/2001, que institui as diretrizes específicas para o ensino de graduação em enfermagem.²⁸

Nota-se que as diretrizes curriculares são orientações gerais que devem ser seguidas por todas as instituições do sistema de educação superior do país. Para as áreas de conhecimento que integram a saúde, no caso, a Enfermagem, a resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE/ CES) nº 3, de 7 de novembro de 2001 institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. A referida resolução adota um formato que contempla os aspectos de perfil do formando egresso/profissional; competências e habilidades; conteúdos curriculares; estágios e atividades complementares; organização do curso, acompanhamento e avaliação.²⁹

Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais nº1133 de 07/11/2001 trazem para o Curso de Graduação em Enfermagem, no artigo 3º, o perfil do formando egresso/profissional: “I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de reconhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e intervir neles, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.”²⁹

A necessidade de reorganização curricular traz ao Brasil propostas de um novo currículo, com referenciais teórico-filosóficos que defendem hipóteses de que o domínio cognitivo já não é mais a única base para um aprendizado significativo, que muda e se articula com a realidade. A proposta curricular por competência, um currículo com foco no pensamento sistêmico, na combinação de capacidades, na articulação do mundo do trabalho

ao do ensino e da teoria à prática, em que o cognitivo é mais um elemento da aprendizagem, impulsiona a formação de enfermeiros crítico-reflexivos, que respondem às necessidades do sistema de saúde e de seus usuários, com vistas à integralidade no cuidado.

1.4 Organização Curricular

As discussões e inquietações sobre o perfil do profissional enfermeiro que se busca para atuação em nosso sistema de saúde têm levado a reflexões no interior das universidades, nos serviços de saúde e na sociedade brasileira. As concepções acerca da formação profissional da enfermagem e as concepções de currículo até então apresentadas precisaram ser revistas com as colocações e os direcionamentos das Diretrizes Curriculares Nacionais. Pensar em uma nova forma de ensinar e em uma nova organização curricular significa diferenciar as bases teóricas de um currículo tradicional para um que apresente processos de mudanças.

Sacristan³⁰, para a concretização de um significado de currículo, propõe o de projeto seletivo de cultura, condicionado a certa política, cultura, administração e sociedade, que preenche a atividade escolar e que se torna realidade dentro das condições da escola, tal como se acha configurada. O currículo baseia-se em três elementos *a priori*: conteúdos, formatos e condições.

Os conteúdos partem de uma seleção cultural, organizados e codificados de forma singular. Este projeto cultural – o currículo – desenvolve-se dentro de determinadas condições políticas, administrativas e institucionais. As condições o modelam e são fontes de um currículo paralelo ou oculto, que se traduz em seu formato, sua filosofia, sua orientação teórico-pedagógica e seus valores sociais, que podem estar mais ou menos explícitos de forma imediata.

Esse currículo apresenta, em seu processo de desenvolvimento, momentos ou fases de objetivação. Tem-se, assim, o currículo prescrito: a orientação obrigatória, a referência do sistema (em nosso caso as Diretrizes Curriculares Nacionais); o currículo apresentado aos professores: uma interpretação do currículo prescrito que, na maioria das vezes, não orienta o suficiente para sua aplicação em aula e o currículo moldado pelo professor, que é o plano, a programação, a tradução em conteúdos/significados daquilo que o professor entendeu para sua prática.³⁰

O currículo em ação é a prática real, o que se concretiza nas ações acadêmicas, sustentadas por uma ação pedagógica. No currículo realizado, produzem-se os efeitos da

prática e suas consequências em diversos âmbitos – cognitivo, afetivo, social, moral. A prática do currículo, apesar de seu planejamento, em execução com experiências junto aos estudantes, produz efeitos não controlados, ou planejados. Trata-se do sentimento de incerteza e insegurança diante da complexidade da realidade – este é o currículo oculto.³⁰

No currículo avaliado, estão as pressões externas e os controles para validações, titulações, ideologias e teorias pedagógicas. O controle do saber é inerente à função social da educação.³⁰

A preocupação com a construção de um projeto político pedagógico vem da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº. 9394) e está contida no inciso I do art. 12, que determina que os estabelecimentos de ensino tenham que elaborar e executar sua proposta pedagógica. O artigo seguinte reforça essa determinação ao definir que os docentes deverão ser participantes ativos na elaboração da proposta pedagógica da instituição em que estão inseridos.³¹

A responsabilidade dos cursos de enfermagem aumenta ao proporem seus projetos político-pedagógicos, orientando a formação de profissionais preparados para atender às demandas locais e regionais, e de transição nacional. Um projeto político-pedagógico deve ser considerado como um processo permanente de reflexão e de discussão dos problemas da instituição, na busca de alternativas para efetivação de sua intencionalidade; ele propicia a participação de todos os seus envolvidos numa dimensão política e pedagógica. São projetos políticos, porque devem assumir um compromisso com a formação do cidadão para a sociedade e, pedagógicos, porque neles deve residir a possibilidade da efetivação da missão da instituição, que é a formação do cidadão quanto a direitos e a deveres, participativo e responsável, comprometido, crítico e criativo.⁹

A história da formação superior de enfermeiros no Brasil revela, então, quatro mudanças curriculares que, infelizmente, ainda não promoveram mudanças significativas na prática dos profissionais. As reflexões sobre esse fato nos levam a “culpabilizar” a prática pedagógica dos formadores de enfermeiros, os quais não acompanharam as mudanças curriculares pretendidas no que tange aos seus pressupostos filosófico-metodológicos e objetivos, mantendo traços marcantes da prática pedagógica tradicional.

Essa prática perpetua o modelo biomédico-tecnista que se opõe à formação do enfermeiro requerido pela contemporaneidade. Há um “ruído” no Serviço, que detecta falhas, burocracia, falta de plena implantação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e baixa capacidade dos profissionais para resolver os problemas de saúde da população. Outro “ruído” está no Ensino, que detecta a premência em formar o profissional-cidadão, reflexivo e

crítico, inserido na coletividade e de que a população precisa. Há dificuldade, ainda, na Gestão, no Estado que percebe a necessidade de fortalecer, por meio de políticas e medidas institucionais, a formação dos profissionais de saúde que prestarão e prestam serviço à população em geral. Nota-se, portanto entre população, serviço, ensino e gestão, o desejo de formação de novos profissionais para a área da saúde, que atendam à proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, profissionais que aliem competência técnica, ética e humanística.⁹

Durante muitos anos, os cursos de graduação da área da saúde, em especial a enfermagem, eram elaborados apenas sobre currículos, com matrizes referenciais histórico-sociais e tendências hegemônicas do condutivismo e do funcionalismo.

Ao se tratar dos currículos orientados por competência, destaca-se que as abordagens sobre o condutivismo e o funcionalismo são predominantes nos Estados Unidos e na Inglaterra, respectivamente. A abordagem condutivista advém do comportamentalismo da pedagogia e da psicologia, estruturado e defendido por educadores e psicólogos dos Estados Unidos, em que o desempenho efetivo é o elemento central voltado à qualificação para o emprego. Já o funcionalismo está vinculado ao pensamento funcionalista da sociologia, na Inglaterra, em que interessam os resultados e não os processos desenvolvidos para atingi-los. Listas de conhecimentos e de especificações de avaliação são agregadas às tarefas, porém sem que se estabeleça um vínculo entre atributos e tarefas, ou mesmo entre as próprias tarefas.³²

Historicamente, as tendências hegemônicas regeram a formação em saúde durante anos, de forma marcante, pelo chamado modelo tradicional, direcionado por um currículo por disciplinas, dissociado da matriz teoria-prática, serviço-academia, cuja abordagem está apoiada na premissa de que há uma “única e melhor maneira” de realizar as tarefas e as ações da prática profissional, e de que o conhecimento cognitivo determina o bom profissional: quanto mais se sabe, melhor se faz. As avaliações baseiam-se apenas no domínio cognitivo.³³

A aplicação do modelo por disciplinas tem produzido currículos geralmente baseados no modelo linear, em que o conjunto de disciplinas e conteúdos, descolado da realidade, se transforma em gigantescos quebra-cabeças, que os estudantes tentam significar quando diante de situações práticas. No currículo linear, aprende-se a identificar os problemas na realidade muitas vezes de forma acrítica, já que o conhecimento adquirido de cada disciplina não é estudado criticamente, sendo valorizado o domínio das matérias de forma isolada.³⁴

Nesse contexto, faz-se necessária a busca pela reorientação na formação dos profissionais de saúde em um modelo reflexivo, que permita a agilidade para atuar na incerteza, a articulação entre a teoria e a prática e, ainda, que busque a superação de uma

abordagem fragmentada trazida pela matriz flexneriana e pela metodologia tradicional de ensino.³⁵

Um projeto pedagógico tem conotação política. Reconhece sua inserção num determinado contexto dinâmico, construído historicamente pelos sujeitos que atuam no cotidiano da escola por meio de práticas pedagógicas com as diversas visões de mundo, permeadas por ideologias, culturas, subjetividades, criando tensão entre elas. Trata-se de uma arena de conflitos e interesses, estando essas práticas explícitas ou veladas nas contradições do processo em si.³⁶

Segundo Chirelli³⁶, os projetos pedagógicos dos cursos de graduação precisam estar sintonizados com visão de mundo diferente da colocada até então, caso queiram realizar formação comprometida com a construção da cidadania enquanto emancipação das pessoas na sociedade, garantindo formação mais global e crítica, ou seja, formando sujeitos para a transformação da realidade, buscando respostas aos problemas contemporâneos. Todo Projeto Político Pedagógico apresenta uma intencionalidade, uma expectativa de ampliação do fazer do enfermeiro, qualificando sua prática para além da competência técnica formal, ampliando-a para uma competência política, apoiada por valores éticos, na busca da transformação da prática por meio de uma visão crítico-reflexiva, consciente, que favoreça a autonomia e a emancipação.

O projeto político-pedagógico aqui discutido traz em sua organização a construção de alguns marcos, como proposto por Saupe e Alves³⁷: marco referencial, filosófico, conceitual e estrutural.

O marco referencial aborda a descrição e a crítica da realidade, a fim de que a formação do profissional não se distancie do comprometimento com a solução dos problemas da sociedade na qual atuará. Entende-se, aqui, o conhecimento e a crítica da realidade macro (do país, da região, da cidade) e micro (da instituição e da profissão no local).³⁷

O marco filosófico representa as crenças e os valores da comunidade envolvida na proposição e no desenvolvimento do projeto político-pedagógico, ou seja, os pressupostos ou princípios ético-filosóficos que orientarão a caminhada e reorientarão os rumos da profissão quando necessário. O marco conceitual refere-se à fundamentação teórica do projeto e traz o conjunto de definições e conceitos em que a instituição acredita e que comumente focaliza a compreensão do sujeito/ ser humano (enfermeiro, educador, educando, cliente/paciente/usuário); da enfermagem, do processo saúde-doença; do processo ensino-aprendizagem; processo de cuidar/assistir; e a compreensão da educação. Por último, mas comumente iniciado por muitas instituições, está o marco estrutural, que diz respeito à opção

metodológica e à concepção de currículo, acompanhadas da concepção de avaliação que as segue.³⁷

Há, no entanto, outras abordagens de outras matrizes que convivem no cenário da educação no contexto da formação profissional. Cada concepção pedagógica propõe diferentes modos de pensar e de organizar currículo. O currículo tradicional se organiza em torno das disciplinas. Essa organização pode ou não facilitar a integração dos conteúdos, depende das concepções ideológicas das instituições formadoras.

Em currículos integrados, as disciplinas até podem manter suas identidades, mas o desafio está em aprender como os conceitos de uma disciplina se relacionam com os da outra. As disciplinas necessárias à aprendizagem não são excluídas, ainda que deixem de ser autônomas para trazerem suas contribuições com conteúdos específicos à formação articuladamente.³⁸

Há uma abordagem voltada à construção social de competência e à relação das capacidades individuais e coletivas, refere-se ao construtivismo ou matriz francesa. Numa investigação participante, que envolve trabalhadores/organizações e, embora alguns defendam a participação de formadores, essa abordagem é fortemente orientada pelo trabalho e diretamente referida aos conteúdos dos empregos típicos. Neste sentido, mesmo definida de uma maneira mais ampliada e a partir do trabalho, a competência é expressa sob a forma de uma lista de atividades segundo seu emprego e, por isso, também focaliza os resultados.³³

A construção de currículos e programas educacionais orientados por competência seleciona os conteúdos legítimos e relevantes para a formação e define seus processos pedagógicos para o desenvolvimento prioritário: de tarefas e de resultados (fazer), fundamentados por um modelo comportamental de educação e de psicologia; de atributos, fortemente centrados no conhecimento (saber), uma vez que quem sabe ou conhece é capaz de fazer; ou da prática profissional em diferentes contextos, a partir de uma combinação de atributos empregados para a realização de ações, segundo padrões de excelência socialmente construídos.^{33,39,40}

Com base na abordagem holística do modelo australiano sobre o currículo orientado por competência na matriz dialógica, a proposta deste estudo traz o referencial de um currículo ativo ou com processos de mudanças. O modelo australiano - dialógico considera o contexto e a cultura do local de trabalho e confere à competência uma dimensão relacional entre tarefas e atributos.^{33, 39-40}

O referencial australiano propõe o diálogo da formação entre o mercado de trabalho e a universidade, articulando a teoria e a prática. Com esse referencial de competência é

fornecida ao estudante a possibilidade de construir seu desempenho na ação, de forma pertinente e no momento oportuno para solucionar problemas e necessidades de saúde nos cenários de ensino-aprendizagem em que se encontra.³⁵

A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar as ações essenciais da prática profissional. Assim, no desempenho de suas ações perante as situações da prática profissional, o estudante pode utilizar conhecimentos e habilidades já apreendidos ou a serem apreendidos de forma significativa, mobilizando os recursos necessários para o desenvolvimento e a justificativa de suas ações.³⁵

Segundo Lima³³, na abordagem dialógica de competência, a construção de significado propõe uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática. É na reflexão e na teorização a partir das ações da prática profissional, preferencialmente realizadas em situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades. Orientar o processo ensino-aprendizagem por competência traz a percepção de seu caráter prático e social. Os conteúdos passam a ser explorados de forma significativa, considerando a funcionalidade para o enfrentamento de situações reais e complexas.

A construção de competência na abordagem dialógica e sua tradução curricular apresentam-se como uma alternativa consistente e estratégica para a formação de profissionais de saúde orientada às necessidades sociais, ainda um desafio a ser conquistado. O exercício da atividade profissional, portanto, deve evoluir para a reflexão. Na construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem, portanto, é necessário que se discutam as transformações que estão ocorrendo no mundo do trabalho e no setor saúde e que tais projetos resultem em mudança da prática atual e hegemônica.

Em nosso país, os movimentos sobre a educação, nos cursos de ensino superior em saúde, em especial nos de enfermagem, passam por reflexões, e discussões, envolvendo desde marcos filosóficos a concepções metodológicas. Quanto à estrutura curricular resultante das reformas, identifica-se a referência aos currículos integrados, assim como aos currículos disciplinares. Os currículos integrados estão basicamente concentrados naquelas reformulações orientadas e incentivadas pelos projetos UNI (Uma Nova Iniciativa para formação em saúde), iniciadas na década de 90. São projetos patrocinados pela Fundação Kellogg para iniciativas inovadoras em formação de profissionais de saúde, sendo a forma de integração curricular diferenciada em vários cursos.

É de se observar também que muitos cursos têm permanecido na “tradicional” estrutura disciplinar, o que não significa que não estejam preocupados com a formação. Salienta-se que não é somente o marco estrutural de um projeto pedagógico que determina o perfil do profissional a ser formado. A construção de currículos é um espaço de poder, de disputa. Além disso, concorrem as possibilidades de atuação docente, as condições e o ritmo de trabalho, as estruturas físicas e materiais das instituições e a disposição para enfrentar as rupturas que uma mudança radical nos processos de formação normalmente comporta. Assim, no cenário nacional é possível identificar que há uma movimentação efetiva na direção de acatar/abraçar as novas tendências pedagógicas, adotando metodologias ativas. Observa-se, entretanto, uma diversidade de cenários, desde aqueles cursos que se lançaram em mudanças ousadas, construindo currículos flexíveis (integrados) até os mais cautelosos, que permaneceram na estrutura disciplinar.⁴¹

Espera-se que, com essas proposições de mudanças, seja possível vislumbrar profissionais, especificamente enfermeiros, que contribuam para os avanços no SUS e que atuem de forma crítico-reflexiva, com compreensão e habilidades para o trabalho em equipe. E, ainda, conforme o enfoque deste projeto, profissionais com vistas a um cuidado em saúde integral, tendo a educação em saúde como uma das chaves para essas conquistas junto ao usuário, também sujeito do processo.

Considerando que na ESF são esperadas mudanças na prática, de acordo com um novo referencial de modelo de atenção, vale esclarecer alguns pontos. Os processos de formação estão subsidiando novas práticas de educação em saúde? Quais as diferenças que podem ocorrer na organização curricular entre um processo de formação tradicional e um com mudanças na graduação? Como essas mudanças podem potencializar a modificação de práticas de educação em saúde no cuidado ao usuário? Como essas práticas de educação em saúde são realizadas no cuidado ao usuário? Partimos do pressuposto de que as ações de educação em saúde, vivenciadas nos serviços de saúde da Atenção Básica na ESF, ainda ocorrem por meio da transmissão de conhecimento do profissional ao paciente. Geralmente esse profissional se coloca como detentor do saber frente ao “paciente”, que passivamente o recebe. Os processos de formação ainda têm apresentado dificuldades para instrumentalizar os profissionais na perspectiva de uma prática emancipadora ao constituir sujeitos no processo de cuidar.

Diante das discussões teóricas expostas acima e a real necessidade de se utilizar a educação em saúde como importante ferramenta para a mudança da qualidade de vida das pessoas, para a construção da autonomia dos sujeitos e para a concretização de um cuidado

integral, considera-se relevante este estudo para contribuir com a Estratégia de Saúde da Família e com os processos de formação, principalmente na constituição de tecnologias para as práticas de prevenção e promoção, visando à superação do modelo biomédico. Assim, colabora também para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde. Isso possibilitaria reflexões acerca dessa prática, da formação profissional e por consequência, dos princípios da própria ESF, pelo prisma da integralidade do cuidado. A partir dessas colocações, esta pesquisa tem por objetivos:

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o processo de formação de egressos de curso de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família em relação às suas práticas de educação em saúde no cuidado ao usuário.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o projeto político pedagógico dos cursos de graduação dos profissionais enfermeiros inseridos na ESF;
- Analisar as diferenças da organização curricular da formação na graduação entre um currículo tradicional e um currículo com processos de mudanças dos profissionais enfermeiros inseridos na ESF;
- Analisar como se deu o processo de formação para realizar a educação em saúde no cuidado ao usuário, na visão dos profissionais.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, ao propor a exploração do universo de significados e sentidos, de valores, atitudes, crenças, ou seja, da realidade social.⁴² Buscamos o entendimento dos sujeitos acerca das práticas educativas no cuidado à saúde e a relação desse fazer com o processo de formação na graduação dos enfermeiros inseridos na ESF.

Quando se trata de experiências, considera-se a visão de mundo dos atores envolvidos, a chamada ação criativa deles na construção de um cuidado à saúde integral, nas possibilidades de traçar estratégias de ação assistenciais aos usuários do SUS. Como se sabe, a experiência é uma ação da qual já se sai transformado, em que há significado a partir de um fazer-saber.¹³ Em vista disso, produzir conhecimentos pela experiência/vivência requer um olhar reflexivo que permita apreender suas significações.

A análise de experiências em estudos das práticas possibilita observação; críticas fundamentadas, produzindo então novos saberes; visibilidade de inovações, entendidas como ação participativa, multicultural, que rompe com a ditadura do conhecimento unitário e centralizado, vinculado ao poder e à instituições.¹³

3.1 Campo de Pesquisa

O campo de pesquisa é o recorte espacial que diz respeito à abrangência do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação.⁴²

Em nossa pesquisa, refere-se às unidades de saúde da ESF de um município do interior de São Paulo. Este município localiza-se na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo com cerca de 220 mil habitantes, em Gestão Plena desde junho de 1998.

A Estratégia Saúde da Família teve início neste município em 1998 com apenas duas equipes, expandindo-se no decorrer dos anos. Atualmente conta com 33 unidades de saúde da ESF, sendo que cada unidade possui uma equipe constituída por: agentes de saúde, sendo que a determinação de sua quantidade vem da divisão de microáreas da abrangência assistida, dois a três auxiliares de enfermagem, auxiliar de escrita, auxiliar de serviços gerais, médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de saúde bucal. A organização municipal ainda conta com mais 5 enfermeiros substitutos em apoio a estas unidades, até o momento.⁴³

Além das 33 unidades de saúde, das quais 05 são unidades situadas na área rural e 28 são da área urbana, sendo que duas dessas unidades de saúde são assistidas por uma mesma equipe de área rural, o Município possui três equipes de NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estas equipes são contratadas pela parceria com Hospital e Maternidade do município, o qual também possui parceria ensino-serviço com algumas Instituições de Ensino: Universidade de Marília, Faculdade de Medicina de Marília e UNESP.

Uma particularidade importante quanto ao campo de pesquisa, diz respeito ao momento político do município em que a pesquisa ocorreu. Estavam próximas às eleições municipais, e portanto, já haviam os rumores de mudanças e alterações tanto no processo de trabalho da saúde quanto em mudanças até de profissionais. Tal fato provocou angústias aos sujeitos da pesquisa, ainda que, em nenhum momento, dificultaram entrada das pesquisadoras às unidades de saúde. Foi necessário, porém, dispensar maior tempo em acolhimento e preparação para a realização das entrevistas.

3.2 Aspectos Éticos da Pesquisa

Tendo em vista a pesquisa com seres humanos, submetemos a proposta ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), campo da Pós-Graduação do Mestrado Ensino em Saúde, sendo aprovada pelo protocolo nº 1427/11 (Anexo I); e, ao Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP), da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marília, autorizada pelo protocolo nº 557/11-SS (Anexo II).

Para realização das entrevistas semiestruturadas, que foram audiogravadas, apresentamos aos participantes da pesquisa esclarecimento e solicitamos seu consentimento pelo termo de consentimento livre e esclarecido, conforme resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde (Apêndice C).

Nesse termo há a garantia da livre adesão à pesquisa, sigilo quanto às informações prestadas, direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos, forma como se dará a participação dos sujeitos, nome do pesquisador e orientador.

3.3 Coleta de Dados: Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa são enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município no interior de São Paulo. A seleção desses sujeitos realizou-se, num primeiro momento, por meio de um questionário de identificação, enviado via malote pela Secretaria

Municipal de Saúde, após contato telefônico a cada enfermeiro feito pela pesquisadora. Esse questionário caracterizava toda diversidade possível desses sujeitos, como sexo, tempo de atuação na ESF, ano de formação, Instituição de Graduação (APÊNDICE A), sendo também solicitado a cada profissional o devido preenchimento do Termo de Consentimento.

Com a caracterização mencionada, fez-se uma posterior classificação/diferenciação do processo de formação desses enfermeiros, quanto ao currículo tradicional ou currículo com processos de mudança, como mostra o quadro abaixo.

QUADRO 1- Classificação dos enfermeiros segundo sexo, ano de formação e organização curricular.

Anos de Formação	Tradicional		Processos de mudanças	
	M	F	M	F
1998-1999	-	02	-	03
2000-2001	-	02	-	03
2002-2003	-	02	-	04
2004-2005	01	03	-	01
2006-2007	-	05	-	03
2008-2008	-	03	-	-
TOTAL	01	17	-	14

Havia na caracterização dos sujeitos quatro Instituições de Ensino, as quais foram, por meio de seus coordenadores de cursos, convidadas a colaborarem com a pesquisa para que pudessemos realizar análise documental de seus Projetos Pedagógicos.

Apenas três instituições permitiram a utilização de seus documentos, sendo que uma destas apresentava, no próprio site da Instituição, todo conteúdo do Projeto Pedagógico do Curso (PPC). A quarta instituição, após vários contatos via e-mails e telefônicos, não se dispôs a participar da pesquisa, motivo pelo qual o profissional formado nesta instituição não foi incluído na seleção dos sujeitos da pesquisa.

Uma das três instituições apresentava três organizações curriculares no período de 1998 a 2003. Todas foram incluídas na análise por contemplarem a formação dos sujeitos da pesquisa. Essa instituição apresentava no ano de 1998 duas organizações curriculares, uma chamada de Currículo de Transição, com conclusão em 1998, e outra organização curricular com a primeira mudança para uma organização em currículo por competência com início em 1998. A segunda mudança para currículo por competência ocorreu em 2003.

A partir da classificação, compôs-se a amostra por conveniência/intencionalidade descrita por Minayo⁴², na qual a preocupação está no aprofundamento, na abrangência e na

diversidade no processo de compreensão de uma dada representação. A validade da amostra está na sua potencialidade de analisar o objeto em todas as suas dimensões.

Considerando a diversidade da amostra e sua delimitação, seguindo os critérios de caracterização dos Currículos entre Tradicionais e com Processo de Mudanças, a distribuição dos anos de formação, em função das Diretrizes Curriculares Nacionais, a disposição das instituições em participarem da pesquisa com fornecimento de seus documentos de PPC e o sexo, chegou-se a 14 sujeitos que contemplavam as características validadas para a pesquisa.

Após a seleção desses, tendo em vista a caracterização de seus currículos de graduação, realizou-se a análise documental dos Projetos Pedagógicos de seus cursos, focando as tradicionais e as descrições de competência e de desempenhos nas que apresentam mudanças curriculares. Verificou-se a presença da educação em saúde enquanto foco do ensino-aprendizagem ou a educação em saúde como potencialidade para a ação. Identificamos dificuldades durante a leitura dos Projetos Pedagógicos, como a breve descrição dos conteúdos nas disciplinas, a falta de clareza das ementas e a ausência de descrição das atividades desenvolvidas nos cenários de prática.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, a realização da análise documental prevê a elaboração de um roteiro de análise, a escolha criteriosa de documentos específicos e disponíveis.⁴²

Num segundo momento, para a coleta dos dados empíricos, foi utilizada entrevista semiestruturada (Apêndice B) por fornecer amplo campo de interrogativas, em que o informante segue espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador e começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.⁴²

Essas entrevistas agendadas foram áudiogravadas após a assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice C). Agendadas previamente com os próprios enfermeiros no local de trabalho/unidade de saúde.

Para a realização dessas entrevistas no formato descrito no Apêndice B, foram necessárias seis entrevistas-piloto, tanto para adequação das questões quanto entrevistadora/pesquisadora, por ser também profissional desse cenário.

Quanto ao campo de pesquisa, a realidade social deste sujeito, houve um período de acolhimento. Para a apresentação da estrutura física, da equipe local e para o acolhimento das angústias/ansiedades destes profissionais que estavam em suas atividades de rotina. A coleta de dados deu-se pouco antes das eleições municipais, fato que gerou mudanças na coordenação de saúde local, o que potencializou as necessidades de acolhimento destes

profissionais antes da efetivação da entrevista propriamente, e também um tempo para preparação do ambiente com relato sobre o objeto e o objetivo da pesquisa.

Essa situação levou a uma boa receptividade em todos os locais de entrevistas, os profissionais entenderem o movimento da pesquisa como um espaço para acolhimento da necessidade de diálogo dos sujeitos, como também uma potente e possível contribuição para a real mudança na educação em saúde proposta até então.

3.4 Análise dos Dados

3.4.1 Análise Documental

Instituição 1. Trata-se de uma Universidade Estadual que oferece vários cursos de graduação e, entre esses, o Curso de Enfermagem, em período integral com duração de cinco anos, sendo o 5º ano de internato (Estágio Curricular Supervisionado) correspondente a 20% da carga horária total do curso, a qual perfaz 4.000 horas. A organização curricular apresenta-se em disciplinas, divididas por áreas de conhecimentos e apresentadas por ementas e carga horária tanto teórica quanto prática, sendo esta última realizada em estágio ou em laboratório. Apresenta ainda estágio em Práticas Clínicas de Saúde (PCS), com objetivo de possibilitar ao acadêmico uma experiência de aprendizagem direta e real. Os cenários desses PCS são as unidades Básicas de Saúde, as unidades de Saúde da Família, CAPS, Asilo e Hospital.

Instituição 2. É uma Universidade Privada, que oferece trinta cursos de graduação em diversas áreas e, dentre essas, o curso de Enfermagem que é oferecido em período noturno, durante quatro anos ou, como descrito no PPC, dez semestres letivos, sendo que o 8º, 9º e 10º semestres correspondem aos estágios supervisionados (800 horas). As 3200 horas são destinadas às aulas teóricas e práticas, 100 horas ao Trabalho de Conclusão de Curso, e 200 horas de atividades complementares, totalizando uma carga horária total de 4300 horas.

A organização curricular desta instituição apresenta uma matriz dividida em conteúdos básicos e conteúdos específicos, em que estão os fundamentos de enfermagem, assistência à administração de enfermagem, todos desenvolvidos por disciplinas teóricas e práticas com discriminação de tais conteúdos.

E, por fim, a Instituição 3 é uma Faculdade Estadual, portanto pública, com apenas dois cursos de graduação: Medicina e Enfermagem. Apresenta três diferentes organizações curriculares correspondentes a cada período de sua trajetória histórica em busca de um currículo integrado e por competência. Antes de 1997, a organização curricular apresentava-se

por disciplinas, com carga horária, atividades teóricas e práticas similares às descritas anteriormente, embora em algumas disciplinas houvesse organização de atividades sequenciais, divididas em pequenos grupos, com objetivo de promover reflexões sobre a prática profissional. A partir de 1998, a instituição, que vinha num processo de construção coletiva do entendimento de currículo integrado, apresenta sua nova estrutura curricular com modelo integrado, como mencionado, com conteúdos interdisciplinares. Nesse momento, o conhecimento é dividido em unidades educacionais integradas, por ciclo de vida e os estudantes têm nos serviços de saúde e comunidade cenários de ensino-aprendizagem.

A partir de 2003, seguindo a concepção de currículo integrado, mas agora orientado por competência, a Instituição 3 apresenta uma outra e nova organização curricular, baseada na competência profissional de mobilizar articuladamente diferentes recursos – cognitivos, afetivos e psicomotores – que permitem abordar e resolver situações complexas referentes à prática profissional. A estrutura curricular do curso é anual e está organizada em unidades educacionais longitudinais, sistematizadas e de prática profissional. Há, ainda, unidades educacionais eletivas a partir da 2ª série e Trabalho de Conclusão de Curso a partir da 3ª série.

Todo o material do PPC de cada instituição foi organizado em matrizes de análise que agrupassem as semelhanças e evidenciassem as distinções. Após, foi realizada uma síntese de cada organização curricular em que foi possível identificar os seguintes núcleos de sentidos: Abordagem disciplinar centrada no cuidado pela SAE no ambiente hospitalar e em rede básica; Currículo disciplinar centrado em orientações realizadas tanto em cenário hospitalar como em rede básica; Currículo orientado por desempenhos - Conteúdo teórico reflexivo; Currículo orientado por desempenhos - Orientação articulada ao cuidado por ciclo de vida tanto em ambiente hospitalar quanto em rede básica; Currículo orientado por desempenhos - Conteúdos de educação em saúde com estímulos à participação do sujeito; Currículo orientado por competência - no eixo de cuidados às necessidades individuais com ênfase à autonomia dos sujeitos; Currículo orientado por competência - ações de cuidado coletivo (necessidades de educação em saúde) e de gestão.

A partir desses núcleos, identificaram-se três principais temas para o diálogo com os referenciais teóricos apropriados ao estudo: Currículo disciplinar e a transmissão de conhecimentos na educação em saúde; Currículo por desempenhos e mudanças na concepção de educação em saúde; Currículo por competência e constituição do sujeito.

3.4.2 Análise das Entrevistas

A análise dos dados coletados pelas entrevistas deu-se pela técnica de Análise de Conteúdo discutida amplamente por Bardin⁴⁴. Utilizamos a sistematização proposta e adaptada por Gomes⁴⁵. Para a autora, a análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que, por meio de procedimentos sistemáticos, visam a descrição do conteúdo das mensagens, revelando indicadores que permitam inferência de conhecimentos referentes às condições de produção e de recepção das mensagens.

Dentre as modalidades de análise, consideramos a modalidade temática para este estudo por ser esta apropriada para pesquisas qualitativas em saúde. Essa análise ocorre pela construção de categorias obtidas por meio da leitura exaustiva e profunda das entrevistas, identificando as semelhanças, os elementos e idéias, chegando aos núcleos de sentidos para serem agrupados em temas significativos. Em última etapa, buscamos desvendar o conteúdo dos temas, o que nos permite ampliar a compreensão dos contextos, as potencialidade, as dificuldades e as relações com os processos de formação dos enfermeiros, tendo em vista a atuação deles na educação em saúde e no cuidado aos usuários das ESFs selecionadas.⁴⁶

Esta técnica de análise foi utilizada tanto para análise documental dos Projetos Pedagógicos das Instituições em que tais enfermeiros foram graduados quanto para as entrevistas semiestruturadas realizadas com eles. A interpretação dos dados empíricos deu-se frente à proposta de integralidade em saúde, às bases teóricas da educação em saúde para a emancipação do sujeito, à organização curricular e às bases de sustentação de um Projeto Pedagógico, temas já discutidos no referencial teórico da pesquisa.

Esta análise apresentou catorze núcleos de sentidos: Práticas de Educação em Saúde – formas de fazer educação em saúde e como a entendem; Possibilidades para novas concepções/práticas de educação em saúde; Limites para novas práticas de educação em saúde; Concepções de educação em saúde; Formação em método tradicional com superação na Pós-Graduação; Formação em método tradicional sem superação na Pós-Graduação; Graduação com tentativas de mudanças; Início da Problematização; Formação em metodologia ativa; Insustentabilidade da aprendizagem em educação em saúde na graduação; A aprendizagem em educação em saúde obtida por meio da prática profissional; A aprendizagem em educação em saúde obtida por meio da Pós-Graduação; Contato com ESF durante a graduação possibilitando direcionamento/encaminhamento à pós-graduação; Possibilidade de ações autônomas e reflexivas em educação em saúde durante a graduação.

Esses núcleos foram agrupados nos dois seguintes temas: Processos de formação para o cuidado em saúde e Práticas de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família – Limites e Possibilidades.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Análise Documental

A análise documental foi realizada por meio dos Projetos Pedagógicos das três instituições que compõem este estudo, lembrando que uma delas possui três organizações curriculares, as quais também foram analisadas. Em relação aos projetos pedagógicos, realizamos a análise de sua organização curricular observando as ementas e conteúdos das disciplinas nas organizações tradicionais e as descrições de competência e de desempenhos nas que apresentam mudanças curriculares. Verificou-se, também, a presença da educação em saúde enquanto foco do ensino-aprendizagem e/ou algum projeto que propusesse a educação em saúde como potencialidade para a ação. Muitas foram as dificuldades encontradas na leitura de tais Projetos Pedagógicos.

Segundo Chirelli³⁶, os projetos pedagógicos dos cursos de graduação precisam estar sintonizados com uma visão de mundo diferente da constituída até então, caso se queira realizar formação comprometida com a construção da cidadania, enquanto emancipação das pessoas na sociedade, garantindo formação mais global e crítica, ou seja, formação de sujeitos para a transformação da realidade, buscando respostas aos problemas contemporâneos.

Há diferentes matrizes curriculares. Os conteúdos abordados também se modificam de acordo com referenciais tanto de matriz curricular como das próprias concepções de saúde e educação.

A formação inicial dos profissionais de saúde, de um modo geral, não os tem preparado para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde. Estudos têm evidenciado o distanciamento existente entre o ensino proposto pelas escolas e as necessidades de saúde da população. A formação no campo da saúde encontra-se em crise. O ensino é descontextualizado, com ênfase nos conteúdos, sendo esses operacionalizados de uma forma tradicional. Para aproximar a formação profissional das necessidades de saúde da população é necessário superar o paradigma “conteudista” predominante.

4.1.1 Currículo disciplinar e a transmissão de conhecimentos na educação em saúde

A organização curricular das três instituições analisadas apresentam evidências de um modelo biomédico e fragmentado oriundo de um Currículo Tradicional, em que a formação do enfermeiro se dá por uma matriz curricular por disciplinas, com conteúdos determinados seja por ementas ou pela descrição dos conteúdos nas disciplinas em diferentes momentos. Apesar de as instituições apresentarem o mesmo referencial teórico de currículo, demonstram diferenças em sua organização disciplinar.

A Instituição 1, na tentativa de aproximar teoria/prática na mesma disciplina, apresenta uma organização curricular que sinaliza períodos teóricos e práticos, sendo destacado um elenco de temas em que a realização do cuidado se dá por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem tanto em ambiente hospitalar quanto na rede básica. É mais explícita, na disciplina de saúde coletiva, a abordagem de educação em saúde na atenção básica. Divididos pelo ciclo de vida, com vivências em diversas situações de saúde-doença da prática profissional, há projetos individuais e coletivos que subentendem a possibilidade de ações de educação em saúde.

A instituição 2 realiza abordagem da educação em saúde na maior parte do currículo em momentos teóricos, com base numa educação de transmissão de conhecimentos por apoiar-se apenas em orientações. Na parte prática, que ocorre nos estágios supervisionados, seja em ambiente hospitalar ou de atenção básica, o currículo reforça a educação em saúde baseada em orientações gerais, conforme a descrição da disciplina: “Estágio Supervisionado de Enfermagem em Saúde do Adulto – orientação dos familiares nos horários de visitas; Cenário: Unidade Clínica.”

A instituição 3, no período até 1997, em busca de mudanças curriculares, ainda com matriz tradicional, apresenta organização disciplinar. Algumas disciplinas, porém, sinalizam mudanças metodológicas, com leituras, plenárias, trabalhos em pequenos grupos e vivência da prática profissional, sendo mais explícita na disciplina de saúde coletiva a abordagem de educação em saúde na atenção básica. Ainda se reforça a educação em saúde, também baseada em orientações, como neste fragmento: “Medicina Preventiva – iniciar o conhecimento do processo saúde-doença a partir da análise de como vive, como e por que e do que adoce e morre a população. Aulas teóricas e discussões em grupos”. Ainda se percebe que, na área hospitalar, também se desenvolvem conteúdos que abordam a educação em saúde: “Enfermagem em Doenças Transmissíveis. Área Cognitiva: conceituar, e conhecer a

patologia orientando pacientes e familiares. Área prática: orientar pacientes e familiares em ocasião da admissão e alta”.

No modelo hegemônico atual, a formação tem tido por base um currículo tradicional, que não estimula o desenvolvimento de autonomia, capacidade de análise, julgamento e avaliação, bem como raciocínio crítico, investigativo e criativo. Além disso, tem proporcionado uma hipervalorização do aspecto biológico e a fragmentação dos conhecimentos, com conseqüente desvalorização dos demais determinantes do processo saúde-doença, já que se pauta na proposta de disciplinas e ciclos (básico e profissional), fundamentada no relatório Flexner.³³

Certamente não é possível também ignorar que as medidas inscritas no modelo flexneriano atribuem uma visão de educação que determina a ação dos profissionais no serviço e em que as necessidades de saúde não são o ponto forte da formação a partir da qual a doença e a saúde tornaram-se uma realidade meramente biológica, em detrimento da história, da biografia e do contexto social das pessoas.³³

O currículo traz uma lista de ações que o estudante precisa desenvolver para estar apto ou não em determinada disciplina, independente da realidade social. Assim, há dificuldade, no processo de formação, de estimular a construção de um profissional competente, que alie as habilidades necessárias à prática, considerando o processo saúde-doença como um complexo sistema de interações.

Como esperar que a maioria dos estudantes, ao final de seu curso, não tenha uma prática fragmentada, centrada na medicalização, já que em seus cursos vêm, escutam e aprendem na ótica de uma concepção de saúde-doença e de educação em saúde questionáveis? Observe-se a descrição da disciplina: “prestação de assistência e desenvolvimentos de programas educativos; orientar e preparar medicamentos de acordo com prescrições médicas; orientar e auxiliar no exame PKU.”(Instituição 2)

Hoje se percebe uma outra dimensão, a do cuidado integral. Até a década de noventa, isso não chegava a ser motivo de grandes preocupações. A palavra cuidado era pouco utilizada, e o termo mais usado era assistência, o que implicava prestar assistência de enfermagem, ato esse, que, sob outra ótica, era realizado sem refletir sobre o seu significado para quem recebia o cuidado, nem para quem o prestava. O cuidado administrado pelos profissionais não raro vem sendo realizado de forma mecânica, norteado por tarefas, seguindo rigidamente normas e prescrições. As relações pessoais, por sua vez, quase sempre seguem frágeis.⁴⁷ Os currículos tradicionais mantêm a sistematização do cuidado na sistematização da

assistência de enfermagem, como indica esta disciplina: “[...] educação em saúde, SAE na Atenção Básica. Teoria: 60h Prática: 90h. PCS.” (Instituição1).

A construção da integralidade no ensino e na prática não deve concentrar-se em ações pontuais, verticalizadas e uniprofissionais, mas sim buscar o diálogo e a parceria permanente entre ensino, serviço e comunidade. Neste sentido, também entendemos que devam ser valorizadas as contribuições das outras áreas do conhecimento, como as ciências humanas e sociais, na perspectiva de trabalhos transdisciplinares e transeitoriais, enfatizando tecnologias leves (diálogo) e tecnologias leve-duras (corpo de conhecimento das profissões). Os projetos coletivos de cuidado à saúde devem desenvolver as ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, individual e coletivamente, de acordo com as demais instâncias do sistema de saúde e necessidades locais, identificando as do processo saúde-doença e os seus determinantes. Os processos de formação devem capacitar os indivíduos para as mudanças das bases cognitivas e materiais de seu trabalho e para o enfrentamento das novas demandas da sociedade.⁴⁷

A integralidade deve ser, portanto, um princípio a ser perseguido, resistindo à lógica do capital e do modelo biomédico de saúde centrado no individualismo, na especialização, na tecnificação do trabalho, na atenção curativa e na concentração de recursos. Trata-se de usá-la para a transformação da realidade presente e considerá-la como parte necessária e indispensável a uma proposta de mudança, uma vez que assinala os rumos da transformação a partir do real. Para uma das instituições o conceito de integralidade é construído por meio, apenas, da leitura de um texto: “[...] a leitura e discussão de artigo específico da área: Integralidade da Atenção à Saúde.” Instituição 2

As práticas educativas em saúde vêm sendo discutidas na literatura da área da enfermagem desde o início do século passado, em decorrência da estreita relação entre essas ações e as políticas de saúde e de economia, implementadas na sociedade brasileira a serviço de um controle social determinado para garantir os interesses da classe dominante. Alguns pesquisadores revelam preocupação acerca do objeto educação em saúde no ensino de enfermagem em estudos que avaliam as relações entre a prática educativa desenvolvida pelos profissionais de saúde e a realidade do preparo do enfermeiro na graduação para desempenhar o papel de educador.⁴⁸

A análise de algumas publicações da área tem revelado que a educação em saúde, na concepção de prática entre sujeitos e mediadora dos cuidados com a saúde, é de extrema relevância para a prática social da enfermagem. Essas práticas, no entanto, permanecem restritas à abordagem biomédica, focadas nos aspectos preventivos. Sua abordagem na

graduação não tem sido efetiva a ponto de dar-lhes ferramentas diferentes, que atendam às necessidades sociais, como revelam as disciplinas a seguir: “desenvolver palestras educativas e de orientação aos adolescentes; desenvolver dinâmica em grupo; realizar Bate-Papo; estimular e realizar debates; participar e promover discussão [...]; [...] desenvolver programas de orientações quanto à puericultura.” (Instituição 2); “estabelecer roteiro de orientações às mulheres internadas nas unidades hospitalares abrangendo o conhecimento adquirido na disciplina” (Instituição 3).

Embora reconheça a necessidade de apresentar a “função” de educador na graduação da enfermagem para uma real mudança e comprometimento com o desenvolvimento social, a educação em saúde, abordada tanto no enfoque individual quanto no coletivo, precisa passar por modificações que permitam a incorporação de conceitos que ampliem as práticas denominadas comportamentalistas para abordagens que configurem a participação, a cidadania, a articulação com movimentos sociais, de forma a recuperar o sentido político da ação educativa.⁴⁸

Questiona-se, então, qual a concepção de educação em saúde que as disciplinas estão trazendo para o foco de construção do conhecimento com estudantes na formação dos enfermeiros ao trabalharem com estratégias, como dinâmicas em grupos, bate-papo e debates?

A ausência da dimensão política no processo educativo contribui para o desenvolvimento de um ensino conservador, esvaziado de uma perspectiva transformadora, cuja finalidade é a instrumentalização dos sujeitos para interpretar o mundo em que vivem e adoecem. Associam-se a esse cenário as condições em que se desenvolveu esse processo, caracterizando o que foi denominado abordagem instrumental, ora representada pela formação básica deficitária do aluno, ora pela dificuldade de os professores articularem os conteúdos das várias disciplinas e beneficiarem-se da visão ampliada da Saúde Pública.⁴⁸

As DCN vêm contribuir com o perfil de profissional que pretendemos formar em nível nacional. Vêm, ainda, subsidiar as discussões e as reflexões necessárias no interior das instituições formadoras com todos os seus atores, para desenvolver a potencialidade deste profissional crítico-reflexivo, capaz de propor e realizar ações em saúde, em diferentes estratégias, promovendo a emancipação dos sujeitos. Portanto, as direções propostas pelas DCN são, acima de tudo, para mudanças práticas.

As proposições feitas pelas DCN são constatadas em expressões teóricas do perfil profissional destas instituições: “formar enfermeiros generalistas, críticos e criativos, competentes tecnicamente e comprometidos politicamente, capazes de participar efetivamente na definição de políticas coerentes com os princípios de universalidade, integralidade e

participação social; [...]” (Instituição 1); “[...] oferecer aos seus alunos uma formação básica, ampla e sólida com fundamentação teórico-prática, que viabilize a aquisição de necessária competência técnica e política, alicerçada em princípios éticos e humanísticos que possibilitem a eles assumirem atitudes responsáveis, comprometidas e decididas para intervir nos problemas no campo da Enfermagem e Saúde”(Instituição2).

Historicamente, as tendências hegemônicas regeram a formação em saúde durante anos, de forma marcante. Trata-se do chamado modelo tradicional, direcionado por um currículo por disciplinas, dissociado da matriz teoria-prática, serviço-academia, cuja abordagem está apoiada na premissa de que há uma “única e melhor maneira” de realizar as tarefas e ações da prática profissional, e que o conhecimento cognitivo determina o bom profissional: quanto mais se sabe, melhor se faz. As avaliações baseiam-se apenas no domínio cognitivo.³³

Em busca de superação deste modelo descrito, a Instituição 3, no período até 1997, busca, em algumas disciplinas, expor uma possibilidade de consideração/avaliação que vai além da concepção cognitiva e proporciona crítica ao estudante enquanto profissional. Porém a concepção de educação em saúde continua baseada na transmissão de conhecimentos, como a descrição das disciplinas seguintes: “Enfermagem médico-cirúrgica – baseada na assistência de enfermagem aos pacientes de diferentes patologias nas áreas afetivas, psicomotoras e cognitivas”; “Enfermagem em Saúde pública. Atividades ambulatoriais e aulas expositivas. Nos objetivos psicomotores, determina dar orientações aos clientes do Centro Saúde; orientar técnicas de prevenção; fazer visitas domiciliares” (Instituição 3).

A necessidade de reorganização curricular traz propostas de um novo currículo, com referenciais teórico-filosóficos que defendem hipóteses de que o domínio cognitivo já não é mais a base para um aprendizado significativo, que muda e se articula com a realidade. A proposta curricular por competência, um currículo com foco no pensamento sistêmico, na combinação de capacidades, na articulação do mundo do trabalho ao ensino e da teoria à prática, em que o cognitivo é mais um elemento da aprendizagem, apresenta potencialidades que respondem às necessidades do sistema de saúde e seus usuários, com vistas à integralidade no cuidado.³³

4.1.2 Currículo por desempenhos e mudanças na concepção de educação em saúde

A Instituição 3 apresenta uma organização curricular articulada com a prática profissional. No entanto, como todo processo, há nela ações de mudanças como também a

abordagem das orientações na educação em saúde como a descrita na organização curricular tradicional, ou seja, os processos de mudanças são permeados por inovações e por manutenção de características do modelo antigo. É a primeira mudança curricular propondo uma matriz na perspectiva integrada e com metodologia ativa de ensino-aprendizagem após vários estudos de sua coordenação e corpo docente. Primeiramente foram aplicadas mudanças em disciplinas isoladas e a partir de 1998, em todo o currículo.⁴⁹

Nesse currículo integrado, há articulação de conteúdos em áreas de conhecimento por meio da interdisciplinariedade. Esses conteúdos são selecionados e distribuídos, no caso da Instituição 3, em unidades educacionais definidas como estruturas pedagógicas dinâmicas, orientadas por determinados objetivos de ensino-aprendizagem, em função de um conjunto articulado de conteúdos e sistematizadas por uma metodologia didática. “Cada unidade guarda certa autonomia com respeito às demais, porém, ao mesmo tempo, encontra-se articulada com as outras com vistas à totalização das áreas de atribuições e do perfil profissional.”⁵⁰

Na referida instituição elaboraram-se para cada unidade educacional, desempenhos que foram concebidos objetivando remeter o estudante à competência profissional. Entende-se por desempenho as ações desenvolvidas no processo ensino-aprendizagem, relativas ao trabalho do enfermeiro. O desempenho permite reconhecer o que o estudante faz com o objeto apreendido, podendo vir a ser “a expressão concreta dos recursos que o indivíduo articula e mobiliza no enfrentamento de situações” e assim, possibilita reconhecer a utilização que ele faz daquilo que sabe, sendo, por isso, tomado como objeto de avaliação.⁴³

A partir dos desempenhos descritos pela instituição, a abordagem da educação em saúde reconhece as diversas práticas de saúde utilizadas pelo homem e, também, a organização das práticas de saúde nas diferentes fases históricas. Por meio dessas ações, realizam-se reflexões sobre a prática em saúde. Compreende-se o trabalho em saúde visitando os cenários que retratam este trabalho. Realiza-se a intervenção de acordo com os problemas de saúde identificados; fazem-se orientações durante a consulta de enfermagem em todo ciclo de vida tanto em ambiente hospitalar quanto na rede básica. Destaca-se o avanço na compreensão de educação e processo saúde-doença quando na 4ª série, nas unidades 20/22, “estimula a participação da comunidade no processo de levantamento de problemas, estimula e desenvolve a conscientização do usuário no processo de planejamento e tomada de decisão; reconhece para cada grupo de idade as medidas de promoção a saúde, à prevenção e ao controle das doenças”. (Instituição 3)

O desafio de formar generalistas passa pela necessidade de desenvolver novas concepções do processo saúde-doença, de educação, de ser humano e de sociedade, e novas práticas de saúde, mais horizontalizadas e centradas nesses processos de trabalho. Estimular a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e trabalhar a formação profissional a partir dos eixos da promoção da saúde, valendo-se de metodologias que envolvam ativamente os sujeitos do processo ensino-aprendizagem aplicadas a situações reais e simuladas, contribui para a atuação contextualizada, crítica e participativa do futuro profissional voltado para a intervenção nesses determinantes, para o estímulo à participação popular e para o controle social.⁵¹ A formação do generalista requer a inserção precoce do aluno no mundo do trabalho e a sua atuação crítica e reflexiva para o desenvolvimento de uma visão global, integrada e crítica da saúde, tendo como eixo central sua promoção.

Currículos orientados para o desenvolvimento da competência requerida para o trabalho em saúde no SUS devem proporcionar práticas profissionais que assegurem a construção pedagógica dos desempenhos propostos no currículo. Os desempenhos solicitados em uma das unidades de educação expressam objetivos para a construção pedagógica: “[...] reconhecer a importância das medidas de promoção à saúde da gestante; selecionar conteúdos mínimos das práticas educativas a serem desenvolvidas com gestantes e puérperas; desenvolver práticas educativas utilizando técnicas de dinâmicas de grupo; reconhecer princípios pedagógicos que orientam a prática educativa dos profissionais nos serviços de saúde e comunidade; organizar material de suporte à atividade educativa, considerando cultura, valores e necessidades da população participante”. (Instituição 3)

O construtivismo francês traz uma abordagem voltada à construção social de competência e à relação das capacidades individuais e coletivas, numa investigação participante, que envolve trabalhadores/organizações e, embora alguns defendam a participação de formadores, essa abordagem é fortemente orientada pelo trabalho e diretamente referida aos conteúdos dos empregos típicos. Neste sentido, mesmo definida de uma maneira mais ampliada e a partir do trabalho, a competência é expressa sob a forma de uma lista de atividades segundo seu emprego e, por isso, também focaliza os resultados.³³

Assim, a construção de currículos e programas educacionais orientados por competência seleciona os conteúdos legítimos e relevantes para a formação e define seus processos pedagógicos para o desenvolvimento prioritário: de tarefas e de resultados (fazer), fundamentados por um modelo comportamental de educação e de psicologia; de atributos, fortemente centrados no conhecimento (saber), uma vez que quem sabe ou conhece é capaz de fazer; ou da prática profissional em diferentes contextos, a partir de uma combinação de

atributos empregados para a realização de ações, segundo padrões de excelência socialmente construídos.^{33,39,40}

Já a matriz crítico-emancipatória está em construção, apresenta seus fundamentos teóricos no pensamento crítico-dialético e pretende não só ressignificar a noção de competência, atribuindo-lhe um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores, mas apontar princípios orientadores para a investigação dos processos de trabalho, para a organização do currículo e para uma proposta de educação profissional ampliada; pauta-se na aprendizagem a partir da vivência profissional. Busca fazer a transposição das competências investigadas no processo e nas relações de trabalho de modo a estabelecer, no currículo, o diálogo entre os conhecimentos já formalizados nas disciplinas e a experiência do trabalho. A aprendizagem dos saberes disciplinares é articulada à aprendizagem dos saberes gerados nas atividades de trabalho: conhecimentos, valores, histórias e saberes da experiência.⁵²

O fragmento a seguir traz o referencial de educação em saúde, abordado na perspectiva da orientação mesmo com as iniciativas de mudanças de um currículo potencialmente dialógico: [...] orienta acompanhante quanto às normas do programa mãe-participante e da unidade; orienta utilização de brinquedos quanto à idade; orienta acompanhante na prevenção de acidentes na unidade de internação; orienta e educa o acompanhante na prevenção de agravos nutricionais/gastro-intestinais/agravos respiratórios agudos e cuidados no domicílio; atua considerando a criança e seu respectivo acompanhante como sujeitos ativos da assistência”. (Instituição 3)

Sair da educação em saúde dita “bancária” para uma educação em saúde participativa é tarefa que não se estabelece, portanto, de forma linear nem imediata. É uma construção cotidiana e coletiva, possivelmente inacabada. Não há receitas nem fórmulas para as mudanças de comportamento. É necessário reconhecer que há um caminho extenso a ser percorrido e que as possíveis mudanças não são aquelas que talvez o profissional de saúde pretenda e que nem sempre são visíveis. Não se desejam grandes transformações de ordem política com todas as reivindicações garantidas, mas é necessário reconhecer, como válidas, as mudanças a que as pessoas se propõem, pois sempre existem outras possibilidades de agir nos vários espaços da vida das pessoas. Por isso, o modelo de educação bancária é criticado, uma vez que considera o educando enquanto depósito de conhecimentos que recebe de outro, considerado como detentor do saber.⁵³

A construção do cuidado a partir da educação em saúde não tem sido uma tarefa simples, uma vez que não se limita à transmissão de informações aos usuários em relação ao cuidado de si e de sua família. Ao contrário, é uma prática compartilhada, de troca de saberes,

a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho em saúde. Para tanto, torna-se necessário promover uma prática educativa que visa à participação ativa dos usuários dos serviços de saúde, direcionando esse trabalho de acordo com suas necessidades, crenças, representações e histórias de vida, tornando-os coprodutores desse processo educativo, juntamente com os profissionais de saúde.⁵³

Como chegar a esta prática se, desde a aprendizagem infantil, somos “levados” a apenas receber informações e delas extrair conteúdos aplicáveis não à vida, mas a uma avaliação? Docentes conseguiriam superar as raízes do tradicionalismo? Portanto, consideramos que em toda transição, em toda mudança na organização curricular há uma diversidade de caminhos, de percurso, que se deve adequar à realidade social dos atores envolvidos.

Os indícios de transformação nos conceitos de saúde e de processo saúde-doença estão fortemente presentes neste início de mudança curricular, como expressa este desempenho: “realiza consulta de enfermagem, compartilha com responsável a evolução do crescimento e desenvolvimento e discute possíveis alternativas de um melhor estado de saúde. [...]”. (Instituição 3)

A Enfermagem tem, na ação educativa, um de seus principais eixos norteadores que se concretiza nos vários espaços de realização de suas práticas. Isso implica pensar a ação educativa como um dos eixos fundamentais para a formação profissional no que se refere ao cuidado e à necessidade de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática. Parte-se do pressuposto de que a prática educativa faz parte do cuidado em Enfermagem, assim como a compreensão da experiência de cuidado no contexto sócio-político, econômico e cultural em que ocorre. Está-se falando, portanto, de um valor e de uma prática que pressupõem a potencialização da expressão do cidadão, que, entendida de forma ampliada, pode ocorrer tanto em momentos formais, planejados, quanto em momentos informais, como em conversas com os moradores ou durante visitas domiciliares.⁵⁴

As práticas de Educação e Saúde, numa proposta de construção compartilhada, devem ser orientadas pela busca da interdisciplinaridade, da autonomia e da cidadania. Ou seja, por práticas que privilegiem a interação comunicacional, em que sujeitos detentores de saberes diferentes, apropriam-se desses, transformando-se e transformando-os.⁵⁴

Para a prática desta concepção de cuidado e educação, a formação acadêmica precisa estar além da formação tecnicista e hierárquica das relações humanas, visando a um processo de ensino-aprendizagem que promova o diálogo, a escuta e, enfim, as relações entre sujeitos.

A seguir, o fragmento apresenta um desafio no que se refere à compreensão da educação em saúde como inerente ao cuidado, em qualquer cenário, ou até mesmo em qualquer área de competência, como na gestão ou no trabalho em equipe: “[...] leva em conta as necessidades específicas do usuário e membros da equipe; valoriza e estimula a participação da comunidade no processo de levantamento de problemas, estimula e desenvolve a conscientização do usuário no processo de planejamento e tomada de decisão.”(Instituição 3)

A educação em saúde, ao assumir o estatuto de estratégia de promoção da saúde, aceita o desafio de que os profissionais de saúde venham a desenvolver a dimensão político-social da educação e exige que, no contexto de ensino-aprendizagem, se efetivem práticas pedagógicas que dêem conta de promover efetivamente a autonomia dos sujeitos. A educação em saúde sempre está articulada a outros conceitos, como práxis construída com base em referenciais histórico-culturais, mas também subjetivos. Assim, acreditamos que ela pode ser influenciada pelas representações que os sujeitos do processo educativo fazem de si mesmos e de seu papel no processo. Como instrumento de promoção da saúde, acreditamos, ainda, que as representações construídas pelos sujeitos acerca da promoção da saúde são influenciadas pelas noções de saúde e doença nas quais tais construções se apóiam.⁵¹

Portanto, também acreditamos na potencialidade que a educação acadêmica tem em formar profissionais da saúde que respondam às necessidades de saúde da população assistida, que saiam da visão reducionista, biologicista e de discurso higienista para as relações entre diferentes atores na construção coletiva do cuidado, ou melhor, na construção coletiva de formas de se levar a vida na perspectiva sócio-cultural de seus envolvidos.

As mudanças na organização curricular dos cursos em saúde ainda são mudanças em construção: as lutas entre o novo e o velho estão em plena vigência. Assim como na construção das novas práticas de saúde, essas novas maneiras de produzir conhecimento e formação em saúde demandam o enfrentamento de problemas ainda sem resposta. Não sabemos o final da história, mas sem dúvida podemos afirmar que os projetos que conseguiram construir processos coletivos de mudança e propiciar a constituição de uma massa crítica de sujeitos deram alguns passos seguros em direção ao que buscamos na Saúde, sobretudo a integralidade.⁵⁵

Considera-se que o modelo médico-hegemônico expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção dos atos em saúde, que empobrece ou mesmo anula a dimensão da integralidade, além de operar, também, a submissão dos processos decisórios à organização do sistema de saúde em busca da

padronização do processo saúde-doença, da focalização das intervenções e do arranjo entre ações básicas de saúde e serviços tecnológicos altamente especializados.⁵⁶

Afinal, então por que mudar? E para quê? Se há um desejo e uma massa considerável que apóia e se fundamenta em favor de um modelo de atenção à saúde médico-centrado, biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico, fragmentado e especializado?

As peculiaridades existentes na área da saúde para uma profunda mudança na organização curricular de seus cursos são muitas. Além do histórico de acúmulos e de conquistas legais, vive-se um momento de profunda revisão de valores nos conhecimentos e nas tecnologias da atenção, de importante revisão da clínica para uma abordagem mais complexa e coerente com o andar da vida individual e coletiva, de acelerada renovação tecnológica e de pressão pelo atendimento às necessidades sociais por saúde. Todas as instituições formadoras vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e na maneira de se relacionar com a sociedade.⁵⁶

A necessidade de mudança decorre de elementos, tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento ou a necessidade de a universidade reconstruir seu papel social, considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual. Podemos entender, a preocupação com a lógica da produção dos atos de saúde sem ação integralizada e unificada em torno dos usuários, pois essa é uma conformação tecnológica da atenção resultante de forças sociais em disputa.⁵⁶

Concordamos que a linha de se pensar o cuidado, até então prescrita e realizada, fragmenta as pessoas assistidas, os cuidados prestados, os padrões de acesso aos serviços e às tecnologia, as práticas multiprofissionais, os estágios de adocimento e as fases do horizonte clínico. São ações que contrariam a integralidade que buscamos.

4.1.3 Currículo por competência e constituição do sujeito

A segunda mudança curricular, da instituição 3, orientada por competência, ocorre em torno de cinco anos após a mudança curricular de 1998. Nesse momento, identificamos, pelos cadernos das séries, o currículo integrado e por competência, desenvolvido em cenários de prática profissional e simulados com mudanças na sua forma de descrever o desempenho, apresentando-se mais articulado, expressando o contexto e os conceitos/cultura que estão

presentes no PPP. Há indícios de mudança da matriz francesa para a matriz australiana de dialógica de competência.

O fragmento do desempenho da área de competência descrita no currículo demonstra as mudanças no processo de formação, o qual apresenta a aprendizagem por meio da prática profissional: “Área de Competência: Vigilância à Saúde, sub-área: Cuidado das Necessidades Individuais de Saúde – criação de vínculos afetivos (estabelecimento de uma relação entre sujeitos autônomos); graus crescentes de autonomia (a informação e a educação em saúde contribuem para autonomia das pessoas); relação profissional saúde-paciente. Cenário: real - USF; laboratório.” (Instituição 3)

A matriz australiana considera o contexto e a cultura do local de trabalho e confere à competência uma dimensão relacional entre tarefas e atributos. Embora partam do mundo do trabalho por meio do levantamento das tarefas ou ações, seus idealizadores identificam os atributos que fundamentam a realização dessas ações, incorporando a ética e os valores como elementos integrantes do desempenho competente. A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional.³³

Assim, diferentes combinações podem responder aos padrões de excelência que regem essa prática profissional, permitindo que as pessoas criem um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais. Essa abordagem precisa ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, em que as práticas profissionais são desenvolvidas. Portanto, é na ação, na execução do desempenho perante as situações da prática que o estudante pode utilizar conhecimentos e habilidades ressignificados por meio do conjunto de seus valores pessoais.³³

Chiesa et al⁵¹ destacam que, nas mudanças curriculares, busca-se a valorização dos sujeitos na construção do processo ensino-aprendizagem, sejam eles docentes, estudantes ou profissionais de serviços de saúde em que as atividades de ensino prático e o estágio curricular supervisionado ocorrem. As contribuições podem ser das diversas ordens, muitas vezes explicitando diferenças de cada pessoa, mas sempre na busca pedagógica de trabalhar com os estudantes as suas potencialidades no processo ensino-aprendizagem. Na formação dialógica, há o estímulo à construção da aprendizagem autônoma no cenário escolar, voltado para a realidade em que a pessoa se insere, visando ao desenvolvimento da competência necessária ao trabalho em saúde.⁵¹

O que mobiliza o próprio sujeito são situações do início da aprendizagem e o incentivo para continuar aprendendo, suscitados no contexto da prática profissional, em que surgem os conflitos capazes de despertar o interesse e o desejo de intervir para sua solução.

A competência proposta, nesse momento no currículo, que insere o estudante na realidade, no universo da prática profissional, refere-se a uma prática baseada na integralidade do cuidado individual e coletivo, vinculado à gestão dos serviços, à compreensão ampliada do processo saúde-doença, considerando também os diversos serviços de saúde de forma articulada, como segue: “[...] produção de ações integrais de saúde no cenário hospitalar desenvolvendo o cuidado à pessoa. Essas ações de promoção, prevenção e recuperação são planejadas, executadas e avaliadas, com interdependência ao cuidado coletivo e à organização dos serviços. As ações dos estudantes, pautadas na integralidade, devem contemplar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o grau de resolubilidade dos diferentes serviços de atenção à saúde nas diferentes fases do ciclo da vida e diferentes cenários hospitalares”. (Instituição 3)

Para ações em saúde pautadas na integralidade do cuidado, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, sua micropolítica e sua importância na compreensão da organização da atenção à saúde. Torna-se necessário ainda repensar o processo saúde-doença quanto aos seus determinantes e condicionantes e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. Em vista disso, a linha do cuidado passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, com medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros fatores capazes de impactarem o processo saúde-doença sob o ponto de vista do ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta. Desta forma, a atuação na macro e micropolítica deveria ocorrer de forma articulada, buscando os melhores resultados. O essencial é a perspectiva da construção do cuidado centrada nos usuários e suas necessidades, e não em um modelo que atenda apenas aos interesses do mercado.⁵⁷

A perspectiva de organização da Linha de Cuidado pressupõe a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário. Ainda que pareça ser simples esta conclusão, ela se encontra distante da prática cotidiana. O que se busca é potencializar o trabalho cuidador, no qual o profissional, ao se relacionar com o usuário no momento da assistência, libere “trabalho vivo” em ato. Este espaço relacional abre possibilidades de mudanças e de atos criativos, embora a potencialidade desse encontro possa ser frustrada em função do modelo de assistência praticado e dos seus pressupostos. Essa relação em saúde não deveria

ser comandada pelo autoritarismo do profissional. Deveria ser do tipo “interseção-partilhada”, na qual acontecessem trocas, compartilhamentos; ser guiada pela disponibilidade do profissional em liberar saberes e atos cuidadores e pelo desejo do usuário em restabelecer sua autonomia. Torna-se chave o deslocamento do processo assistencial atual, centrado em procedimentos fragmentados, por outros processos que se pautem pela responsabilização, pela vinculação e pelo cuidado.⁵⁷

Também acreditamos que a concepção de cuidado e a compreensão de que educação em saúde não são conceitos isolados. São interligados para ações individuais, coletivas ou até mesmo de gestão, tornando, então, o encontro do profissional de saúde e usuário um momento de construção de estratégias realmente eficazes sobre o processo saúde e doença, além de trazer a autonomia dos atores sociais.

Consideramos que outro elemento-chave consiste em fortalecer a capacidade de o usuário cuidar de si, estimulando seu empoderamento e suas opções. A sua autonomia é fundamental para fortalecer escolhas responsáveis e sua qualidade de vida. Torna-se fundamental ganhar a implicação do usuário nas apostas de prevenção, de controle e de recuperação para a obtenção de melhores resultados. Torna-se necessário investir nos cuidadores para que incentivem abordagens compreensíveis e adaptadas à cultura do usuário, suas singularidades, limites, fortalezas e fraquezas. Torna-se necessário, ainda, mapear redes sociais de apoio existentes na comunidade e na família, que possam fortalecer esses processos cuidadores. Incentivar redes de solidariedade, trocas e apoios integrados. Além disso, o cuidador deve se disponibilizar para apoiar o processo de travessia, mostrando-se aberto e disponível para o usuário, à medida que ocorram necessidades e demandas, o que exige mudanças substanciais no modo de se construir as redes de cuidado.⁵⁸

Apesar das dificuldades de percurso que esta instituição possa ter vivido na constituição deste currículo, observamos o avanço tanto institucional quanto na parceria ensino-serviço para promoção do espaço de aprendizagem, além da compreensão da educação em saúde com envolvimento dos sujeitos e, assim, emancipação deles. Revela-se ainda uma dimensão do cuidado ainda não mencionada por outras instituições – o cuidado coletivo: “Área de Competência: Vigilância em Saúde, sub-área: Cuidados das Necessidades Coletivas em Saúde: coleta de dados primários e secundários para análise e priorização de necessidades incluindo necessidades de educação em saúde. Organização e gestão do processo de trabalho de saúde: participa da cogestão do processo de trabalho compreendendo a equipe de saúde com autonomia/liberdade, compromisso/responsabilidade e participa do processo de educação permanente em saúde. Cenários: serviços hospitalares e rede básica de saúde.” (Instituição 3)

Considerando a ampliação de concepções de cuidado e de educação em saúde, na perspectiva da integralidade, busca-se a parceria de outras áreas para a constituição do trabalho transdisciplinar e transetorial, aplicando também outras formas de se realizar o cuidado por meio de tecnologias leves (diálogo) e tecnologias leve-duras (corpo de conhecimento das profissões). Nesse sentido, os projetos coletivos de cuidado à saúde devem desenvolver ações de prevenção, de promoção e de reabilitação da saúde, tanto em nível individual como no coletivo, considerando as instâncias do sistema de saúde e as necessidades locais na identificação dos determinantes do processo saúde-doença. Para que essa prática ocorra nos serviços, as escolas devem formar os profissionais para as mudanças das bases cognitivas e materiais de seu trabalho e para o enfrentamento das novas necessidades da sociedade, com vistas a aprender a aprender, fazer, ser e viver junto.⁴⁷

A integralidade, ao ser um princípio ordenador dos processos de mudança da atenção à saúde, torna-se indispensável uma vez que assinala os rumos da transformação a partir do real. A integralidade que abordamos vai além de um princípio, transforma-se em imagem-objetivo, ou seja, uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características predominantes. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas.⁵⁶

As instituições formadoras da área da enfermagem necessitam construir a articulação entre as atividades acadêmicas e o mundo do trabalho, constituindo significado à formação dos enfermeiros egressos/profissionais, buscando a superação da visão ainda centrada no modelo biomédico que desconsidera a complexidade e contradições das práticas concretas na área de saúde.⁴⁷

Na abordagem dialógica, a construção da competência e sua tradução curricular mostram-se como opção consistente e estratégica para a formação de profissionais de saúde orientada para as necessidades sociais. No entanto, ainda há um longo caminho a ser trilhado e contradições a serem superadas, em que pesem as possibilidades das políticas públicas de saúde e educação que vêm se delineando nas últimas décadas e que oportunizam iniciativas de mudança na formação dos profissionais da saúde.

4.2 Análise das Entrevistas

Os sujeitos da segunda fase da pesquisa são enfermeiras da ESF, as quais foram selecionadas considerando sua formação em organização curricular tradicional ou com mudanças curriculares como já mencionado.

As entrevistadas, como apresenta o quadro, são enfermeiras da ESF totalizando catorze do sexo feminino, representantes das três Instituições formadoras de Curso de Enfermagem que esta pesquisa aborda. São graduadas do período de 1998 a 2007, e a maioria delas atua na estratégia há mais de três anos. Todas possuem Pós-Graduação de diferentes Instituições.

Quadro 2 – Caracterização dos entrevistados, 2012.

Entrevistados	Sexo	Ano de Formação	Instituição	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF(anos)	Pós-Graduação	Local Pós-Graduação
E01	F	1998	3	13	OUT+SF	(-)
E02	F	2005	2	07	SF	(-)
E03	F	2003	3	06	SF	FAMEMA
E04	F	2001	3	08	SF	ESAP
E05	F	2007	3	03	SF	FAMEMA/ UNIFESP
E06	F	2006	2	02	SF+OUT	FAMEMA + ESAP+ INDEP
E07	F	1998	2	12	SF	FAMEMA
E08	F	2000	2	11	OUT	ESAP
E09	F	2003	3	07	SF+OUT	(-)
E10	F	2001	3	04	OUT	USP/UFM T
E11	F	2007	1	03	SF	FAMEMA
E12	F	1998	3	12	OUT+SF	(-)
E13	F	2007	2	03	SF	ESAP
E14	F	2002	2	07	SF	INDEP

Legenda:

SF : Especialização em Saúde da Família

OUT: especialização em Enfermagem ou Multiprofissional em outras áreas como: Obstetrícia, Neonatal, Enfermagem do Trabalho, Psiquiatria, entre outras.

(-) Não temos esta informação

4.2.1 Processos de formação para o cuidado em saúde

Quanto ao processo de formação das enfermeiras entrevistadas, percebemos o reflexo das bases teóricas de suas instituições formadoras. Um grupo relata aprendizagem por metodologia tradicional, clínica e fragmentada; não se focava a educação em saúde. Relatam o uso de cópias fornecidas por professores, ou ainda com resumos das aulas para aprendizagem; não havia participação ativa; os estudos eram direcionados para prova, sem incentivo para busca que, por vezes, dependia do interesse do estudante. As profissionais apresentam dificuldades em relacionar conhecimentos da graduação sobre ESF, saúde coletiva e atividades em grupo.

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana, fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, havendo, conseqüentemente a exploração do conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica.⁵⁴

Nesse cenário, o processo ensino-aprendizagem tem se restringido à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos e, ao discente, cabe sua retenção e sua repetição sem a necessária crítica e reflexão. Ao contrário, a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica requer a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo, que reconhece a realidade como mutável.⁵⁴ Os fragmentos relatam a prática da teoria descrita: “Pouco se falava em educação em saúde, principalmente na atenção básica. Era aquele método vertical e conheci muito pouco porque os estágios que eu fiz foi em UBS. Professor vinha e passava a matéria, ia pra prova, atingiu a média, passou. Nos estágios a gente ia e olhava e acabou.” (E13); “Metodologia tradicional, não viu muito sobre educação em saúde. O professor passava um Xerox, a gente estudava baseado num Xerox. A gente fazia pesquisa, trabalhos.” (E8);

Essas falas traduzem as discussões que realizamos com a análise documental, já que as organizações curriculares tradicionais apresentavam centralidade nos conteúdos teóricos dissociados da prática, como segue o fragmento: “[...] eu tive mais teoria, a prática foi pouca, mais em época de estágio.” (E2)

O processo ensino-aprendizagem é complexo, apresenta um caráter dinâmico e não acontece de forma linear como uma somatória de conteúdos acrescidos aos anteriormente estabelecidos. Exige ações direcionadas para que o discente aprofunde e amplie os significados elaborados mediante sua participação, enquanto requer do docente o exercício

permanente do trabalho reflexivo, da disponibilidade para o acompanhamento, da pesquisa e do cuidado, que pressupõe a emergência de situações imprevistas e desconhecidas.⁵⁴

Mais uma vez falamos acerca da importância da superação da concepção bancária, como descrita na análise documental, para a educação libertadora, que é uma prática política, reflexiva e capaz de produzir uma nova lógica na compreensão do mundo: crítica, criativa, responsável e comprometida. E neste aspecto há um fragmento que declara a dificuldade no mundo do trabalho, no contato com a realidade social.⁵⁴ “A metodologia era extremamente tradicional, não tive nada de educação em saúde. A questão doença, a saúde, não focada nas necessidades. [...] E quando eu comecei no serviço, trabalhar a educação em saúde, fazer educação permanente, eu senti dificuldade, foi meio que procurando, buscando, conversando com colegas.”(E7)

Nesse mesmo grupo de enfermeiros graduados em método tradicional, muitos realizaram pós-graduação em metodologia ativa, o que superou falhas da graduação: concepção de aprendizagem e concepção do processo saúde doença. Outros relataram superação das dificuldades no próprio serviço, como segue o fragmento: “Meu processo de aprendizagem era tradicional, e na maioria das vezes foi muito clínico, não se via o paciente como um todo. Quando eu fui fazer uma residência isso me ajudou. Lá o método era diferente, visando à aquisição do conhecimento, à prática de como adquirir, de enxergar o paciente como um todo” (E6). “E depois eu fiz a minha pós também em saúde da família, eu acho que ajudou mais também.” (E2). “No aprimoramento era uma carga horária de 40 horas na unidade, sai da sua realidade daquilo que está vivendo, aí sim eu conseguia fazer associação” (E8). “O PET ajudou muito com esta questão da educação em saúde, até pela própria proposta que ele vem de desenvolver estas atividades na comunidade” (E7).

Relatar sobre método diferente no processo de aprendizagem se refere a uma mudança de metodologia. As metodologias ativas se baseiam em estratégias de ensino fundamentadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, que permitem a leitura e a intervenção sobre a realidade, favorecendo a interação entre os diversos atores e valorizando a construção coletiva do conhecimento e de seus diferentes saberes e cenários de aprendizagem. Além disso, são práticas que estimulam a criatividade na construção de soluções aos problemas e que promovem a liberdade no processo de pensar e de agir.⁵⁵

Quais as repercussões deste processo ensino-aprendizagem no cuidado a saúde junto ao usuário? As dificuldades referidas por estes sujeitos estão ancoradas no contraste da formação com a realidade social no mundo do trabalho? Os fragmentos trazem as dificuldades no cuidado quando o processo de ensino-aprendizagem não os preparou para lançar mão de

conhecimentos desenvolvidos na graduação: “Minha graduação não foi focada tanto à educação em saúde, acabei aprendendo com a prática, com a realidade da nossa unidade. Tenho certeza de que não tive assim uma matéria específica para isso” (E2).

Se reproduzirmos nossas práticas em saúde – o cuidado, e nossas ações de educação em saúde, baseadas nos processos de aprendizagem descritos anteriormente, teremos práticas educativas pautadas na perspectiva tradicional e centradas nos conteúdos, normativas e científicas, não gerando mudanças de comportamento ou estilos de vida. Continuamos a patinar em nossas ações. A educação em saúde e as mensagens a serem adquiridas pela população não seguem uma lógica vertical, na qual o que é transmitido começa a fazer parte da prática cotidiana, tornando-se fator responsável por transformações.⁵⁶

Relacionar-se com a população, transmitindo o conhecimento de maneira verticalizada, deixa de lado toda a complexidade do indivíduo e todas as diferenças que influenciam a adoção de seus comportamentos e modo de vida, já que o processo saúde-doença é consequência de construções decorrentes de todo o seu universo específico, de seus valores e de aspectos culturais, sociais, ambientais e biológicos. Este fato demonstra a necessidade e importância de formar profissionais em saúde coerentes e fundamentados nas formas e singularidades de agir e viver de uma determinada população.⁵⁶

Há necessidade de considerarmos as propostas da integralidade como imagem-objeto, o que trataria de indicar a direção ou modo como se quer modificar a realidade numa concepção polissêmica. Trata-se também da rica sistematização em colocar sentidos à integralidade, na educação dos profissionais em saúde; na organização dos serviços e nas práticas em saúde; na constituição de políticas públicas em saúde. No sentido da integralidade nas práticas em saúde, refletimos sobre as práticas de cuidado apresentadas pelos sujeitos da pesquisa. Sabemos que a produção em saúde, o cuidado, se dá pelas relações entre os sujeitos, pelas pactuações do agir e pensar saúde, para assim serem geradas mudanças no “fazer saúde.”⁵⁷

O presente fragmento traz a necessidade acima colocada: “Não ouvi falar de programa saúde da família na minha graduação. [...] E, nos estágios, quem falou sobre os programas da saúde pública fui eu que levei tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, Papanicolaou, exame de mama. Fui eu que ensinei no meu grupo, fui eu que apresentei em transparência para meu grupo como que se fazia, porque se colhia assim. Parece que hoje está diferente, mas ainda longe de ser uma educação que ajude você na questão da promoção da educação em saúde.”(E13).

Um estudo recente com equipes de saúde da família, em relação a concepções de seus componentes sobre processo saúde doença e educação em saúde, conclui que há necessidade de modificações conceituais na formação desses profissionais e a inclusão do enfoque coletivo na educação permanente, abordando o conceito ampliado de saúde com seus determinantes sociais e contextuais. Faz-se necessária também a busca de novas metodologias de educação em saúde que vão além da informação, promovendo a ressignificação dos conceitos do processo saúde-doença e possibilitando, de fato, o estabelecimento de novas práticas e novos processos de trabalho em saúde.⁵⁶

Outros enfermeiros referiram que sua formação apresentava uma diferente organização curricular, com maior contato com a atenção básica. Apesar de conflitos na adequação do método de ensino-aprendizagem, há relatos de autonomia no processo de aprendizagem e na maneira como profissionais buscam o aprimoramento do saber e avaliam seu processo como um todo.

Relata-se metodologia ativa, relacionando teoria e prática, aprendizagem partindo da vivência pelo contato com prática, áreas de competência e aprendizagem significativa, como apresenta os fragmentos: “é foi metodologia ativa, o currículo da enfermagem era mais focado na problematização. Já tinha contato com a prática desde o primeiro ano na unidade de prática profissional, facilitou muito para o trabalho hoje na rede. Desde o início da graduação teoria e prática correlacionadas, partiu muito da nossa vivência a nossa aprendizagem.”(E5); “a problematização durante os quatro anos. A gente ia aprender o que nos fazia sentido naquele momento, tinha as áreas de competências, mas o estudo e a direção dos questionamentos da discussão eram baseados na nossa vivência.” (E9)

O desafio atual está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a conseqüente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação.⁵⁴

Os fragmentos deste grupo de enfermeiras trazem também a relevância de um processo ensino-aprendizagem que se baseia também na constituição de sujeitos: “passei por conflitos, vem de um processo extremamente tradicional, entra numa determinada metodologia onde o aluno tem autonomia em seu processo de aprendizagem. Fui me

adaptando melhor a esta metodologia, vejo que ela foi fundamental para minha vida enquanto profissional. Esta metodologia instiga este profissional o tempo todo, é um profissional inquieto. Ele busca sempre aprimoramento do saber [...]” (E10).

Podemos referir que a práxis reflexão-ação é necessária para o fortalecimento de sujeitos: é preciso que a educação esteja adaptada ao fim que se persegue, que é o de permitir ao homem chegar a ser sujeito, de construir-se como pessoa, de transformar o mundo, de estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade, de fazer a cultura e a história.⁵⁸

Entretanto, tratando-se de processo ensino aprendizagem e mudanças metodológicas, não há como deixar as raízes do tradicionalismo, mas é possível superá-las e propor diferentes contribuições para a aprendizagem. Os fragmentos retratam um período transitório, um currículo de transição entre o tradicionalismo e os processos de mudanças: “Peguei três fases na época da faculdade. Fiz um ano no método tradicional, A gente estava no período de transição, foi o primeiro ano que entrou com o método da problematização” (E4); “formada na turma da transição, a construção do conhecimento era coletiva. Existia o palco na faculdade ainda, e tinha professor que gostava de palestrar. Eu não sei se aqueles três eram os melhores autores, se tinha outra coisa, a gente não sabia, era só aquilo. Acho que já foi uma tentativa” (E12).

Apesar de os sujeitos relatarem um período transitório, eles mesmos conseguem caracterizar aspectos de cada metodologia e ainda, mesmo neste período, nota-se o respeito à autonomia. O respeito à autonomia parece ser o melhor modo para a compreensão, por parte do binômio docente/discente, do processo de produção, e apreensão e expressão do conhecimento, dentro de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal, conhecer é transformar.⁵⁴

Os fragmentos também relatam certa preocupação inicial com o inesperado, com o novo: “Foi meio conturbado no começo, a primeira turma da mudança do currículo, que foi a problematização.[...]” (E10). Percebe-se, porém, que a transitoriedade, a perspectiva de mudança e suas possíveis angústias, são amenizadas com a compreensão de aprendizagem como um processo reconstrutivo, que permite o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, desencadeando ressignificações/reconstruções e contribuindo para a sua utilização em diferentes situações.

As metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, explícito por Paulo Freire. A educação contemporânea deve pressupor um estudante capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação.⁵⁴

As metodologias ativas, que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, potencializam ao estudante a reflexão, a relação com suas histórias e a ressignificação suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, ele poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões.⁶⁴

Refletindo sobre o que apresentamos até o momento, o processo ensino-aprendizagem e a metodologia escolhida para a formação do enfermeiro, além das concepções teórico/filosóficas sobre educação, processo saúde doença e cuidado, influenciam e preparam, ou não, os sujeitos para uma atuação profissional que corresponda às necessidades atuais em saúde, como segue o fragmento: “Mesmo que minha graduação não foi tão estruturada, voltada mais para a atenção básica, desde o quarto ano a gente já ficava na estratégia saúde da família. Particularmente não acho que minha formação me satisfizesse tanto, tive que fazer residência para ter condições disso, não teria condições, bagagem de sair da faculdade e assumir uma unidade sozinha, pela estrutura que estava na época o currículo da faculdade, hoje bem mais estruturado” (E3).

A partir das análises realizadas identificamos um outro pressuposto de que mesmo com processos de formação com potencialidades para prática emancipadora no processo de cuidar, esses não asseguram que teremos a adesão de profissionais a um projeto e constituição de sujeitos durante a graduação.

A superação das dificuldades na aprendizagem da graduação para a atuação profissional pode ser encontrada nos cursos de pós-graduação em metodologias ativas, pelas discussões ampliadas dos processos saúde-doença. Ou ainda, na própria prática profissional, na qual os serviços de saúde, tendo a emergência de atender às necessidades de saúde do usuário, possibilita espaços de formação a seus trabalhadores, o que poderia oportunizar a formação para o cuidado e educação em saúde na perspectiva da integralidade.

Por outro lado, frente a esta possibilidade, os profissionais têm a oportunidade de adesão ou não aos processos de mudança. Refletindo sobre a constituição do sujeito e seu universo, sabemos que um conjunto de ações sociais altera seus desejos, interesses e necessidades propiciando relativos graus de autonomia. As necessidades sociais e as Instituições agem como forças externas sobre os sujeitos, os quais podem ou não,

considerando sua subjetividade (interesse e desejo), redefinir-se, construir novos projetos, transformando-os em nova práxis.⁶¹

4.2.2 Práticas de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família – Limites e Possibilidades

Quando consideramos o fazer-saúde de hoje, estamos nos deparando com ações que limitam práticas de educação em saúde na ESF. O enraizamento da transmissão de conhecimentos e do discurso higienista é tão intenso que mesmo os profissionais com possibilidades de formação, seja da graduação ou pós-graduação, em currículos com processos de mudanças, apresentam dificuldades operacionais.

A diferença está na compreensão de tal dificuldade e nas estratégias de superação. Os fragmentos em sequência relatam: “A gente faz prescritivo, e acaba deixando a vontade, o desejo da pessoa de fazer de uma outra forma.” (E11); “a gente segue prioridades que são estabelecidas no ministério e a gente vê de acordo com a nossa área, [...] A gente tá sempre tentando, pensando na forma de estar trabalhando esses grupos, antes a gente fazia é como se fosse palestras, e não estava tendo uma boa adesão, o grupo morria, acabava. Agora a gente faz no sentido mais de conversa mesmo, o que elas pensam sobre, o que elas sabem, sempre surgindo delas, estão vindo mais mulheres com uma adesão boa.” (E5); “então pelo menos durante a faculdade a gente realmente aprendia o que a pessoa quer saber, pra saber o que a gente vai passar, e não passar o que eu quero, senão não faz sentido” (E9).

O enfermeiro pode encontrar um importante espaço de atuação na Estratégia Saúde da Família e pode fortalecê-la para a consolidação do SUS, por ser um espaço potente à práticas de educação em saúde.

As práticas em saúde, em especial no cuidado, deveriam proporcionar um encontro, uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, com vistas à construção de sujeitos que são criados no mundo e voltados para ele. Devem ter a intenção ética emancipatória de ampliar e qualificar o cuidado para além do saber-fazer científico-tecnológico, concebido como um procedimento sistemático e universal prévio ao ato de interação. O espaço relacional entre sujeitos cria um saber preocupado com a totalidade do outro, em que se destaca a necessidade do diálogo entre o saber biomédico centrado em evidências clínicas e epidemiológicas e outros saberes.⁶⁵

Por outro lado, um processo de aprendizagem baseado na transmissão de conhecimentos, no modelo biomédico de concepções biologicistas, e ainda individualista, sem ações de construção coletiva do conhecimento tem gerado ações, em saúde, ações diferentes

das que falamos acima, mas que estão presentes nos cotidianos dos serviços de saúde como revelam estes fragmentos: “Método tradicional, pouco ouvi falar sobre ESF, sobre saúde coletiva, saí com nenhuma bagagem de grupo, de grupo operativo, de educação em saúde” (E14). “Pouco se falava em educação em saúde, principalmente na atenção básica. Era aquele método vertical e conheci muito pouco[...]” (E1).

O princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado, desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada, de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte aos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida.¹¹

Estudos vêm demonstrando que há reprodução do modelo de atenção hegemônico na ESF, centrado em ações prescritivas e curativas, sendo isso um risco e uma possibilidade iminente. A reprodução desse modelo, que privilegia o saber biomédico como, muitas vezes, o único possível, mantém a relação tradicional de saber-poder sobre o atendimento das famílias. Por outro lado, as equipes de saúde da família apresentam potência para desenvolver as práticas cuidativas que articulam as tecnologias duras, leve-duras e leves comandadas pelas leves (das relações, como o acolhimento e o vínculo).⁶⁶

Essas práticas “cuidativas” são possíveis? Podemos visualizar esse cuidado nas realidades dos serviços de saúde? Potencialmente, mas para outros profissionais este tipo de cuidado e educação em saúde traz em si uma nova concepção, cuja construção se iniciou no processo de aprendizagem da graduação.

Os fragmentos a seguir relatam como os enfermeiros realizam ações de educação em saúde baseados no processo de aprendizagem da graduação: “A gente tem esse maior contato durante a graduação, o método foge do tradicional. A gente tem um envolvimento maior com a população desde a época da graduação, isso deixa a gente mais junto, mais perto para saber como abordar, saber como estar junto, o levantamento de problemas. Tudo que a gente aprende na graduação é o que a gente trabalha no dia-a-dia na saúde da família.”(E4); “Esse processo de autonomia da busca, ser crítico, reflexivo reflete sobre suas ações não só sobre suas ações individuais, mas sobre as coletivas da equipe, dos usuários.” (E10).

Nestes fragmentos podemos ver a potencialidade da aprendizagem na graduação. A educação em saúde baseada na emancipação do sujeito não ocorre de forma repentina, inicia-se com uma construção intrínseca que, nesses casos, foram possibilitadas pela graduação, o que também discutimos na análise documental. Mas precisamos considerar a constituição do sujeito, no nosso caso os enfermeiros deste processo, que com seus desejos e interesses,

poderiam ou não estar abertos a estes movimentos externos, da Graduação, tornando os internos e transformando-os em práticas e protagonismo.

Já os fragmentos seguintes apresentam as práticas de educação em saúde com potenciais para emancipação dos sujeitos: “Bom, a atividade de educação em saúde a gente acaba fazendo o tempo todo. Em demanda espontânea, em atendimentos individuais, em atendimento coletivo e programado [...] o tempo todo a gente trabalha isso. ... a gente ainda está levantando as necessidades de saúde, fazendo esse diagnóstico pra trabalhar a educação em saúde. Não é apenas em atividade individual, mas também coletiva.”(E10); “agora a gente faz no sentido mais de conversa mesmo, o que elas pensam sobre, o que elas sabem, sempre surgindo delas, estão vindo mais mulheres com uma adesão boa.”(E5). “Grupo pelas necessidades, na unidade, na zona rural e no centro comunitário. Utilizando alguns membros da equipe e com outros membros de equipe multidisciplinar-NASF trabalhando assuntos comuns aquele grupo” (E1).

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social.¹¹

Evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e de práticas na área de saúde, alicerçado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e às necessidades das pessoas, dos grupos e das coletividades.

A integralidade como imagem-objetiva atua como eixo estruturante da necessidade da mudança a partir da formação das políticas públicas de saúde, dos serviços, suas práticas, de forma que o relacionamento com o usuário/família seja profissional e sujeito e não profissional e objeto. A educação em saúde, como processo político pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e à emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.¹¹

E diante destes aspectos, é possível uma prática de educação em saúde com possibilidades de impacto e mudanças reais como neste fragmento: “Ressaltar a importância de ter essa postura de roda, de conversar, de ouvir a necessidade do outro, nessas

metodologias que permitem que as pessoas coloquem as suas necessidades. Fortalece o vínculo, fortalece o cuidado.” (E6)

A discussão sobre integralidade perpassa a formação profissional e educação permanente. Deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Já o trabalho em equipe, para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisa ser iniciado desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde individuais e coletivas.¹¹

A discussão sobre a Clínica do Sujeito fortalece as potencialidades de práticas em saúde trazidas pelas entrevistadas. O paciente “livre” para elaborar e transmitir ideias pode trazer elementos diferentes para a Clínica, com a possibilidade de fazer emergir outros temas do que sua doença. Permite-se ao paciente, sob tais condições, alcançar maiores coeficientes de autonomia e de iniciativa e, portanto, maior protagonismo. Esse é o ponto de partida da Clínica do Sujeito - responsável pela “construção de sentido ou de significado para as coisas ou para os fenômenos” e do “protagonismo de sujeitos concretos” em que o objetivo do trabalho seria o doente, a pessoa, e não a doença.⁶⁷

Há possibilidade de mudanças para as dificuldades referidas pelos profissionais e para aquelas presentes na ESF. Entendemos que uma potencialidade para este processo seja a educação permanente em saúde. A Educação Permanente em Saúde possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho (formação, atenção, gestão e controle social), seu alvo são as equipes (unidades de produção), seu lócus de operação são os coletivos, pois o olhar “do outro” é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de “incômodos.”⁶⁸

Percebemos que os profissionais, que possuem formação crítica ou tradicional, destacam que a utilização da educação permanente no processo de trabalho torna-se uma ferramenta para mudanças, como nestes fragmentos: “O processo de construção de protocolos, por exemplo, que foi um processo muito importante pra nós e que está parado. Muitos enfermeiros conseguiram refletir sobre a prática profissional, em que a gente pôde assim usar a problematização. A gente começou refletir nos pequenos grupos. Isso, assim, me deixou muito triste, porque parou. E é isso, acho que todos que tem essa formação sentem isso.” (E10); “se utiliza da ferramenta da educação permanente para isso, a gente vai em busca de quais os problemas das pessoas, daquilo que elas necessitam, pra fazer sentido pra elas,

então pelo menos durante a faculdade a gente realmente aprendia o que a pessoa queria saber, pra saber o que a gente ia passar, e não passar o que eu queria. Senão não faz sentido.” (E9); “[...] Aqui dentro da equipe, com agentes comunitários novos, a gente tá fazendo a capacitação deles na lógica da EP.”(E6).

No contexto das profissões que envolvem o cuidado ao ser humano em seus diversos enfoques, tais transformações só podem ser obtidas por meio da educação permanente em saúde, também reformulada a partir da necessidade de formar profissionais reflexivos, habilitados a integrar os conhecimentos construídos e articular sua área de intervenção a outras. Profissionais capazes de buscarem a atualização por meio da educação permanente e atuarem em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, respondendo às demandas sociais e possibilitando ao paciente um cuidado integral, pautado por uma atuação ética e compromissada com a sociedade.⁶⁹

Apesar de algumas dificuldades e fragilidades, a educação permanente é compreendida como imprescindível para as mudanças no sujeito e no sistema de saúde. Não se mudam práticas e idéias sem a formação das pessoas. Ou seja, tornar-se sujeito requer desvelar a realidade e a si mesmo para recriar a si e ao mundo.⁷⁰

O presente fragmento retrata a angústia e a necessidade do protagonismo dos trabalhadores em saúde para educação em saúde com vistas à emancipação dos sujeitos: “A educação em saúde é o caminho para o saúde da família dar certo, [...] o grupo acontecia por pernas próprias. Alguma coisa a gente ia buscar, o conhecimento e trazia uma coisa mais fundamentada. Mas sem desprezar o conhecimento prévio delas. Uma coordenação que parece que não sabe o que é educação em saúde e que determina o que você tem que fazer, os grupos, e quais são os autores que você tem que ensinar a população a conhecer.”(E12)

Destaca-se a insatisfação dos profissionais em relação aos gestores referente à forma de não se constituir uma co-gestão e seus reflexos na organização do trabalho no nível local, e seus desdobramentos, por exemplo, na articulação do trabalho entre o Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) e as equipes.

O protagonismo dos trabalhadores em saúde pode ser conquistado por meio do espaço da educação permanente. O processo de educação permanente em saúde transcende o aperfeiçoamento técnico ao possibilitar aos sujeitos-trabalhadores a busca de sua autonomia, cidadania, bem como o resgate de sua multidimensionalidade, a qual poderia constituir-se como fundamento de desalienação. Logo, o processo educativo pode se caracterizar como um cuidado das instituições/gestão para com os seus sujeitos-trabalhadores no processo de trabalho.⁷⁰

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que as Diretrizes Curriculares Nacionais trouxeram importantes inquietações para os cursos de graduação de Enfermagem. As intensas discussões, estudos e proposições realizadas desde então têm provocado reflexões nas instituições formadoras e nos serviços de saúde.

Nosso pressuposto baseia-se na prerrogativa de que as ações de educação em saúde, vivenciadas nos serviços da Atenção Básica na ESF, ainda ocorrem em sua maioria por meio da transmissão de conhecimento do profissional ao paciente. Aquele se coloca como detentor do saber frente a este, que passivamente o recebe.

Identificamos que as práticas ocorrem tanto por reprodução na transmissão de conteúdos como por uma possibilidade de mudanças com a participação dos usuários durante o cuidado.

Na análise, outro pressuposto evidenciado é que, mesmo com processos de formação com potencialidades para prática emancipadora no cuidar, esses não asseguram que teremos a adesão de profissionais ao projeto e, nesse, a constituição de sujeitos.

As proposições desta pesquisa possibilitaram compreender as dificuldades que há para realizar uma prática de educação em saúde na perspectiva emancipadora, considerando que a formação dos profissionais ainda está, em sua maioria, pautada no modelo tradicional de educação e de compreensão do processo saúde doença focado na concepção biologicista.

O estudo permitiu, pela análise de diferentes organizações curriculares e pelas entrevistas, analisar as repercussões na prática dos profissionais enfermeiros na educação em saúde. As bases teórico/filosóficas das instituições de formação influenciam a forma de seus graduados verem o mundo e nele atuarem, assim como suas concepções de educação e do processo saúde-doença. Uma aproximação/vivência em educação, crítica e emancipatória, pode potencializar, tanto na graduação quanto na pós-graduação e no serviço, as ações de educação em saúde com vistas à emancipação do sujeito.

No entanto, há necessidade dos profissionais terem adesão ao projeto instituído e tornarem-se sujeitos no processo de formação crítico, reflexivo, pautado pela integralidade e centrado no sujeito no cuidado individual e coletivo, assim como nos serviços ao realizarem as práticas de educação em saúde.

Identificamos também que há, predominantemente, dificuldade para preparar estes profissionais no campo da promoção à saúde devido à desarticulação das práticas de saúde na maioria dos currículos. Além disso, as concepções de saúde que perpassam os conteúdos/práticas abordados na formação estão centradas no modelo biomédico, com algumas possibilidades e potenciais para que ocorram mudanças nas práticas, trabalhando na lógica das necessidades de saúde e na concepção de sujeito no cuidado. O currículo integrado e orientado por competência é o que mais se aproxima de uma educação dialógica em saúde.

Há dificuldade na dinâmica dos serviços em saúde, em especial na ESF, para efetivar ações de educação em saúde potencialmente dialógicas e, indícios de que o processo de trabalho e o modelo de gestão não têm garantido espaço suficiente para o protagonismo de seus profissionais. A formação também não potencializa a constituição de ferramentas para processos de mudanças, bem como uma prática nos serviços de saúde para que se organizem num processo de trabalho na lógica da integralidade, o que possibilitaria o cuidado ao usuário, por exemplo, por meio de projeto terapêutico singular, em matriciamento com o NASF.

A educação permanente em saúde, apesar de ser reconhecida como ferramenta de mudança, tem sido pouco incentivada, ou até mesmo esquecida. É notória, porém, a valorização deste espaço de construção coletiva por meio dos sujeitos desta e de outras pesquisas, sendo até mesmo considerada como a alternativa concreta para movimentos de mudanças tanto na formação como na prática das profissões em saúde.

Como a educação permanente em saúde constitui sujeitos em nível local, é potente para reconstruir o processo de trabalho junto ao usuário, entre os trabalhadores e com a comunidade, levando à autonomia nas tomadas de decisão por compreender e construir um projeto de ação voltado à equipe local.

Esperamos que a presente pesquisa possibilite construções e reflexões na área da Educação em Enfermagem e na Educação em Saúde para mudanças efetivas, críticas e coletivas, que resultem em atendimento às necessidades de saúde de nossos “usuários-sujeitos” junto aos nossos “enfermeiros-sujeitos” numa construção de planos de cuidados tanto individuais quanto coletivos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.
3. Andrade LOM, Pontes RJS, Martins Junior T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2000;8(1/2):85-91.
4. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-86.
5. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e Saúde*. 5a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 473-501.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
7. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1998.
8. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [texto na Internet]. Brasília (DF): Planalto; [20--]. [citado 17 Out 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
9. Almeida MCP, Witt RR. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2003;56(4):433-8.
10. Gil CRR. A educação permanente e a qualificação da gestão do trabalho na Saúde da Família: desafios, possibilidades e perspectivas. *Rev. Bras. Saúde Fam*. 2009;21(1):67-70.
11. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz, DT, Vieira, NFC, Barroso, MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007;12(2):335-42.
12. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO; 2005. p.336.
13. Pinheiro R, Guizard FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO; 2008. p. 23-37.

14. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007;12(2):343-9.
15. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun. Saúde. Educ.* 2005;9(16):39-52.
16. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle de doenças infecciosas e parasitárias. *Cad. Saúde Pública.* 1998;14(2):39-57
17. Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo: HUCITEC; 2003.
18. Gontijo LPT, Silveira SE. Construção de competências em saúde e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Saúde Fam.* 2010;24(4):51-8.
19. L'abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad. Saúde Pública.* 1994;10(4):481-90.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4].
21. Morin E. *A religação dos saberes.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
22. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001;6(1): 63-72.
23. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc.* 2004;13(3):16-29.
24. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec; 2002.
25. Santos GF. Formação do Enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. *Rev. Bras Enferm.* 2004;57(1):66-70.
26. Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2001;35(1):80-7.
27. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Portaria 1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do Curso de Graduação em Enfermagem [texto na Internet]. Brasília (DF): Inep; [20--] [citado 2011 Nov 1]. Disponível em: <http://www.prolei.inep.gov.br/exibir.do?jsessionid=89799BEE1E9F0EC18D1522F2AAD4FCC7?URI=http%3A%2F%2Fwww.ufsm.br%2Fcpd%2Finep%2Fprolei%2FDocumento%2F-1059774681880549130>.
28. Correia LM, Henriques RLM, Nogueira MFH, Pacheco SA, Romanoet RT. Construção do Projeto Pedagógico: experiência da faculdade de Enfermagem da UERJ. *Rev. Bras. Enferm.* 2004;57(6):649-53.

29. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNE/ CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem [texto na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001. [citado 1 Nov.2011]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
30. Sacristán JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: ArtMed; 1998.
31. Brasil. Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [texto na Internet]. [citado 1 Nov. 2011]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/diretrizesbaseseducacao.htm>.
32. Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez; 2001.
33. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface. 2005;9(17):369-79.
34. Santomé JT. Globalização e interdisciplinariedade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
35. Braccialli LAD, Raphael HS, Chirelli MQ, Oliveira, MAC. Avaliação do estudante: no exercício de avaliação da prática profissional. Avaliação. 2008;13(1):101-8.
36. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da Famema [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002. 281 f.
37. Saupe R, Alves ED. Contribuição à construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem. Rev. Latinoam. Enferm. 2000;8(2):60-67.
38. Feuerwerker L, Sena R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface. 2002;6(10):37-50.
39. Irwin P. Competencies and employer engagement. Asia Pac Educ Review. 2008; 9(1): 63-69.
40. Beckett D. Holistic Competence: Putting Judgements First. Asia Pac Educ Review. 2008; 9(1): 21-30.
41. Rodrigues RM, Caldeira S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2008;61(5):629-36.
42. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
43. Rezende, KT et al. Implementando as unidades educacionais do curso de Enfermagem da Famema: relato de experiencia Interface - Comunic, Saúde, Educ, 2066; 10(20):.525-35.
44. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

45. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
46. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 9-29.
47. Santana R, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás Cienc. Saúde Colet. Supl. 2010 15:1653-64.
48. Almeida AH, Soares CB. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2011;19(3):614-21.
49. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto pedagógico do curso de enfermagem. Marília, 2008.
50. Laluna MCMC, Ferraz CA. Os sentidos da Prática Avaliativa na Formação de Enfermeiros. Rev. Latin Am Enfermagem. 2009; 17(1):21-7.
51. Chiesa AA, et al. Potencialidades das dimensões tecnológicas do cuidado no Cenrio do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. Tempus Actas de S Col. 2007; 1(1)ed.especial.
52. Deluiz, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. Boletim Técnico do Senac. 1996; 22(2): 15-21.
53. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto & contexto enferm. 2009;18(4):652-60.
54. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev Bras Enferm. 2008;61(1):117-21.
55. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública. 2004;20(5):1400-1049.
56. Malta DC, Mehry EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic disease. Interface. 2010; 14(34): 593-605.
57. Franco MAS. Saberes pedagógicos e prática docente. Anais do Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. Anais:Educação formal e não formal, processos formativos e saberes pedagógicos. Recife. 2006; 1(1):27-50.
58. Mitre, S M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. Saúde Colet. 2008;13, suppl.2:2133-44.
59. Cotta RMM et al.. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(3):787-96.

60. Câmara AMCS. et al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde Perceptions of the Health-disease Process: Meanings and Values in Health Education . Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36 (1, Supl.1): 40-50.
61. Campos, GWS. Um método para a análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2001. 236p.
62. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Cien Saude Colet. 1999;4(2):305-314.)
63. Davini, M.C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994. p.39-58.
64. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. 2004)Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública. 2004; 20(3):780-8.
65. Uchôa, AC. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2012;13(29):299-311.
66. Fortuna CM, Camargo-Borges C, Pereira MJB, Mishima SM, Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(3):657-64. (citado 1 Nov. 2011]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/
67. Bedrikow, R, Campos, GWS. Clínica: a arte de Equilibrar a Doença e o Sujeito . Rev. Assoc. Med. Chem. Bras.2011; 57(6):610-613.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
69. Stahlschmidt APM. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2012; 16(42):819-27.
70. Araújo CEL, Pontes RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE) Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(9):2357-65.

APÊNDICE A**IDENTIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

- 1) Nome:**
- 2) Ano de formação graduação:**
- 3) Escola/local de formação:**
- 4) Ano que iniciou na Estratégia Saúde da Família:**
- 5) Formação pós-graduação/ano:**

APÊNDICE B**QUESTÕES PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS
PROFISSIONAIS DA ESF:**

- O Sr.(a) poderia relatar uma ou mais experiências com atividades de educação em saúde?
- Como realizava essas atividades? Poderia descrever desde a preparação até os momentos com os usuários?
- Suas ações para estas atividades de educação em saúde baseiam-se em quê?
- Conseguiria nominar ou identificar a metodologia que utiliza nessas ações?
- Como foi o seu processo de formação na graduação? Qual metodologia de ensino-aprendizagem foi utilizada?
- Como o Cuidado em saúde era realizado durante a graduação?
- A educação em saúde foi abordada durante a sua formação na graduação? Qual a forma de abordagem? Em que local? De que forma?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **Processo de Formação do Enfermeiro: a visão de egressos sobre a educação em saúde na Estratégia Saúde da Família**, que tem como objetivo: analisar o processo de formação de egressos do curso de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família em relação as suas praticas de educação em saúde no cuidado ao usuário. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método Análise de Conteúdo.

A pesquisa faz parte do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados 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 ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questões semi-estruturadas. A entrevista será gravada em para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área da saúde.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail 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!

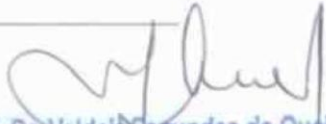
Orientadora: Profª Drª Mara Q. Chirelli
Mestrado Profissional Ensino em Saúde
Faculdade de Medicina de Marília
Fone: 3402-1744 Ramal 1813
RG: 12.594.487-1
COREN/SP 32328
e-mail: marachirelli@gmail.com

Mestranda: Paula Sales Rodrigues
Mestrado Profissional Ensino em Saúde
Faculdade de Medicina de Marília
Cel: (14) 9797-7738
RG: 33.214.382-X
COREN/SP 0109436
e-mail: paula.srodrigues@hotmail.com

Marília, ____ de _____ de 20__.

Eu, _____ RG, _____
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)


Prof. Dr. Valdeir Magundes de Queiróz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisas
Envolvendo Seres Humanos
Faculdade de Medicina de Marília / FAMEMA

ANEXO I



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 06 de Dezembro de 2011

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Paula Sales Rodrigues
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 1427/11, intitulado: "Processo de Formação do Enfermeiro: A Visão de Egressos sobre a Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/12/2011, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

ANEXO II



ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ofício S3.10 nº 039

Marília, 05 de março de 2012.

Prezada Senhora,

Em atenção ao contido na solicitação datada de 08/11/2011, Protocolada sob nº 557/11-SS, vimos pelo presente autorizar a realização da pesquisa intitulada: "Processo de Formação de Enfermeiros e Perfil de egressos sobre a educação em saúde na Estratégia Saúde em Família", junto às USFs.

Na oportunidade, esclarecemos que só será permitida a pesquisa na Unidade de Saúde mediante a apresentação deste ofício de autorização, bem como a Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição de origem.

Solicitamos ainda, que após a coleta de dados, sejam encaminhados a este Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa - COMAP, os resultados obtidos.

Atenciosamente,

Dr. MARCOS ANTONIO CIROTTO
Coordenador do COMAP

DR. JÚLIO CESAR BORGES
Secretário Municipal de Saúde

À Sra. Paula Sales Rodrigues
DD. Enfermeira
Faculdade de Medicina de Marília
MARÍLIA

JLR/brs