

**FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE**

**CONCEPÇÕES E PERCEPÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE  
APRESENTADAS POR ALUNOS DE UM CURSO TÉCNICO DE  
ENFERMAGEM DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosalina Carvalho da Silva.

**FRANCA  
2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE

CONCEPÇÕES E PERCEPÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE  
APRESENTADAS POR ALUNOS DE UM CURSO TÉCNICO DE  
ENFERMAGEM DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE  
SAÚDE

Presidente: Profa. Dra. Rosalina Carvalho da Silva  
Universidade de Franca

Titular 1: Profa. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno  
Universidade de Franca

Titular 2: Profa. Dra. Claudia Eli Gazetta  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Franca, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

***DEDICO** este trabalho a todos os enfermeiros e profissionais que atuam e acreditam na Promoção da Saúde, e aos meus alunos de hoje e de sempre que são metas de vida profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, que está presente em minha vida em todos os momentos e, principalmente, nesse período tão difícil, agradeço pela sua imensa graça, força e poder. Obrigada por mais essa conquista!!!

Ao Glauber, esposo, amigo, conselheiro, o maior incentivador pela busca e realização desse sonho. Muito obrigada pelo carinho, tolerância, compreensão e lealdade.

Às minhas filhas, Victória e Júlia, anjos que iluminam o meu caminho, razão do meu viver. A vocês, minhas princesinhas, agradeço o carinho e compreensão. Peço milhões de desculpas pelos momentos em que estive ausente.

Aos meus pais, José Carlos e Odete, pelos exemplos de honestidade, responsabilidade, justiça e trabalho. Muito obrigada pelo apoio, incentivo, carinho e dedicação. Vocês são os melhores pais do mundo!!!

À minha irmã, Josiane e meu sobrinho Heitor pela amizade e carinho.

Ao meu sogro Clóvis e minha sogra Marisa pelo apoio e incentivo nos momentos em que eu mais precisei.

À Nilmara pelo apoio e carinho e, principalmente, por cuidar das minhas filhas como se fossem suas. Minha gratidão será eterna.

À professora Dra. Rosalina Carvalho da Silva, pela orientação, dedicação, incentivo e segurança. Obrigada pela confiança em meu potencial e respeito aos meus momentos e limitações.

Aos alunos que participaram desse estudo pela inestimável colaboração para que este trabalho pudesse se tornar realidade.

Às professoras doutoras Branca Maria de Oliveira Santos, Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno e Cláudia Eli Gazetta pelo incentivo e sugestões valiosas durante o exame de qualificação e defesa.

Ao Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira pela amizade, carinho e apoio.

Ao Prof. Ms. Luciano Garcia Lourenção pela contribuição na apreciação do questionário piloto.

Ao Dr. Toufic Anbar Neto pelo apoio, incentivo e por sempre acreditar e confiar no meu trabalho.

À direção da Faculdade Ceres pela compreensão e apoio.

Aos alunos do curso de Enfermagem da FACERES pela valiosa contribuição em participar da aplicação piloto do questionário desse trabalho.

À Ana Carla pelo carinho, apoio e considerações na construção desse trabalho.

À Eliane pelo apoio nos momentos em que eu mais precisei.

À Profª. Ms. Katiuce Lopes Justino pela revisão ortográfica desse trabalho.

À coordenadora do mestrado em Promoção da Saúde da UNIFRAN, Profª Monica Morrayne, pela atenção, apoio e convívio.

Aos funcionários da pós-graduação da UNIFRAN, em especial, a secretária Ana Maria pelo carinho, atenção e presteza.

Aos professores do mestrado em Promoção de Saúde da UNIFRAN pelos valiosos ensinamentos, carinho e amizade.

Aos colegas da turma de 2005 do mestrado em Promoção de Saúde da UNIFRAN, em especial, Roberta e Cidinha pelo convívio.

Finalmente, a todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente para a realização desse estudo.

MUITO OBRIGADA!!!

*Ainda farei a disciplina resplandecer como a aurora e a farei brilhar bem ao longe.*

*Ainda derramarei a instrução como uma profecia e a transmitirei às gerações futuras.*

*Vede: não trabalharei só para mim, mas para todos que procuram a sabedoria da lei.*

*(Eclesiástico, 24, 32-34)*

## RESUMO

SANFELICE, F. A. N. **Concepções e percepções sobre promoção de saúde apresentadas por alunos de um curso técnico de enfermagem do município de São José do Rio Preto – SP.** 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

Para desenvolver os programas de assistência à saúde, as Unidades de Saúde contam com equipe interdisciplinar, nas quais o papel do técnico de enfermagem é principalmente exercer uma ação educativa que estimule a população a desenvolver hábitos saudáveis de vida. A formação do profissional de saúde deve partir do princípio da integralidade e ser progressivamente difundida como uma nova cultura da saúde na educação profissional.

No entanto, existe uma carência de dados que avalie tal situação e sua importância na formação do Técnico de Enfermagem, sendo este tema de suma importância para o ensino profissionalizante em Enfermagem, pois aborda a necessidade da formação geral, humanística e pautada nos três níveis de atenção à saúde, especialmente a primária.

Diante desse contexto e das reflexões oriundas de minha prática profissional, surgiu a idéia central desse trabalho, que foi identificar e analisar as concepções e percepções dos alunos de um curso Técnico de Enfermagem sobre questões relativas à Promoção de Saúde durante a realização do estágio supervisionado de Saúde Coletiva. A metodologia adotada foi do tipo qualitativa. Participaram do estudo oitenta alunos de um curso técnico de enfermagem do município de São José do Rio Preto. A maioria deles havia concluído o estágio há mais de seis meses. Para análise dos dados, obtidos através da aplicação coletiva de um questionário, adotou-se a análise de conteúdo temática para os dados subjetivos e a estatística descritiva para os dados objetivos. As categorias temáticas emergentes foram: informação/orientação, comunidade, visão holística (integralidade), auto-cuidado, prevenção, intervenção (cuidados/técnicas/procedimentos de enfermagem) e qualidade de vida. Constatamos que os alunos ressaltam a educação em saúde como uma das estratégias para se obter saúde, enfocando com isso o cenário social que o indivíduo vive e assim potencializando formas ampliadas de intervir em saúde. Por outro lado, surge a prevenção como única forma de se obter a promoção de saúde. Em relação aos princípios e diretrizes do SUS, evidenciamos que há uma confusão conceitual e em grande parte, o desconhecimento dos termos aplicados no questionário. Consideramos que o enfoque teórico de formação profissional e a importância atribuída pelos alunos ainda se dão, prioritariamente, pelo aspecto técnico-curativista em detrimento da promoção de saúde. Concluimos que, apesar dos projetos políticos pedagógicas das instituições atenderem ao disposto nos referenciais curriculares para a área da saúde, ainda o enfoque é bastante curativista, levando-nos à necessidade de pesquisas nesta área e de divulgação e reordenação em salas de aula da política de promoção da saúde com a finalidade de realmente superarmos, por meio da atuação dos futuros profissionais da saúde, o modelo biomédico que ainda teima em reinar.

**Palavras-chave:** educação profissional; promoção de saúde; formação profissional em saúde.

## ABSTRACT

SANFELICE, F. A. N. Conceptions and perceptions about health promotion presented by students of a nurse technician course in São José do Rio Preto – State of São Paulo – Brazil. 2008. 103 f. Dissertation (Master degree in Health Promotion) – Universidade de Franca, Franca.

In order to develop health assistance programs, the Health Units have cross-functional teams. In these groups, the nurse assistant role is principally to instruct the population to acquire healthful behavior. The health professional training should take into consideration the principle of integrality and should be progressively spread as a new health approach in the training programs. However, there is scarcity of data to evaluate the present situation and its importance to the nurse assistant training. Such theme is of great importance to the professional teaching in the nursing area, due to the fact that it emphasizes the importance of a general, humanistic training based on the three levels of health care, especially the primary one. Combining both context and my professional experience, the central theme for this work was selected; identifying the conceptions and perceptions of students of a training course for nurses concerning the Further of Health during their supervised training on Collective Health. The methodology adopted was qualitative. Eighty students of a training course for nurses of São José do Rio Preto took part of the study. Most of them had concluded the supervised training six months ago. In order to analyze the data, obtained by means of questionnaire answered by the students, it was adopted the thematic content-based to the subjective data and the descriptive statistics to the objective data. The emerging thematic categories were: information/orientation, community, holistic approach (integrality), self-care, prevention, intervention (care/techniques/nursing procedures) and quality of life. It was concluded that the students emphasize the health education as one of the strategies to improve health, focusing on the social scenario in which the individual lives, and then increasing the applied techniques of intervention. On the other hand, prevention is seen as the only way to obtain the health promotion. In relation to the principles of SUS (Brazilian Public Health System), it is evident the conceptual confusion and the lack of knowledge concerning the terms present in the questionnaire. It was concluded that the theoretical focus on professional training and the importance assigned by the students occur, primarily, by non-integrative approach. It was observed that besides pedagogical political projects of institutions answer to the curricular reference to the health area, the focus still based on non-integrative approach. It was also concluded that there is a need for research in the area. Apart from that, it is also necessary making public and reordering in the classrooms the politics of health promotion, in order to overcome, with the aid of future help professional practices, the biomedical model, which is still applied.

Keywords: professional education; health promotion; professional health training.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CEB:	Câmara de Ensino Básico
CNE:	Conselho ou Câmara Nacional de Educação
FAMERP:	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
LDB:	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC:	Ministério da Educação e Cultura
MS:	Ministério da Saúde
NOB:	Norma Operacional Básica
PACS:	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PROFAE:	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF:	Programa de Saúde da Família
SUS:	Sistema Único de Saúde
UBS:	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	Distribuição freqüencial dos participantes, segundo o sexo, a idade e o período de realização do estágio de Saúde Coletiva, 2008.	47
Figura 1	Distribuição freqüencial dos graus de importância atribuídos ao aprendizado teórico e a vivência do estágio de Saúde Coletiva sobre a formação profissional do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio, 2008	48
Figura 2	Distribuição freqüencial das respostas relativas ao nível de integração entre o conteúdo teórico e as ações desenvolvidas no estágio em Saúde Coletiva, segundo período de realização, 2008	49
Figura 3	Distribuição freqüencial das classificações dos tipos de ações desenvolvidas no estágio de Saúde Coletiva, segundo período de realização do estágio, 2008	50
Figura 4	Distribuição freqüencial da importância atribuída à integração entre estagiários e a equipe da UBS, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	52
Figura 5	Distribuição freqüencial da importância atribuída ao desenvolvimento da visita domiciliar por estagiários, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	53
Figura 6	Distribuição freqüencial da importância atribuída ao desenvolvimento das atividades educativas por estagiários, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	55
Figura 7	Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nas imunizações de rotina e nas campanhas durante a formação do	

	técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	56
Figura 8	Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nos programas de saúde ocupacional durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	57
Figura 9	Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nos casos de notificação compulsória e nas ações de vigilância epidemiológica durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	58
Figura 10	Distribuição freqüencial da importância atribuída à assistência de enfermagem em condutas terapêuticas imediatas por estagiários, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	59
Figura 11	Distribuição freqüencial da importância atribuída à discussão de casos e atuação em saúde mental por estagiários durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	60
Figura 12	Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio universalidade atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	62
Figura 13	Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio equidade atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	63
Figura 14	Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio resolutividade atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	64
Figura 15	Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio trabalho em equipe atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008	65

- Figura 16 Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio adesão do paciente atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008 66
- Figura 17 Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio atuação na prevenção/promoção de saúde atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008 67
- Figura 18 Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio visão do paciente como ser bio-psico-social atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008 68
- Figura 19 Distribuição freqüencial relativa à mudança na forma de prestar cuidados/orientações de enfermagem atribuída por estagiários, durante atendimento das pessoas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008 69

## SUMÁRIO

<b>A MOTIVAÇÃO PELO ASSUNTO</b> .....	16
<b>1. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
1.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL .....	18
1.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM .....	23
1.3 SUS: ORIGEM E CARACTERIZAÇÃO.....	27
1.4 O PROFISSIONAL DE SAÚDE NA CONCEPÇÃO DO SUS .....	30
<b>2. OBJETIVO</b> .....	34
<b>3. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA</b> .....	35
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	35
3.2 PARTICIPANTES.....	38
3.3 MATERIAIS.....	38
3.3.1 Escolha do instrumento de coleta de dados.....	38
3.4 PROCEDIMENTOS.....	39
3.4.1 Procedimentos para elaboração do questionário.....	39
3.4.1.1 Elaboração do questionário.....	39
3.4.2 Realização do pré-teste.....	40
3.4.3 Análise e reformulação do questionário.....	41
3.4.4 Aplicação do questionário.....	42
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	43
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	46
4.1 Caracterização dos Participantes.....	46
4.2 Análise dos dados obtidos com as questões de múltipla escolha.....	47
4.2.1 Questão 9 - Importância atribuída ao <b>aprendizado teórico</b> e à <b>vivência do estágio</b> de Saúde Coletiva para a <b>formação profissional</b> do técnico de enfermagem.....	47
4.2.2 Questão 10a - <b>Nível de integração</b> entre o <b>conteúdo teórico</b> e as <b>ações desenvolvidas</b> no estágio de Saúde Coletiva.....	49

4.2.3	Questão 10b - Tipos de ações desenvolvidas no estágio de Saúde Coletiva.....	50
4.2.4	Questão 11 – Importância atribuída à <b>integração</b> entre os estagiários e a equipe da UBS para a <b>formação</b> do Técnico de Enfermagem.....	51
4.2.5	Questão 13a – Importância atribuída à <b>visita domiciliar</b> por estagiários durante a formação do técnico de enfermagem.....	52
4.2.6	Questão 13b - Importância atribuída ao <b>desenvolvimento das atividades educativas</b> por estagiários durante a formação do técnico de enfermagem.....	55
4.2.7	Questão 13c - Importância atribuída à participação dos estagiários nas <b>imunizações de rotina e nas campanhas</b> durante a formação do técnico de enfermagem.....	56
4.2.8	Questão 13d - Importância atribuída à participação dos estagiários nos <b>programas de saúde ocupacional</b> durante a formação do técnico de enfermagem.....	57
4.2.9	Questão 13e - Importância atribuída à participação dos estagiários nos <b>casos de notificação compulsória e nas ações de vigilância epidemiológica</b> durante a formação do técnico de enfermagem.....	58
4.2.10	Questão 13f - Importância atribuída à <b>assistência de enfermagem em condutas terapêuticas imediatas</b> por estagiários durante a formação do técnico de enfermagem.....	59
4.2.11	Questão 13g - Importância atribuída à <b>discussão de casos e atuação em saúde mental</b> por estagiários durante a formação do técnico de enfermagem.....	60
4.2.12	Questão 14a - Atendimento do princípio <b>universalidade</b> atribuída por estagiários, durante as ações realizadas na UBS.....	62
4.2.13	Questão 14b - Atendimento do princípio <b>equidade</b> atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS.....	63
4.2.14	Questão 14c - Atendimento do princípio <b>resolutividade</b> atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS.....	64
4.2.15	Questão 14d - Atendimento do princípio <b>trabalho em equipe</b> atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS.....	65
4.2.16	Questão 14e - Atendimento do princípio <b>adesão do paciente</b> atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS.....	66
4.2.17	Questão 14f - Atendimento do princípio <b>atuação na prevenção/promoção de saúde</b> atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS.....	67
4.2.18	Questão 14g - Atendimento do princípio <b>visão do paciente como ser bio-psico-social</b> atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS.....	68

4.2.19 Questão 16a – Mudança na <b>forma de prestar cuidados/orientações de enfermagem</b> atribuída por estagiários, durante atendimento das pessoas na UBS.....	69
4.3 Analisando as respostas dos alunos quanto à Promoção de Saúde.....	70
4.3.1 Categorias de Promoção de Saúde.....	70
4.3.1.1 Categoria Informação e Orientação.....	70
4.3.1.2 Categoria Comunidade.....	71
4.3.1.3 Categoria Visão Holística (Integralidade).....	72
4.3.1.4 Categoria Auto-cuidado.....	73
4.3.1.5 Categoria Prevenção.....	74
4.3.1.6 Categoria Intervenção.....	76
4.3.1.7 Categoria Qualidade de Vida (bem-estar).....	77
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81
<b>APÊNDICES E ANEXOS</b> .....	86

## **A MOTIVAÇÃO PELO ASSUNTO**

Em dezembro de 1999, me graduei em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP (autarquia estadual) e, em janeiro de 2000, fui admitida como docente dos cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem de um colégio profissionalizante na cidade de São José do Rio Preto. Permaneci por dois anos como docente e, em janeiro de 2002, assumi a Coordenação Pedagógica dos cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

Conforme me envolvia com as atividades de coordenação, vivenciei várias situações que deram origem a vários questionamentos e reflexões sobre a formação técnica na área de enfermagem, em especial no tocante à integração entre teoria e prática nas ações de Saúde Coletiva, realizadas por estagiários nas Unidades Básicas de Saúde.

As avaliações destas ações eram a pauta principal de reuniões envolvendo coordenadores de cursos técnicos e curso superior da área de enfermagem e dirigentes das instituições de saúde onde as ações se desenvolviam. Os comentários unânimes e recorrentes retratavam que os alunos se preocupavam somente com a parte curativa e não procuravam desenvolver, ou pouco se importavam, com as ações básicas de saúde.

Isso me incomodava muito e me despertou o interesse em conhecer o que pensam os alunos sobre Saúde Coletiva, em especial sobre a atuação profissional na área da atenção básica à saúde.

Diante de tantos questionamentos, decidi levá-los para discussão nas reuniões pedagógicas com o corpo docente de teoria e estágio do colégio. A partir de inúmeras discussões e reflexões, reestruturamos todo o material didático do curso, em especial o da disciplina de Saúde Coletiva. Decidimos também traçar um plano de estágio supervisionado mais efetivo em relação às ações básicas de saúde desenvolvidas pelos alunos durante o estágio.

Partindo das inquietações oriundas da minha prática e procurando melhorar, ainda mais a minha qualificação profissional, no sentido, inclusive, de obter subsídios para discutir mudanças que se façam necessárias para o aperfeiçoamento da formação oferecida em

cursos técnicos de enfermagem, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde – nível mestrado, da Universidade de Franca.

O desenvolvimento dos créditos das disciplinas, as discussões em grupo e todo o universo científico que envolve um programa como esse, foram determinantes para que eu me interessasse, cada vez mais, em estudar a Promoção de Saúde, bem como as concepções e percepções dos alunos sobre ações de promoção de saúde vivenciadas durante o estágio de Saúde Coletiva do Curso Técnico de Enfermagem.

A partir do interesse em estudar o assunto, percebi a escassez de literatura na educação profissional em enfermagem, o que evidencia a necessidade de produção científica nessa área, estimulando-me, ainda mais, a aprofundar meus estudos. Além disso, a relevância desta temática advém do fato de que o mundo está mudando em uma velocidade intensa e, com isso, nos deparamos constantemente com o desafio dessas mudanças nas mais diversas áreas, como ciência, tecnologia, comunicações e relacionamentos sociais. Não podemos, diante desse quadro, descansar sobre as respostas que o passado nos proporciona, mas, sim, colocar a nossa confiança nos processos e descobertas resultantes de pesquisas atuais, que poderão auxiliar na resolução de nossos problemas.

Diante disso, acredito que o estudo sobre as concepções e percepções sobre promoção de saúde apresentadas por alunos de um curso técnico de enfermagem poderá subsidiar mudanças que se façam necessárias para o aperfeiçoamento da formação desses profissionais.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

A educação profissional no Brasil, desde os seus primórdios, tem sido marcada pelo caráter assistencialista, uma vez que o ensino de profissões nas escolas primárias e secundárias começou efetivamente, no século XX. Até o ano de 1909, esse ensino era assistemático, ligado, sobretudo, a orfanatos e outras instituições para pessoas desfavorecidas quanto aos aspectos sócio-econômicos. Porém, nesse ano, foram criadas as Escolas de Aprendizagem Artífices, que eram escolas destinadas aos pobres, o que trazia dificuldades para o seu funcionamento pela falta de atenção e de recursos (COELHO, 2000).

O mesmo autor aponta que, a partir de 1930, houve uma importante transformação na economia brasileira, a qual refletiu na formação profissional, promovendo a ampliação da rede de escolas profissionalizantes.

Em 1942, o ensino técnico torna-se de nível médio, embora sem equivalência ao ensino médio para continuidade de estudos no nível superior, evidenciando a nítida separação entre o pensar e o fazer contemplada nas “Leis Orgânicas da Educação Nacional”, baixadas por Decretos-Lei a partir de 1942. Estas descreviam, em seu conjunto, que o objetivo do ensino secundário e normal era o de “formar elites condutoras do país e o objetivo do ensino profissional era o de oferecer formação adequada aos filhos de operários, aos desvalidos da sorte e aos menos afortunados, aqueles que necessitam ingressar precocemente na força de trabalho” (MEC, 2000a, p. 81).

Na década de 1950, a industrialização do país sofreu novo impulso e, no início da década de 60, nossa economia entrou na fase de internacionalização, fenômeno associado a uma influência crescente dos Estados Unidos da América em diversas áreas da política brasileira, incluindo a área da educação.

Nessa fase, a formação profissional de nível médio é valorizada, o que fica caracterizado na própria legislação. A primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 4.024 de 1961, concedeu equivalência plena entre os cursos técnicos e o ensino superior aos egressos de ambos os cursos (BRASIL, 1961).

A Lei Federal nº 5.692/71, que reformulou a Lei Federal nº 4.024/61 no tocante ao então ensino de primeiro e segundo graus, representa um capítulo marcante na história da educação profissional, pois, dentre outras medidas, instituiu a profissionalização obrigatória no ensino médio (2º grau). Esta obrigatoriedade perdurou até 1982, quando a lei em questão foi modificada parcialmente pela Lei nº 7.044/82, que terminou com a obrigatoriedade de qualificação para o trabalho nesse nível de ensino. O reflexo dessas sucessivas transformações foi a desarticulação da educação profissional (BRASIL, 1971; COELHO, 2000).

Coelho (2000) aponta que, em 1985, sob o governo de um civil, o Brasil passava por um processo de redemocratização que resultou na promulgação, em 1988, de uma nova Constituição Federal. A partir dessa importante mudança no país, inicia-se um processo de reformulação do ensino, e, após muitos debates, foi aprovada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996.

Em seu capítulo III, artigo 39, a nova LDB afirma que “a educação profissional, integrada a diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência, e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento e aptidões para a vida produtiva” (BRASIL, 1996, p.27833-41).

Para Carneiro (1998), o artigo referido, destaca a necessidade de uma estreita vinculação entre educação profissional e o desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva. É importante ressaltar que os currículos devem ser desenvolvidos a partir da prévia definição das competências e das habitualidades requeridas para o exercício profissional em cada área específica. A educação profissional deve ser articulada não só com os diferentes tipos de educação e de metodologias educacionais, mas também com o ambiente de trabalho e com a realidade das empresas, tendo como base a sustentação à evolução científica e tecnológica.

Além disso, a nova lei separa o ensino técnico do médio, tendo como intenção atender às exigências de um novo modelo produtivo, no qual o trabalhador necessita de requalificação constante para manter-se “empregável”. É possível verificar, portanto, que desde 1966, a formação profissional de nível médio sofreu grandes transformações em sua constituição formal (COELHO, 2000).

Os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (MEC, 2000a), a partir da nova LDB, apontam que será exigida desse profissional maior capacidade de raciocínio, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa própria, visualização e resolução dos problemas. Tomando por base esse mesmo documento, a educação profissional deve reger-se pelos princípios gerais da educação, que são referentes aos valores estéticos, políticos e éticos.

A estética, sinônimo de sensibilidade, qualifica o fazer humano na medida em que afirma que a prática deve ser sensível a determinados valores, que devem permear o ambiente destinado à aprendizagem. Logo, deve haver uma percepção sensível da realidade, para que os valores éticos e políticos possam estar presentes na organização pedagógica e curricular, assim como nas situações práticas e ambientes de aprendizagem na educação profissional.

No que se refere aos valores éticos, o citado documento aponta que a educação profissional deve trabalhar permanentemente as condutas dos alunos para torná-los defensores do valor da competência, do mérito, da capacidade de fazer bem feito e da importância da recompensa por esse tipo de trabalho, assim como o reconhecimento e a remuneração condigna.

Quanto aos valores políticos, o documento salienta que a educação para o trabalho é um direito de todos, e que, ao exercerem esse direito, é permitido às pessoas ganharem sua própria subsistência e com isso alcançarem dignidade, auto-respeito e reconhecimento social como seres produtivos.

No que concerne aos princípios específicos da educação profissional, os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, estabelecidos pela Resolução CNE/CEB 04/99, destacam “[...] o desenvolvimento de competências para a laborabilidade, a flexibilidade, a interdisciplinaridade e a identidade dos perfis profissionais de conclusão, a atualização permanente dos cursos e seus currículos e a autonomia da escola em seu projeto pedagógico” (MEC, 2000a, p. 89).

A laborabilidade é a capacidade do trabalhador se manter em um mercado de trabalho em constante mutação, conceito que está intimamente ligado ao conceito de competência como capacidade pessoal de articular os saberes (saber, saber fazer, saber ser e conviver), inerentes às situações concretas de trabalho.

O princípio da flexibilidade está expresso na construção dos currículos em diferentes perspectivas: na oferta de cursos, na organização de conteúdos por disciplinas, etapas ou módulos, projetos, dentre outros. Está diretamente ligado ao grau de autonomia das instituições de educação profissional, pois abre um horizonte de liberdade, no qual a escola construirá o currículo do curso a ser oferecido, estruturando um plano de curso contextualizado com a realidade do mercado de trabalho.

A flexibilidade da organização curricular traz em sua raiz a interdisciplinaridade, que deve ir além da mera justaposição de disciplinas, rompendo com a segmentação e o fracionamento, uma vez que o indivíduo atua integralmente no

desempenho profissional. Desta forma, abre-se uma possibilidade de relacionar as disciplinas em atividades ou projetos de estudos, pesquisa e ação (MEC, 2000a).

A identidade dos perfis profissionais define as características do curso, devendo ser estabelecida levando-se em conta as competências profissionais gerais exigidas do técnico, além das específicas para cada habilitação. Tais competências devem estar sempre direcionadas para a laborabilidade.

Quanto aos cursos e currículos, o documento aponta que é necessária sua atualização constante, devendo a escola permanecer atenta às novas demandas, às situações locais e regionais, oferecendo respostas adequadas ao atendimento da comunidade.

Para o alcance de todos esses princípios, é indispensável que a escola tenha autonomia, no sentido de que o processo de elaboração, execução e avaliação do projeto pedagógico seja democrático, com a participação de todos os atores envolvidos.

Permeando os princípios da educação profissional, verifica-se a necessidade do desenvolvimento de competências, sendo a competência definida como: “a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (MEC, 2000a, p. 96).

Perrenoud (1999, p.7) adverte que “não existe uma definição clara e compactuada de competência, a novidade está em assumir as competências como instâncias disciplinares”.

Ramos (2001, p.20) contribui nesse sentido com a seguinte definição para a noção de competência:

um saber interiorizado, de aprendizagens orientadas para uma classe de situações escolares ou profissionais que permite ao indivíduo enfrentar situações e acontecimentos com iniciativa e responsabilidade, guiado por uma inteligência prática sobre os eventos e coordenando-se com outros atores para mobilizar suas capacidades.

Portanto, pode-se dizer que alguém tem competência profissional quando forma, articula e mobiliza valores, conhecimentos e habilidades para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também inesperados, superando a experiência acumulada, liberando criatividade e transformando-se constantemente.

Diante do exposto, evidencia-se o imenso desafio a ser enfrentado pelas escolas responsáveis pela educação profissional e o quanto é essencial a inclusão de novos conteúdos,

de novas formas de organização do trabalho, além da incorporação dos conhecimentos adquiridos na prática dentre outros fatores que atendam à construção de competências para a laborabilidade.

## 1.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM

Desde 1860, época de Florence Nightingale, a enfermagem foi concebida com dois tipos de formação profissional: o das supervisoras e o das enfermeiras para o serviço direto aos doentes. As duas categorias deveriam ser distintas desde o início do curso (PAIXÃO, 1979).

O cenário desse período era a Revolução Industrial, período marcado por diferenças de classes sociais. A própria Florence, pioneira da enfermagem moderna, era filha de uma família inglesa abastada. Ela fundou a primeira Escola de Enfermagem, no hospital Saint Thomas, a qual recebeu, inicialmente, alunas de famílias ricas (*ladies pupils*), que pagavam pelo ensino; e alunas de famílias pobres (*nurses*), que recebiam moradia e ensino gratuito. As *nurses* realizavam tarefas do dia a dia (trabalho manual), em troca do estudo gratuito, enquanto as *ladies* ocupavam funções de chefia, supervisão, controle, planejamento e outras atividades intelectuais (TORRES *et al*, 2000). Segundo esta autora, a dicotomia entre a concepção do trabalho e a sua execução é uma característica da divisão social do trabalho marcante na enfermagem até os dias atuais.

No Brasil, a primeira Escola de Enfermagem foi a Escola “Alfredo Pinto”, fundada em 1890, no Rio de Janeiro, que deu início ao ensino oficial de Enfermagem com duração de dois anos. Concomitantemente, a Cruz Vermelha mantinha cursos de primeiros socorros e de visitadoras sanitárias com o intuito de melhorar os padrões de cuidados médicos, utilizando outros profissionais do campo da saúde (INNOCENZO, 1994).

Na década de 20, foi instituída a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, a qual, em 1926, passou a se chamar Escola Ana Néri. Incorporada à Universidade do Brasil em 1937, essa escola passou a ser considerada a “Escola Oficial Padrão”, à qual todas as demais deveriam se igualar. A instituição reproduzia o modelo da escola de Florence Nightingale: para ingressar, o candidato tinha que atender, entre outros critérios, a exigência de ter concluído o curso normal ou equivalente.

Com o decorrer dos anos, fatores diversos, dentre os quais o aumento da população urbana, o surgimento da classe operária e o crescente progresso da profissão, puseram em evidência a necessidade de formação de um grupo auxiliar. As tentativas foram

muitas até que, em 1936, foi iniciado o primeiro curso de Auxiliar de Enfermagem em Belo Horizonte, na Escola Carlos Chagas (PAIXÃO, 1979).

Cabe frisar que, até 1962, a formação de enfermeiros no país era de nível médio e tinha por objetivo a formação de líderes para ocupar cargos de chefia de serviços de saúde, assim como promover a supervisão e o treinamento do pessoal auxiliar, que prestava cuidado direto aos enfermos. A partir desse ano, passou a ser de nível superior, após a promulgação a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 4024, de 20 de dezembro de 1961 (BRASIL, 1961).

Diante disto, a enfermagem passa a ser constituída por três categorias profissionais: os enfermeiros de nível universitário, os auxiliares de enfermagem de nível médio e os atendentes de enfermagem sem nenhuma formação profissional.

Em 1966, surgem os cursos técnicos de enfermagem para atender a demanda por profissionais que pudessem supervisionar pequenas unidades e prestar cuidados aos pacientes. Demanda esta resultante do número insuficiente de enfermeiros para desempenho desse trabalho e do despreparo dos auxiliares para realizá-lo. Vale ressaltar que esse nível de formação profissional foi preconizado desde a promulgação da Lei nº 4024/61, LDB (BRASIL, 1961), pela qual a formação técnica é considerada de fundamental importância para o desenvolvimento do país.

Mas o que ofereceu fomento aos cursos técnicos, segundo Narchi (1994), foi a Lei nº 5692/71 (BRASIL, 1971), a qual reformulou o ensino de 1º e 2º graus e instituiu a habilitação profissional de grau médio. A resolução 07/77 do Conselho Federal de Educação e a deliberação 25/77 do Conselho Estadual de Educação instituíram a habilitação plena de Técnico de Enfermagem que passou a poder ser alcançada por três tipos de cursos: o de ensino regular de 2º grau com conteúdo profissionalizante e duração de quatro anos; o de ensino supletivo de formação profissional realizado após a conclusão do 2º grau, com duração média de dezoito meses (mínimo de 1.700 horas); e o do ensino supletivo ou complementação, para o auxiliar de enfermagem que tenha completado o 2º grau, com duração de aproximadamente seis meses (mínimo de seiscentas horas) (BRASIL, 1977; Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, 1977).

Esse cenário perdurou até a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Base da Educação Brasileira 9394/96 (BRASIL, 1996), a qual deu origem a várias mudanças na educação profissional por destacar a necessidade de profissionais preparados para o exercício consciente da cidadania e não somente aptos a assumirem um posto de trabalho, de modo que

o trabalhador deixe de ser um “executor de tarefas” e possa assumir uma postura crítica e flexível.

Diante desse quadro, fica evidente a necessidade de sensibilização de dirigentes e professores das escolas de educação profissional quanto à importância de uma completa revisão dos projetos pedagógicos de cada instituição, relacionando-os ao enfoque de competência, assim como às novas exigências apontadas acima.

Até o momento, foram abordadas as leis em relação ao ensino técnico de enfermagem e, para melhor compreensão da formação desse profissional, é importante apresentar como a legislação referente ao exercício profissional da enfermagem tem tratado essa questão. Apesar da importância desta, somente com a promulgação da Lei nº 2604, de 17 de setembro de 1955, foram definidas as categorias que poderiam exercer a enfermagem no país (OGUISSO, 1999).

A mesma autora aponta que, após muitos anos, finalmente o Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961, veio regulamentar o exercício da enfermagem, ou seja, quase seis anos depois que a Lei nº 2604/55 fora promulgada. Como a formação para técnico de enfermagem não existia na época da aprovação da lei e do decreto regulamentador, essa categoria ficou sem função legal até ser incluída na legislação posterior, o que muito provavelmente fez com que o técnico de enfermagem fosse um profissional pouco requisitado no mercado de trabalho ao longo dos anos.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, veio substituir a lei anterior que vigorou por mais de duas décadas. De acordo com essa lei, as atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, sempre sob a orientação e supervisão do enfermeiro são:

[...] I – assistir ao enfermeiro: no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave; na prevenção e controle de doenças transmissíveis e, em geral, em programas de vigilância epidemiológica; na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar; e na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; na execução dos programas referidos nas letras I e do item II do artigo 8º. Nesses programas constam (programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde; programas de higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e de doenças profissionais e de trabalho). “II – executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no artigo 9º deste Decreto: III – integrar a equipe de saúde” (BRASIL, 1986, p. 9273-5).

Em um contexto de tantas transformações sociais, políticas, legais, entre outras, o técnico de enfermagem surge como um profissional que poderá atender às exigências das instituições de saúde, no sentido de implementação de programas visando à qualidade total.

Sabe-se que, para o futuro, a tendência é de um aumento gradativo do número de técnicos de enfermagem inseridos no mercado de trabalho. Isto porque, se até o final dos anos 90 este profissional era pouco valorizado, atualmente alguns hospitais, em grandes centros urbanos, já fazem o processo seletivo para admissão apenas de técnicos de enfermagem, não mais admitindo auxiliares, o que revela estarem estas instituições visando à melhoria da qualidade da assistência prestada nesta área.

O processo de trabalho na área de enfermagem é complexo e está voltado para as ações do cuidar. Um cuidar fundamentado no saber, no fazer e no sentir, voltado ao atendimento das necessidades de saúde do paciente/cliente/comunidade nas diferentes fases do ciclo vital e comprometido com a proteção e a promoção da vida (MEC, 2000b, p.48).

Por conta de todas essas transformações, as escolas que oferecem cursos Técnicos de Enfermagem tiveram que reestruturar seus Projetos Pedagógicos adequando-os à lei e aos Referenciais Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico.

Diante do processo histórico da educação profissional e da educação profissional na enfermagem, não poderíamos deixar de citar que, em sua maioria, os cursos de nível médio em Enfermagem contemplam o enfoque médico-hospitalar e não o modelo de universalidade, integridade e equidade, que são princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (MEYER e GASTALDO, 1989).

Segundo Narchi (1994), o currículo é moldado para a formação de generalistas assistenciais, em âmbito quase exclusivamente hospitalar. Acreditamos que a qualificação de nível médio de Enfermagem deveria também abordar outras maneiras de assistência à população, dentre essas, as demandas da saúde coletiva.

Em virtude do intenso progresso tecnológico na área da saúde, os profissionais de nível médio de Enfermagem estão sendo formados para atenderem às demandas eminentemente curativas, intervencionistas e tecnicistas, sendo o modelo de saúde preventiva relegado a segundo plano (WATSON, 1979/85).

### 1.3 SUS: ORIGEM E CARACTERIZAÇÃO

A nova orientação para a política pública de Saúde no Brasil começa a surgir mais nitidamente com a Nova República. Essa nova fase não se resumiu à troca de Presidente, mas promoveu mudanças em todo o país, principalmente com o início dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, em 1987. Nessa época, a sociedade se organizou de diversas maneiras, por intermédio dos próprios partidos políticos, além dos sindicatos, entidades profissionais, organizações não-governamentais e movimentos populares, entre outras, buscando oferecer propostas para a nova Constituição e sua regulamentação, nos mais diferentes aspectos da vida nacional.

Em 1986, realizou-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, com aproximadamente três mil participantes, sendo mil votantes, representando diversos segmentos sociais. Para lá foram levados os resultados de debates anteriores, realizados nos estados, e que delinearam o SUS. Dessa conferência resultou um consenso crítico a respeito do sistema de saúde e uma agenda de mudanças, que ficou conhecida como a Agenda Sanitária (CARVALHO, 1998, p.16).

As bases do texto da Constituição Federal de 1988 sobre a Saúde, incluídas no capítulo relativo à Seguridade Social, foram ali lançadas, partindo do lema Saúde: direito de todos, dever do Estado.

A partir daí, os princípios da política setorial estabelecida pela nova Constituição são:

- as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e seu atendimento um dever do Estado;
- a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços;
- esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada;
- o Sistema deverá ser custeado, essencialmente, por recursos governamentais originários da União, estados e municípios;
- os serviços de caráter empresarial comprados devem ser complementares e devem estar subordinados às estratégias mais gerais da política setorial;

- as ações governamentais serão submetidas a organismos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, representação paritária entre usuários e prestadores dos serviços;
- serão consagradas a descentralização político-administrativa e a participação social.

Portanto, a organização atual do setor de Saúde no Brasil é recente, sendo resultado de um processo de transformação iniciado na década de 1970 e formalizado na Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema teve sua forma definida pelas Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Posteriormente, portarias ministeriais regulamentaram o SUS por atos normativos que ficaram conhecidos pela sigla NOB, tendo sido o primeiro a NOB-SUS 91.

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, enquanto a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (CARVALHO, 1998).

Na análise do referido autor, os princípios políticos e técnicos do SUS, assim como suas diretrizes operacionais, representam um novo pacto social, um novo desenho político-institucional e um novo modelo técnico-assistencial. Este último é, possivelmente, aquele que mais se aproxima das necessidades de formação do trabalhador desse novo sistema por se tratar de um modelo que:

baseia-se numa concepção ampliada do processo saúde-doença, em que o acesso a bens e serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas capazes de prover qualidade de vida. Distingue-se do modelo anterior que dissociava inteiramente as ações curativas, a saúde coletiva da atenção individual e era inteiramente centrado no atendimento à demanda por assistência médica (CARVALHO, 1998, p.25).

O sistema de saúde atinge sua forma atual com a normativa NOB-96, a qual:

acelera a descentralização dos recursos federais em direção aos municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas e cria incentivos às mudanças na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes (como o PACS) e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial (como o PSF) (CARVALHO, 1998, p.35).

Essa normativa considera que a atenção à saúde compreende todo o conjunto de ações desenvolvidas pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das

demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos da assistência, das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor saúde (CARVALHO, 1998).

Portanto, o espectro de ações de atenção à saúde passa pela promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo ser priorizado o caráter preventivo.

Papel importante na implantação do novo modelo cabe aos profissionais da saúde, e é sobre isso que falaremos a seguir.

#### 1.4 O PROFISSIONAL DA SAÚDE NA CONCEPÇÃO DO SUS

Adotamos como referência para as nossas considerações o documento do Ministério da Saúde (MS) intitulado *A Política de Recursos Humanos para a Área da Saúde* (Brasil, 1999b), no qual estão sintetizados os conceitos centrais do novo paradigma setorial que são:

- o reconhecimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida;
- a compreensão de que a promoção da saúde é o resultado de um conjunto articulado de atividades, processos e recursos de origem governamental, institucional e comunitária.

Trabalhar para que esse paradigma seja de fato aplicado significa suplantando o modelo assistencialista anterior, passando ao de promoção da saúde, que inclui prevenção, diagnóstico precoce, recuperação e reabilitação.

O novo modelo implica dispor de profissionais capazes de reconhecer a amplitude necessária de atuação e sua inserção em um conjunto articulado de ações. Devem conhecer essas ações e dar-lhes continuidade em seu segmento, mantendo relação com os demais. Devem ser agentes ativos na produção dos serviços, conscientes de sua importância para o alcance dos objetivos maiores.

Portanto, a formação de pessoal é reconhecida pelo MS como ponto fundamental para a consecução dos princípios e das diretrizes gerais do SUS, dando-lhe factibilidade, coerência, viabilidade e capacidade de resposta aos problemas que se propõe a resolver e superar (BRASIL, 1999b).

Atualmente, todas as análises e levantamentos apontam para um grande contingente de pessoal de nível médio na área da Saúde sem qualificação específica para atuar em áreas tais como Enfermagem, Nutrição e Dietética, Odontologia, Farmácia, Saúde Ambiental, Vigilância Sanitária, Registro em Saúde e Apoio Diagnóstico-Terapêutico. Estudos realizados pelo PROFAE indicam um total de 250.000 trabalhadores nessa situação somente na área de Enfermagem, sendo que, destes, 105.000 não concluíram o ensino fundamental (BRASIL, 1999b).

Pode-se defender a manutenção da situação atual alegando que esses trabalhadores executam suas funções e o sistema funciona. Tal posição é vantajosa do ponto de vista econômico, pois evita investimentos em formação/qualificação de pessoal e mantém o baixo custo da mão-de-obra. Esta, porém, é uma situação que contradiz os princípios de atendimento às necessidades sociais, que demandam qualidade nos serviços de saúde, e também aos interesses dos trabalhadores em melhorar suas próprias condições de vida e de atuação, como apontam Santos e Christófaros (1996, p.50):

[...] a formação desses trabalhadores torna-se indispensável porquanto sua legitimidade, reduzida ao âmbito interno de cada locus de trabalho, obstrui sua legitimação e identidade social, impondo-lhes um processo de marginalidade real, que desfigura sua identidade e dilui a sua participação nos resultados e na qualidade do trabalho em saúde.

Em relação ao quadro dos trabalhadores de nível médio do SUS, encontra-se um número elevadíssimo de pessoas que já atuam no sistema e que não podem ser desprezadas. Diante disto, antes de investir na formação escolar de novos recursos humanos, há que se qualificar os profissionais já inseridos no mercado de trabalho.

A formação necessária ao trabalhador da área da Saúde está expressa, de forma objetiva, nos instrumentos legais, como a Resolução CEB 04/99, do CNE, e as Diretrizes Curriculares do MEC. Entretanto, um importante instrumento para a análise da concepção educacional de um curso é o projeto político-pedagógico ou plano de curso.

Considerando que a formação profissional é, essencialmente, um processo educativo, pelo qual se transmite conhecimento, mas também se forma a personalidade, cabe aos formadores de recursos humanos na área da saúde mostrar aos alunos a sua importância dentro do sistema, para que percebam a necessidade de realizar um trabalho voltado para o atendimento integral à saúde da população e para que busquem, a partir dessa conscientização, desenvolver atividades durante os estágios curriculares na área de Saúde Coletiva ou em Programas de Saúde da Família, as quais tenham como objetivo maior este tipo de atendimento.

Consideramos ser de fundamental importância a formação do profissional de Saúde sob uma ótica de integralidade – unindo a técnica à ciência, o *saber fazer* ao *saber por quê*, a preocupação com o resultado à preocupação com o ser humano – pois, desta forma, estaremos contribuindo para a atuação harmônica de todos que trabalham na área da Saúde, nos seus mais diversos níveis e especificidades, e para o sucesso da política setorial.

Encontraremos na proposta de diretrizes curriculares para a área da Saúde (BRASIL, 1999a, p.6), já mencionada, a clara expressão dessa visão:

O reconhecimento da integralidade como um princípio ou diretriz que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença através de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação que respeitem a integridade do ser humano deve ser, progressivamente, difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional. As estratégias para essa formação não devem, portanto, confundir a atenção primária à saúde com tecnologia simplificada e capacitação insuficiente.

Incorporar esta visão a nossa abordagem significa buscar formar trabalhadores em Saúde que tenham o conhecimento do todo, mesmo que só executem uma parte. Não precisam saber executar tudo, mas devem saber que ações e processos estão encadeados e qual é a sua posição nessa cadeia.

Evidencia-se, portanto, que a formação de recursos humanos para a área da saúde requer mais do que a mera transmissão de *conteúdos* das chamadas matérias de ensino, demandando um conjunto de ações e procedimentos dos agentes do processo educativo – os docentes e o pessoal técnico-pedagógico – articulados entre si. A definição desse conjunto faz parte do planejamento pedagógico, e a articulação se dá nos diversos momentos em que a equipe se reúne e também nas atividades cotidianas.

O papel do docente é decisivo para a viabilidade da proposta pedagógica, como afirma o documento do MS sobre a formação de recursos humanos:

A adequação da formação dos profissionais às necessidades do SUS sem dúvida dependerá do preparo pedagógico dos docentes frente às novas exigências educacionais. Isto significa adotar uma ação educativa crítica, autonomizadora, criativa, capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde. Desta forma será possível a construção das competências humanístico-profissionais requeridas pela promoção, desospitalização, vigilância em saúde (Brasil, 1999b, p.9).

Para desenvolver os programas de assistência à saúde, as Unidades de Saúde contam com equipe interdisciplinar, em que o papel do técnico de enfermagem é principalmente exercer uma ação educativa que estimule a população a desenvolver hábitos saudáveis de vida.

De acordo com as diretrizes da Política de Recursos Humanos na área da Saúde (Brasil, 1999b), a formação do profissional de saúde a partir do princípio de integralidade deverá ser progressivamente difundida como uma nova cultura da saúde na educação profissional.

No entanto, existe uma carência de dados que avalie tal situação e sua importância na formação do Técnico de Enfermagem. Esse tema é de suma importância para o ensino profissionalizante em Enfermagem, pois aborda a necessidade da formação geral, humanística e pautada nos três níveis de atenção à saúde, especialmente a primária.

Diante desse contexto e das reflexões oriundas de minha prática profissional, surgiu a idéia central desse trabalho, que é verificar as concepções e percepções dos alunos de um curso Técnico de Enfermagem sobre questões relativas à Promoção de Saúde durante a realização do estágio supervisionado de Saúde Coletiva.

## **2- OBJETIVO**

Identificar e analisar as concepções e percepções apresentadas por alunos de um curso Técnico de Enfermagem sobre questões relativas à Promoção de Saúde durante a realização do estágio supervisionado de Saúde Coletiva.

### 3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

De acordo com Marconi e Lakatos (2005, p.83), podemos dizer que Metodologia é:

[...] o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros – traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Diante disto, para o alcance do objetivo proposto por este estudo, optamos por uma abordagem qualitativa, cujo compromisso é o de transformação política da realidade, em que os sujeitos envolvidos participam conscientemente do processo de produção do conhecimento.

Na abordagem qualitativa de pesquisa, aqui adotada, o importante é entender o processo em que as pessoas constroem significados e descrever o que são estes significados. Estes devem ser apreendidos pelo pesquisador que os interpretará a partir da categorização dos dados coletados.

#### 3.1 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi um colégio criado há oito anos, com o objetivo inicial de oferecer cursos para qualificação profissional de auxiliares e técnicos de enfermagem. Ao alcançar esse objetivo, passou a oferecer, no ano de 2002, curso técnico em Turismo, formando duas turmas. A partir de 2004, ampliou novamente as opções de cursos técnicos e especializações na área de saúde.

Atualmente, além dos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem e a complementação de técnico de enfermagem para quem já é auxiliar, conta com os seguintes cursos (habilitações) e especializações (para quem já é auxiliar ou técnico de enfermagem): técnico em Segurança do Trabalho, técnico em Imobilização Ortopédica, técnico em

Radiologia Médica e técnico em Açúcar e Álcool. As especializações são: Unidade de Terapia Intensiva e Hemodiálise, Enfermagem do Trabalho, Instrumentação Cirúrgica, Emergência e Saúde da Família.

Apesar da variedade de cursos oferecidos pelo colégio, as maiores demandas são pelo curso de Auxiliar de Enfermagem e, principalmente, pelo curso Técnico de Enfermagem.

O colégio elaborou seu projeto político pedagógico segundo os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, definindo como objetivos: a) a capacitação de jovens e adultos com conhecimentos e habilidades gerais e específicas para o exercício das atividades específicas relativas à saúde; e b) a formação de profissionais aptos voltados para a especialização, o aperfeiçoamento e atualização profissionais na perspectiva de uma educação continuada, permanente e de qualidade.

Atendendo aos princípios comuns orientadores da Educação Nacional, conforme princípios da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, o curso foi organizado de forma a conferir ao aluno o seguinte perfil profissional:

- Ser elemento participante na orientação à saúde individual e de grupos de comunidade;
- Ser profissional competente do ponto de vista científico e psicológico, participando constantemente de cursos e seminários, palestras e outros eventos, com vistas à atualização de seus conhecimentos;
  - Ser profissional atual, com possibilidades de especialização;
  - Ser profissional que demonstre respeito e consideração pelos pacientes atendidos;
- Ser indivíduo crítico-criativo, capaz de perceber a realidade que o cerca, aberto a inovações, com conhecimentos na área de informática, capaz de trabalhar em equipe e de modificar-se a partir de novas áreas de atuação;
- Ser profissional que tenha conhecimento dos princípios que garantam a qualidade total em saúde.

A habilitação profissional de Técnico de Enfermagem é constituída de quatro módulos, sendo dois teóricos e os outros referentes aos estágios supervisionados, oferecidos alternadamente. Ao final do 1º e 2º módulos, o aluno recebe a qualificação intermediária de Auxiliar de Enfermagem, com uma carga horária de conteúdo teórico de 800 (oitocentas) horas e estágio supervisionado de 400 (quatrocentas) horas, perfazendo um total de 1200 (um mil e duzentas) horas. No 1º módulo, o aluno aprenderá conteúdos referentes às disciplinas

básicas (Anatomia e Fisiologia Humana, Microbiologia e Parasitologia e Nutrição e Dietética) e às disciplinas específicas (Farmacologia Aplicada à Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem, Saúde do Adulto e do Idoso, Enfermagem Cirúrgica, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Mental e Saúde Coletiva). Após a conclusão do módulo teórico, os alunos são encaminhados ao estágio supervisionado em instituições hospitalares, ambulatoriais e de saúde coletiva da cidade de S.J.R.P.

Após o término do 2º módulo (estágio supervisionado - 400h), os alunos voltam ao colégio para a realização do 3º módulo (conteúdo teórico), cujo enfoque é a formação propriamente dita de técnico de enfermagem. Além de reverem os conteúdos específicos do 1º módulo, terão o aprendizado da assistência ao paciente crítico, que são as disciplinas de Emergência/Urgência e Unidade de Terapia Intensiva. A carga horária desse 3º módulo é de 450 (quatrocentas e cinquenta) horas e após a conclusão deste os alunos cursam o 4º módulo, que é referente ao estágio supervisionado, com uma carga horária de 200 (duzentas) horas, perfazendo um total de 650 (seiscentas e cinquenta) horas. Portanto, com a conclusão dos quatro módulos, tem-se um total de 1.850 (um mil, oitocentas e cinquenta) horas, num período de 18 (dezoito) meses, sendo 01 ano para qualificação intermediária de Auxiliar de Enfermagem e 06 meses para a habilitação profissional de Técnico de Enfermagem.

O aluno que apresenta a conclusão do curso de Auxiliar de Enfermagem realiza o curso de Técnico de Enfermagem em 6 (seis) meses, conforme explicado anteriormente (3º e 4º módulo do curso de técnico de enfermagem).

Quanto ao rendimento escolar teórico, são oferecidas aos alunos várias oportunidades de verificação de aprendizagem, como avaliações escritas, trabalhos em grupo e apresentação de seminários. Os alunos que apresentam dificuldade de aprendizagem realizam o processo de recuperação que acontece automaticamente após a realização das avaliações escritas.

Nos estágios, as avaliações ocorrem de maneira formal e informal. A avaliação formal, de caráter individual, acontece sempre no último dia do estágio em cada instituição concedente de acordo com um roteiro próprio elaborado pela coordenação e pelo corpo docente da escola. Esse roteiro é baseado nas atividades das disciplinas obrigatórias do estágio supervisionado e contempla uma avaliação quantitativa e outra qualitativa em relação a cada aluno. A avaliação informal ocorre diariamente por meio de reuniões onde cada um compartilha suas experiências e dúvidas.

Em anexo, apresentamos o plano de ensino da disciplina de Saúde Coletiva, trabalhado no final do 1º módulo do curso. Após a realização dessa disciplina, os alunos vão para o estágio supervisionado dessa e de outras disciplinas, conforme uma escala de rodízio com data, local e carga horária elaborada e controlada pela coordenação pedagógica do curso.

## 3.2 PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa alunos do 2º e do 4º módulos do Curso Técnico de Enfermagem do Colégio CERES, instituição de caráter privado, localizada na cidade de São José do Rio Preto, interior do Estado de São Paulo.

Foram incluídos no estudo os alunos que aceitaram o convite para participar da pesquisa e que concluíram o estágio de Saúde Coletiva. Foram convidados os que haviam concluído o estágio, visto que o instrumento de coleta de dados contemplava questões relativas às ações de Promoção de Saúde vivenciadas durante este estágio.

Para apresentação dos resultados, os alunos foram divididos em dois grupos, conforme o período de conclusão do estágio: o grupo que concluiu o estágio recentemente (alunos do 2º módulo), e o grupo que concluiu o estágio há mais de 6 (seis) meses (alunos do 4º módulo).

Dos 84 alunos que se enquadraram nos critérios de inclusão, somente quatro não responderam o questionário. Tivemos, portanto, a participação de 95% dos alunos convidados, ou seja, um excelente percentual considerando que, segundo Marconi e Lakatos (2005, p. 203), “[...] em média os questionários expedidos pelo pesquisador alcançam 25% de devolução.”

## 3.3 MATERIAIS

### 3.3.1 Escolha do instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário que corresponde ao apêndice B.

O questionário pode ser definido como “conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses [...]” (YAREMKO, HARARI, HARRISON, & LYNN, 1986, p. 186 apud GUNTHER, 1999, p. 232).

Sendo assim, o questionário foi escolhido como técnica de investigação, levando-se também em conta as suas vantagens, listadas a seguir (KILDDER, 1987, p. 17):

- ✚ abrange, simultaneamente, um grande número de pessoas;
- ✚ evita vieses potenciais que podem ocorrer em casos de entrevistas, pelo seu aspecto estruturado;
- ✚ as pessoas se sentem mais seguras em expressar pontos de vista, em função do seu caráter anônimo;
- ✚ exerce menor pressão sobre o respondente para que dê uma resposta imediata.

Estas considerações e as diferentes etapas cumpridas para a elaboração do questionário visaram à obtenção de um instrumento que obedece às normas de validade e fidedignidade.

### 3.4 PROCEDIMENTOS

#### 3.4.1 Procedimentos para elaboração do questionário

##### 3.4.1.1 Elaboração do questionário

Na elaboração de um questionário há que se considerar que as questões que compõem o mesmo devem assegurar o máximo de probabilidade de se obterem respostas que possibilitem o alcance dos objetivos da pesquisa (GIL, 1999).

Deste modo, o questionário que corresponde ao apêndice B englobou questões relativas aos dados relevantes para a caracterização dos participantes e também os seguintes temas eleitos para o estudo: idade; sexo; período e local de realização do estágio; saúde

coletiva e promoção de saúde; atuação profissional no contexto das UBS; áreas de atuação de maior interesse dos técnicos de enfermagem; formação profissional do técnico de enfermagem; relacionamento dos estagiários com a equipe e com a clientela das UBS; princípios da atenção básica à saúde; educação em saúde, mudança na forma de prestar cuidados-orientações de enfermagem às pessoas atendidas na UBS; dúvidas em relação a algum termo utilizado. Foi reservado um espaço para que o aluno que quisesse tecer comentários sobre os temas do questionário pudesse fazê-lo.

### 3.4.2 Realização do pré-teste

Foi realizado um pré-teste, com o objetivo de testar o instrumento de coleta de dados que, segundo Marconi e Lakatos (2005, p. 205), “permite que sejam identificadas possíveis falhas como inconsistência das questões, ambigüidades, perguntas supérfluas, entre outras”.

Participaram da aplicação piloto dez alunos do curso de graduação em Enfermagem da FACERES, sendo que o critério de escolha foi o fato desses alunos já possuírem o curso de Técnico de Enfermagem, ou seja, de terem realizado o estágio de Saúde Coletiva durante a realização do curso. O procedimento adotado para a aplicação do questionário piloto foi simulado, de modo a verificar sua adequação.

Foi solicitado aos alunos que, ao responderem o questionário, fizessem uma análise do mesmo, considerando: nível de compreensão e clareza das questões, existência de questões com interpretações ambíguas e forma de apresentação das mesmas.

Também foi solicitado a três enfermeiros, sendo dois deles com mestrado e doutorado na área de Saúde Coletiva, que opinassem sobre a adequação das questões e quanto à necessidade de inserção de algum aspecto relacionado aos temas que pudesse ter sido negligenciado. Os profissionais deveriam sugerir mudanças e/ou adequações e justificar o motivo pelo qual as consideravam relevantes.

### 3.4.3 Análise e reformulação do questionário

A aplicação piloto evidenciou a adequação do procedimento adotado para aplicação do questionário, a clareza das orientações oferecidas aos alunos para responderem ao questionário e a necessidade de algumas reformulações, as quais passamos a descrever.

Na questão 3, referente ao “Período de realização do Estágio”, percebeu-se a necessidade de especificar o tipo de estágio, passando a questão a ter a seguinte redação: “Período de realização do estágio em Saúde Coletiva”. Além disso, acrescentou-se aos itens “início” e “término” do estágio as palavras “mês” e “ano”, para melhor delimitar o período de realização das atividades.

Quanto à questão 4, cuja redação inicial era “Instituição(ões) onde realizou o Estágio”, evidenciou-se a necessidade de complementar o enunciado com a questão referente à carga horária total em cada instituição, de modo que os dados obtidos permitissem identificar se houve ou não predomínio de horas de estágio realizadas em instituições hospitalares. Dessa forma, a questão passou a ter a seguinte redação: “Instituição(ões) onde realizou o Estágio e carga horária total realizada em cada instituição.”.

Quanto à questão 7, cuja redação inicial era “Em sua opinião, quais as atribuições do Técnico de Enfermagem que atua na área de Saúde Coletiva, no contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS)?”, os dados evidenciaram a necessidade de substituir o termo “atribuições” por “ações” e “no contexto das UBS” por “em UBS”. Vale ressaltar que a substituição de “no contexto das UBS” por “em UBS” ocorreu também nas demais questões que utilizaram na redação inicial o primeiro termo.

O enunciado da questão 12, que era “Na sua opinião, quais são os fatores que podem facilitar e os que podem dificultar a integração do estagiário na equipe de Saúde?”, foi desmembrado nas questões 12a e 12b, as quais tiveram seu enunciado complementado com a investigação sobre como estes fatores podem facilitar ou dificultar a integração.

Na questão 13, item 13e, que investigava a percepção do aluno sobre a importância para a sua formação da “participação nos casos de notificação compulsória”,

acrescentou-se ao enunciado, a partir da sugestão de um dos profissionais que atuaram como juízes, o trecho “e nas ações de vigilância epidemiológica”.

No tocante à questão 14, em que se investigava se na percepção dos alunos as ações realizadas pelos estagiários técnicos de enfermagem na UBS atendiam aos princípios da atenção básica à saúde, houve a necessidade de substituir a frase “Justifique sua resposta” por “Como podemos observar o atendimento deste princípio?”.

A última alteração é referente à questão 16, a qual investigava se na percepção do aluno houve alguma mudança na sua forma de prestar cuidado/orientações de enfermagem às pessoas atendidas na UBS. Evidenciou-se que a substituição da frase “Justifique sua resposta” pelos itens “Que tipo de mudança?” e “Na sua opinião quais fatores explicam estas mudanças?” poderia contribuir para a obtenção de informações que viriam a enriquecer a análise dos dados.

A reformulação do questionário resultou no instrumento correspondente ao Anexo A, ao qual foi acrescida uma página com o Convite para Participação na Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 3.4.4 Aplicação do questionário

A aplicação foi agendada previamente pela pesquisadora no mês de julho de 2008, nos períodos da manhã e da noite. Os alunos que aceitaram o convite compareceram ao colégio e foram reunidos em uma das salas de aula para aplicação coletiva do questionário.

Antes do início, receberam esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e sobre o caráter voluntário e anônimo das respostas. A seguir, foi solicitado que lessem o termo de consentimento livre e esclarecido que se apresentava na primeira folha do questionário. Após a leitura e esclarecimentos, os alunos foram instruídos, caso concordassem em participar da pesquisa, a assinarem o termo, destacá-lo e depositá-lo em uma urna identificada. Somente depois dessa etapa, os participantes passavam a responder o questionário.

Esses esclarecimentos foram realizados pela pesquisadora que organizou todo o processo de coleta de dados e aplicou os questionários.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em atendimento às diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução n.º 196/96 – Conselho Nacional de Saúde), inserimos no *rapport* do questionário o termo de consentimento livre e esclarecido, como abordado no parágrafo anterior. Salientamos que estes termos assinados eram destacados do questionário, dobrados e devolvidos para depósito em uma urna lacrada. Além disso, os alunos foram instruídos a depositar os questionários respondidos em uma urna também identificada e que, ao respondê-lo, estariam concordando em participar da pesquisa. Para aqueles que não aceitassem participar da pesquisa, poderiam devolver, de modo anônimo, o questionário em branco ao final da aplicação coletiva.

Após a finalização do presente estudo, será elaborado um relatório com os principais dados obtidos, o qual será divulgado para todos os alunos participantes.

### 3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados obtidos com as questões dissertativas, como a questão de n.º 5 do questionário: “Se tivesse que explicar para alguém o que é Promoção de Saúde, como você explicaria?”, adotamos os procedimentos da análise de conteúdo, que segundo Minayo (1998), nada mais é do que um conjunto de técnicas de comunicação, no qual se visa à obtenção dos conteúdos das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às mesmas. O contexto analítico do método de Análise do Conteúdo encaminha para a obtenção das respostas buscadas, além de favorecer a aplicabilidade de estudos e pesquisas.

A Análise de Conteúdo é um método ou conjunto de técnicas de leitura e interpretação do conteúdo de todas as classes de documentos, mas aborda especificamente os documentos escritos (OLABUÉNAGA & ISPIUZA, 1989).

Do ponto de vista operacional, a análise do conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos (MINAYO, 1998).

Segundo Lüdke & André (1986), a Análise de Conteúdo se aplica à pesquisa educacional, pois envolve processos e porque busca informações factuais em documentos e expressões subjetivas a partir de questões ou hipóteses de interesse. Além disso, a análise de conteúdo não se preocupa só com o produto, mas também com o processo, valorizando os símbolos e significados (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 1998), o que contribuirá para a análise dos dados obtidos com o questionário utilizado nesta pesquisa.

A modalidade de Análise de Conteúdo, adotada neste estudo, foi do tipo temática. Nessa modalidade, as respostas encontradas são categorizadas, *a posteriori*, por similaridade. Procuramos, nas diversas leituras realizadas das respostas dadas às questões abertas, compreender os significados implícitos e agrupá-los por similaridade nos temas abordados. Para Minayo (1998, p. 209),

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Portanto, durante o processo de realização da análise de conteúdo temática, foram cumpridas as seguintes etapas:

- **Pré-análise:** Etapa na qual se deu a organização do material obtido (questionários), seguida de uma leitura exaustiva (leitura flutuante) dos questionários coletados.
- **Categorização:** Procedemos à leitura das respostas das questões abertas. Em seguida, cada resposta foi, a princípio, transcrita e depois recortada e colada separadamente, montando-se folhas com as respostas de todos os alunos participantes dadas à mesma pergunta. Foi feita a escolha de expressões e palavras (unidade de significação) que deram sentido ao tema proposto nesta pesquisa, com relação a seu significado explícito ou implícito. A partir da frequência de repetição das unidades de significação, passamos a agregá-las em categorias, que foram identificadas com as respectivas respostas condizentes dos entrevistados para facilitar a análise posterior (interpretação e conclusão), juntamente com os dados obtidos através das questões fechadas (múltipla escolha). Para essas questões, escolhemos e utilizamos a estatística descritiva, já que nosso enfoque neste estudo é do tipo qualitativo.

- **Análise Inferencial:** Momento em que as categorias identificadas foram interpretadas, ou seja, a análise propriamente dita.

Ressaltamos que as categorias identificadas foram criadas, a *posteriori*, a partir da análise das respostas obtidas da questão de n.º 5 do questionário e para análise dos dados obtidos com as questões de múltipla escolha, utilizamos a estatística descritiva, conforme explicado anteriormente.

Para interpretação dos dados, utilizamos o diálogo com diversos autores que discutem o tema analisado através de textos e artigos produzidos a partir de congressos, conferências, oficinas, bem como documentos produzidos pelos Ministérios da Saúde e Educação.

A seguir, apresentaremos os resultados e a discussão a partir da caracterização dos participantes, seguido de dois grandes eixos: 1) análise dos dados obtidos com as questões de múltipla escolha e 2) análise dos dados obtidos com a questão dissertativa sobre Promoção de Saúde.

## **4- RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O trabalho apresenta um perfil diferenciado por tratar de uma realidade próxima. A oportunidade de coletar os dados junto ao corpo discente do Colégio em que atuo foi muito proveitosa e gratificante, pois sabemos que sempre que escolhemos pesquisar um assunto já trazemos em nossa mente alguns pressupostos, e o que eu mais espero com isso é poder contribuir com a formação desses futuros profissionais de saúde, principalmente no tocante à atuação na Promoção de Saúde.

As respostas trazem pouco entendimento e até mesmo uma confusão acerca do assunto, em decorrência do próprio sistema educativo e avaliativo que não proporciona condições para que os alunos tenham momentos para reflexão e compreensão sobre o que irão trabalhar e como realmente devem desenvolver suas atividades.

Diante disso, a nossa tarefa não é apenas identificar e avaliar as concepções e percepções dos alunos de um curso Técnico de Enfermagem sobre a Promoção de Saúde, mas de sugerir às instituições mudanças que se façam necessárias para o aperfeiçoamento da formação deste profissional.

Iniciaremos a apresentação e discussão dos dados com os números relativos à caracterização dos participantes (quadro 1) seguidos de tabelas e figuras gerados a partir da análise das questões de múltipla escolha e por fim, apresentamos a análise da questão dissertativa sobre Promoção de Saúde.

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

Considerando que participaram da pesquisa dois grupos distintos de alunos, foram incluídas no questionário questões relativas a sexo, faixa etária e período de realização do estágio de Saúde Coletiva. Os dados obtidos constam da Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição freqüencial dos participantes, segundo o sexo, a idade e o período de realização do estágio de Saúde Coletiva, 2008

Faixa etária	Período de realização do Estágio em Saúde Coletiva											
	+ 6m. (n = 51)						recent. (n = 29)					
	fem.		masc.		em branco		fem.		masc.		em branco	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18 – 22	14	17,5	4	5,0	-	0,0	7	8,7	2	2,5	-	0,0
23 – 27	10	12,5	2	2,5	-	0,0	3	3,7	2	2,5	-	0,0
28 -32	6	7,5	1	1,2	-	0,0	2	2,5	1	1,2	-	0,0
33 -37	1	1,3	0	0,0	-	0,0	4	5,0	0	0,0	-	0,0
38 – 42	0	0,0	1	1,3	-	0,0	1	1,3	0	0,0	-	0,0
43 – 49	2	2,5	0	0,0	-	0,0	0	0,0	0	0,0	-	0,0
50 – 54	0	0,0	0	0,0	-	0,0	1	1,3	0	0,0	-	0,0
Em branco	8	10,0	2	2,5	-	0,0	4	5,0	1	1,3	1	1,2
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>10</b>	<b>12,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>22</b>	<b>27,5</b>	<b>6</b>	<b>7,5</b>	<b>1</b>	<b>1,2</b>

Observa-se que a maior parte dos alunos participantes tinham idades variando entre dezoito e vinte e dois anos (33,7 %) e que houve predomínio do sexo feminino (78,8%).

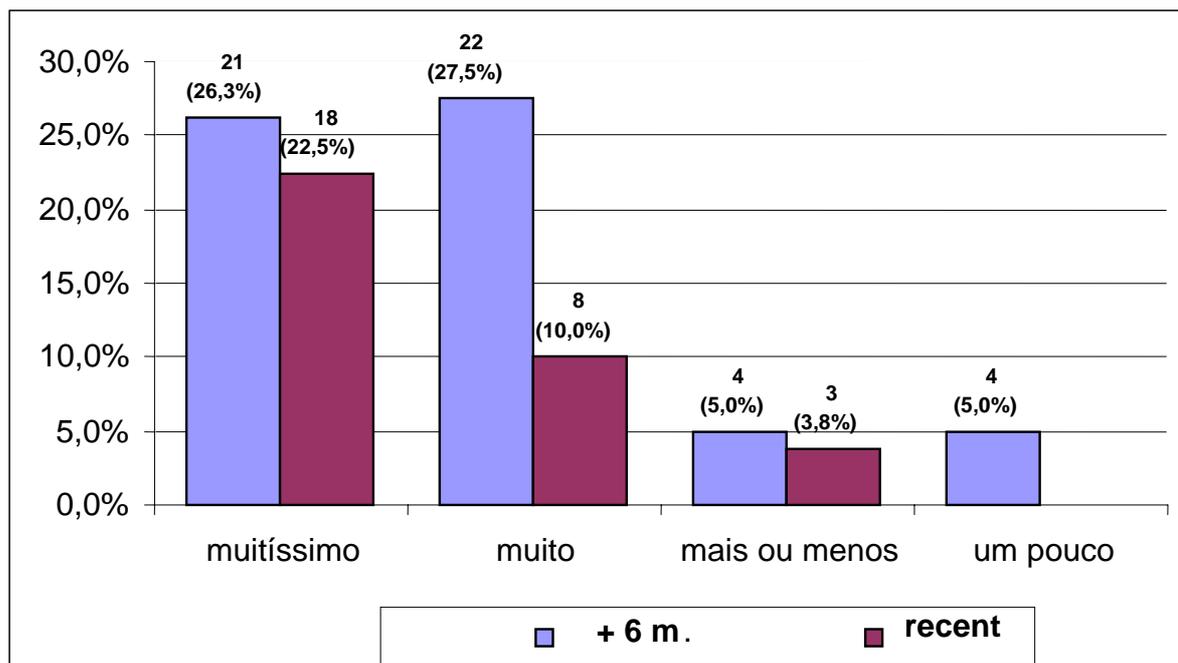
Quanto à realização do estágio supervisionado em Saúde Coletiva, nota-se um predomínio naqueles que concluíram o estágio há mais de seis meses (63,8%).

Em relação ao sexo, os dados confirmam o predomínio do sexo feminino entre os alunos que participaram dessa pesquisa, fato este explicado pelas características sociais e históricas da profissão de enfermagem a partir do paradigma de Florence Nightingale, perdurando até os dias atuais como uma profissão exercida majoritariamente por mulheres.

Quanto à faixa etária, há um predomínio de idade dos alunos entre 18 e 22 anos, revelando um grupo de jovens à procura de profissionalização que garanta uma empregabilidade mais rápida e acessível no mercado de trabalho.

## 4.2 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS COM AS QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA

4.2.1 Questão 9: Na sua opinião, o **aprendizado teórico** sobre Saúde Coletiva e a **vivência do estágio** em uma UBS contribuem para a **formação** do Técnico de Enfermagem?



**Figura 1.** Distribuição freqüencial dos graus de importância atribuídos ao aprendizado teórico e à vivência do estágio de Saúde Coletiva sobre a formação profissional do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio, 2008

Conforme dados obtidos através da figura 1, nota-se que vinte e um alunos (26,3%) do grupo que realizou o estágio há mais de seis meses disseram ser muitíssimo importante e vinte e dois alunos (27,5%) do grupo que realizou o estágio recentemente, disseram ser muito importante.

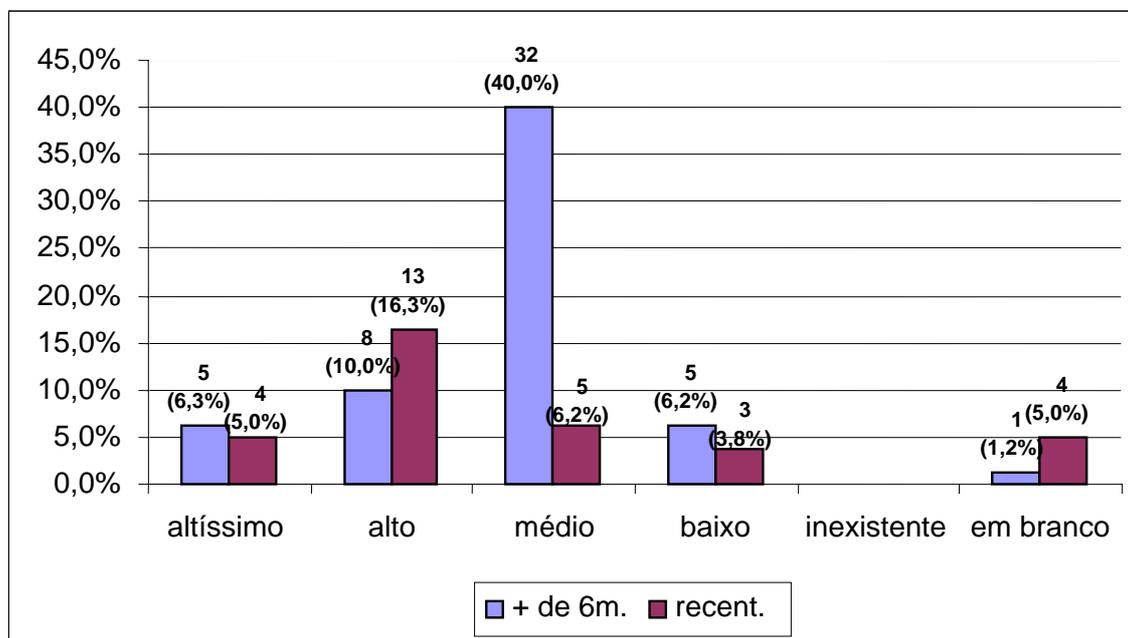
Constatamos que os dois grupos de alunos ressaltaram a importância para a formação profissional do aprendizado teórico e da vivência deste durante a realização do estágio de Saúde Coletiva.

O estágio supervisionado é uma atividade imprescindível e exigida para a formação do técnico de enfermagem, pois é a oportunidade que o aluno tem de aliar o aprendizado teórico, a prática e a reflexão em contextos reais de aprendizagem.

É o momento que o aluno dispõe para refletir e intervir no campo de atuação profissional com a supervisão didática e experiente de enfermeiros.

Por meio do estágio, o aluno será capaz de compreender a realidade institucional e adquirir competência para intervenção adequada e assim prestar serviços qualificados à comunidade e famílias atendidas.

4.2.2 Questão 10a: Como você definiria o **nível de integração** entre o **conteúdo teórico** e as **ações** desenvolvidas por estagiários técnicos de enfermagem?



**Figura 2.** Distribuição freqüencial das respostas relativas ao nível de integração entre o conteúdo teórico e as ações desenvolvidas no estágio em Saúde Coletiva, segundo período de realização do estágio, 2008

Os dados da figura 2 apontam que, do grupo que concluiu o estágio há mais de 6 meses, trinta e dois alunos (40,0%) responderam que o nível de integração entre o conteúdo teórico e as ações desenvolvidas no estágio foi médio enquanto que, do grupo que realizou o estágio recentemente, treze alunos (16,3%), responderam que foi o nível foi alto.

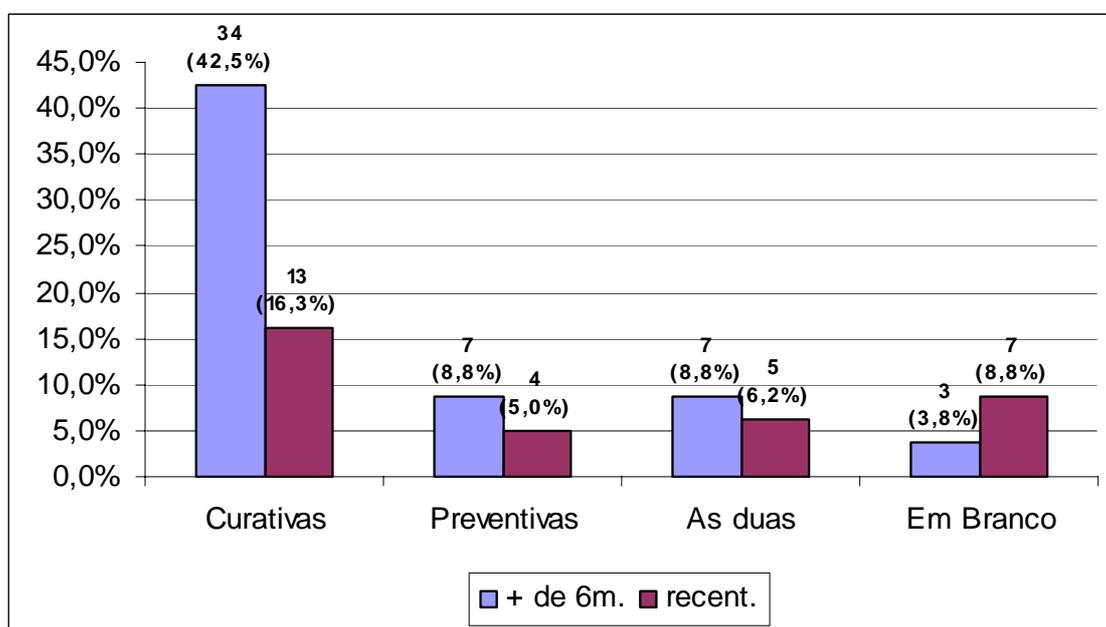
Conforme discussão anterior, vimos que o estágio é imprescindível para a formação do futuro profissional da área da saúde. Por meio dele, o aluno tem a oportunidade de aliar o aprendizado teórico, a prática e a reflexão em contextos reais de aprendizagem e com isso adquirir competências para atuação profissional adequada.

A formação e desenvolvimento profissionais sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e de que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com isso, ressalta-se a importância da abordagem do conteúdo teórico em sala de aula. Este deve ser planejado, sistematizado, organizado, a fim de que os objetivos propostos sejam realmente alcançados facilitando o processo ensino-aprendizagem.

A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo (FREIRE, 2005, p. 22).

**4.2.3 Questão 10b:** Você diria que as **ações** desenvolvidas por estagiários técnicos de enfermagem durante o estágio de Saúde Coletiva, se caracterizaram, em sua maioria, como **curativas** ou **preventivas** ?



**Figura 3.** Distribuição freqüencial das classificações dos tipos de ações desenvolvidas no estágio de Saúde Coletiva, segundo período de realização do estágio, 2008

Nota-se a nítida importância atribuída pelos dois grupos em relação às ações curativas. Do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses, trinta e quatro alunos (42,5%) disseram ser curativas e dos que realizaram recentemente, treze alunos (16,3%) também tiveram a mesma opinião.

Ainda a importância do aspecto tecnicista e o cuidado fragmentado durante a formação dos profissionais da saúde é bastante difundido e valorizado pelos mesmos.

De acordo com Watson (1979, p.85), em virtude do intenso progresso tecnológico na área da saúde, os profissionais de nível médio de Enfermagem estão sendo formados para atenderem as demandas eminentemente curativas, intervencionistas e tecnicistas, sendo o modelo de saúde preventiva relegado a segundo plano.

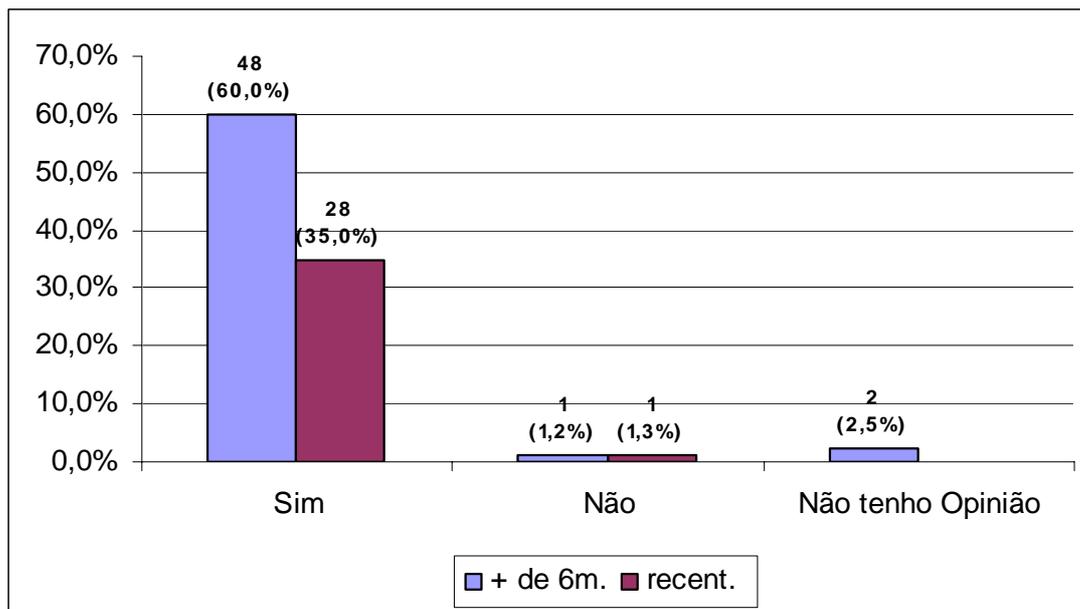
Considerando que a formação profissional é, essencialmente, um processo educativo, pelo qual se transmite conhecimento, mas também se forma a personalidade, cabe aos formadores de recursos humanos na área da saúde mostrar aos alunos a sua importância dentro do sistema, para que percebam a necessidade de realizar um trabalho voltado para o atendimento integral à saúde da população e para que busquem, a partir dessa conscientização, desenvolver atividades durante os estágios curriculares na área de Saúde Coletiva ou em Programas de Saúde da Família, as quais tenham como objetivo maior este tipo de atendimento.

Assim, ressaltamos ser de fundamental importância a formação do profissional de Saúde sob uma ótica de integralidade – unindo a técnica à ciência, o *saber fazer* ao *saber por que*, a preocupação com o resultado à preocupação com o ser humano – pois desta forma estaremos contribuindo para a atuação harmônica de todos que trabalham na área da Saúde, nos seus mais diversos níveis e especificidades, e para o sucesso da política setorial.

Encontraremos na proposta de diretrizes curriculares para a área da Saúde (BRASIL, 1999a, p.6), já mencionada, a clara expressão dessa visão:

O reconhecimento da integralidade como um princípio ou diretriz que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença através de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação que respeitem a integridade do ser humano deve ser, progressivamente, difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional. As estratégias para essa formação não devem, portanto, confundir a atenção primária à saúde com tecnologia simplificada e capacitação insuficiente.

4.2.4 Questão 11: Você considera que uma **boa integração** entre os estagiários e a equipe da UBS é **importante** para a **formação** do Técnico de Enfermagem ?



**Figura 4.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à integração entre estagiários e a equipe da UBS, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

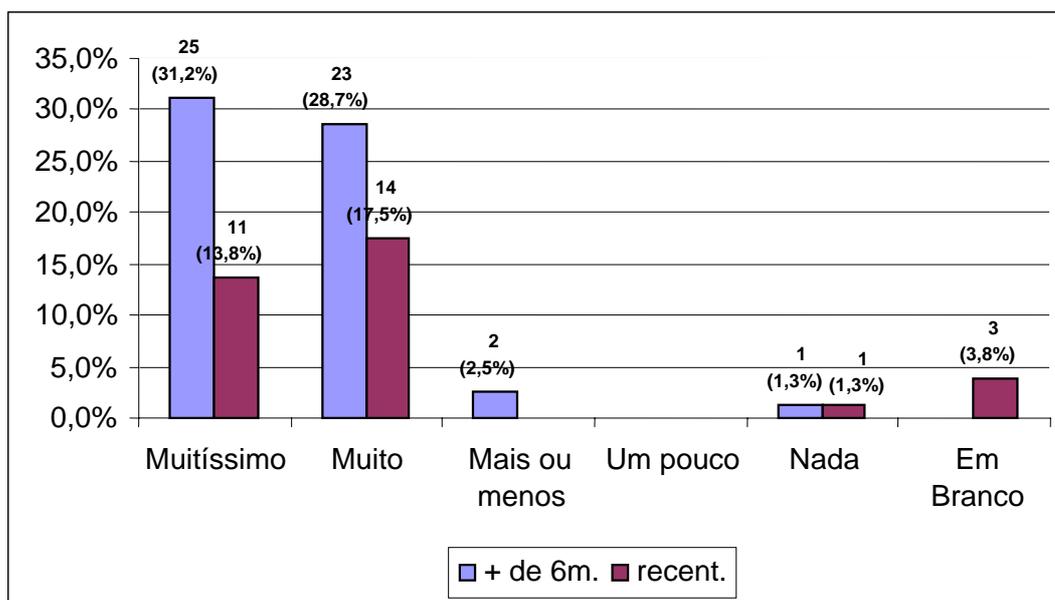
Conforme resultados apontados pela figura 4, quarenta e oito alunos (60,0%) do grupo que realizou estágio há mais de 6 meses consideram importante e vinte e oito alunos (35,0%) do grupo que realizou estágio recentemente expressaram a mesma opinião.

O trabalho em equipe possibilita melhor vínculo com o cliente e promove a abordagem multiprofissional. Não temos dúvidas ao afirmar que a relação harmônica e pacificadora entre estagiários e equipe das Unidades Básicas de Saúde contribui sobremaneira nas possibilidades de realização dos procedimentos e orientações, resultando num bom atendimento e melhor satisfação do usuário.

Observou-se que os dois grupos de alunos consideram importante para a formação do técnico de enfermagem uma boa integração entre as equipes de saúde e os estagiários. Certamente, tal contribui para inserir os alunos nas equipes e motivá-los para o estágio.

**4.2.5 Questão 13:** Abaixo estão listadas **atividades** desenvolvidas no contexto da **Atenção Básica à Saúde** por estagiários técnicos de enfermagem. Assinale o **nível de importância** que, na sua opinião, cada uma delas tem na **formação** deste profissional de saúde.

13a) visita domiciliar



**Figura 5.** Distribuição freqüencial da importância atribuída ao desenvolvimento da visita domiciliar por estagiários, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Observa-se nos resultados da figura 5, que os dois grupos ressaltam a importância da visita domiciliar na sua formação profissional, sendo que vinte e cinco alunos (31,2%) do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses disseram ser muitíssimo importante enquanto que quatorze alunos (17,5%) do grupo que realizou o estágio recentemente acharam muito importante.

A Saúde da Família vem sendo implantada em todo o Brasil como uma importante estratégia para reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS, uma vez que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A visita é vista como uma estratégia que viabiliza intermediação entre o domicílio e a Unidade de Saúde da Família (USF) e vice-versa, ao favorecer o acesso ao serviço local através da comunicação de reuniões a se realizarem na USF, de informações sobre as suas rotinas e do agendamento prévio de atendimentos.

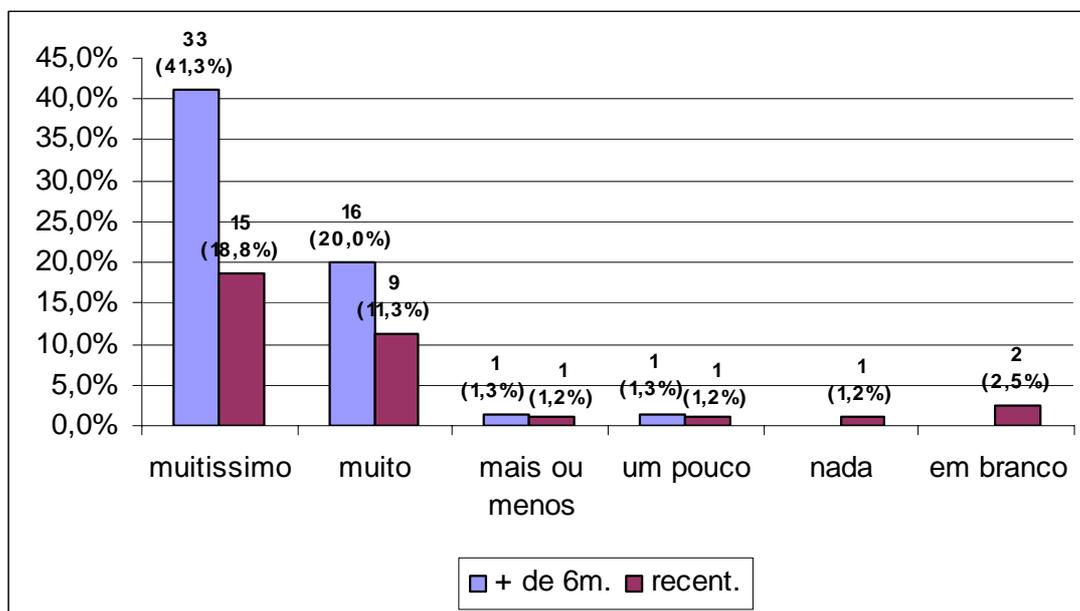
As ações do PSF podem ser executadas na unidade de saúde da família ou no domicílio dos usuários, tendo como base os princípios do SUS: como universalidade, integralidade e equidade (NUNES, AMADOR e HEINECK, 2008).

MANDÚ *et al* (2008), relata que, embora as visitas não sejam uma estratégia nova no âmbito da saúde pública brasileira, na atualidade, elas têm finalidades mais amplas e se tornaram bastante complexas. Na segunda década do século XX, a visita voltava-se para o cuidado do doente e aos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupação com a família enquanto grupo social. Na proposta do PSF, a visita deve se articular aos desafios que se colocam para este, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central de atenção, abarcando suas diversas necessidades, tendo em vista, não só a prevenção da saúde e a recuperação e reabilitação de doenças como, também, a promoção da saúde.

Para SAKATA *et al* (2007), a atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, famílias e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos os quais são regidos pelas relações com o meio e com as pessoas. E nesse caso o “sair para comunidade” precisa ter impacto na maneira de atuação dos profissionais, questionando seus conceitos acerca do modo de vivência e sobrevivência das famílias.

Os autores acima ainda ressaltam que a visita aparece como uma ferramenta de aproximação entre profissionais e usuários, sendo um “espaço intercessor”, no qual estão instituídas subjetividades em uma assistência incorporada pela tecnologia leve e capacidade de proporcionar novos modelos de se cuidar na saúde: mais humanos e acolhedores, envolvendo afetividade e laços de confiança entre os profissionais, os usuários, a família e a comunidade.

## 13b) atividades educativas: grupos, palestras, ações junto à comunidade



**Figura 6.** Distribuição freqüencial da importância atribuída ao desenvolvimento das atividades educativas por estagiários, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Analisando os dados da figura 6, temos como resultado trinta e três alunos (41,3%) do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses avaliando essas ações como muitíssimo importantes para a formação do técnico de enfermagem e quinze alunos (18,8%) do grupo que realizou o estágio recentemente expressaram a mesma opinião, ou seja, evidencia-se que ambos os grupos de alunos julgaram essas ações importantes para a formação profissional.

Segundo MELO *et al* (2008), diante das atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, a transferência de informação nas comunidades é um desafio atual e deve tornar-se uma estratégia fundamental no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil.

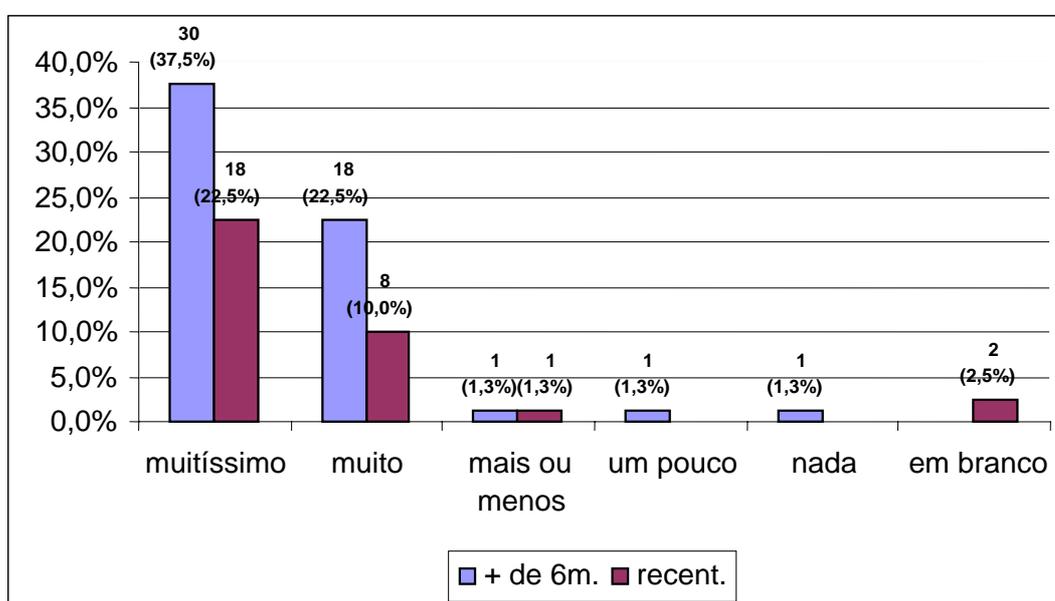
Para desenvolver os programas de assistência à saúde, as Unidades de Saúde contam com equipe interdisciplinar, dentre as quais o papel do técnico de enfermagem é principalmente exercer uma ação educativa que estimule a população a desenvolver hábitos saudáveis de vida.

Os profissionais de saúde devem conscientizar-se quanto à responsabilidade pelo desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

A Promoção da Saúde estabelece uma relação muito estreita com a Educação em Saúde, que nada mais é do que uma das estratégias para se obter saúde.

A educação não é um mero componente da Atenção Básica à Saúde. Antes disso, ela é, em sua totalidade, um processo eminentemente formativo, uma vez que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 1999, p. 30).

### 13c) participação nas imunizações de rotina e nas campanhas



**Figura 7.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nas imunizações de rotina e nas campanhas durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

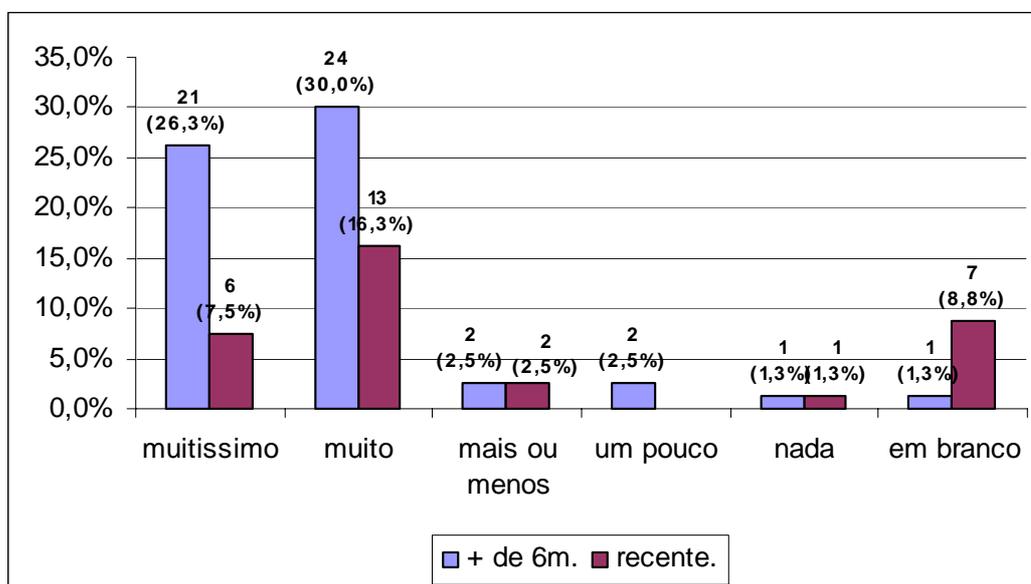
Conforme os dados obtidos da figura 7, evidencia-se a importância dessa ação de saúde pelos dois grupos de alunos, dentre os quais trinta alunos (37,5%) que realizaram o estágio há mais de 6 meses referiram ser muitíssimo importante para a formação do técnico de enfermagem e dezoito alunos (22,5%) que realizaram o estágio recentemente tiveram a mesma percepção.

Entre os instrumentos de políticas de saúde pública, a vacina ocupa um lugar de destaque e contar com profissionais da saúde, principalmente os de enfermagem, qualificados para o atendimento desse serviço é sem dúvida uma das ferramentas mais

importantes para alcançar a proteção do indivíduo contra determinadas doenças e manter as condições sanitárias e ambientais propícias para o desenvolvimento da saúde.

PORTO E PONTE (2003), relatam que no Brasil, as estratégias de vacinação têm alcançado altos índices de eficiência e servido de parâmetro para iniciativas semelhantes em outros países. Exemplos como os das campanhas contra a varíola e a poliomielite, bem como a proximidade da erradicação do sarampo em nosso território, demonstram os bons resultados dos programas de cobertura vacinal coordenados pelo Ministério da Saúde.

### 13d) participação nos programas de saúde ocupacional



**Figura 8.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nos programas de saúde ocupacional durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Conforme os dados da figura 8, os dois grupos apontaram ser muito importante a participação do técnico de enfermagem nos programas de saúde ocupacional, sendo que, do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses, vinte e quatro alunos (30,0%) expressaram essa opinião assim como treze alunos (16,3%) do grupo que realizou o estágio recentemente.

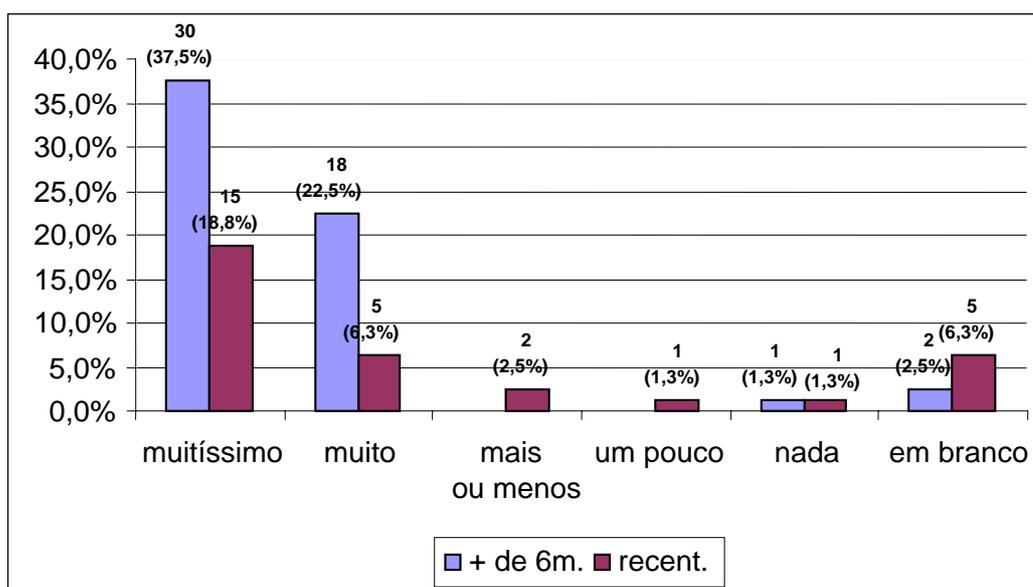
O trabalho é direito garantido ao cidadão pela Constituição brasileira. Porém, para trabalhar, o indivíduo necessita estar saudável e manter sua saúde. Não é admissível ética e legalmente que o indivíduo perca saúde ou adoça por trabalhar (SALERNO, 2001).

O cuidar da saúde dos trabalhadores implica uma atuação multi e interprofissional e a enfermagem vem contribuindo de forma importante para a preservação e promoção da saúde no trabalho.

A atuação visa à promoção da saúde do trabalhador; proteção contra os riscos decorrentes de suas atividades laborais; proteção contra agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais; manutenção de sua saúde no mais alto grau do bem-estar físico e mental e recuperação de lesões, doenças ocupacionais ou não-ocupacionais e sua reabilitação para o trabalho.

Assim, a grande tarefa da enfermagem, no âmbito da saúde ocupacional, é zelar pela manutenção da saúde do trabalhador.

13e) participação nos casos de notificação compulsória e nas ações de vigilância epidemiológica



**Figura 9.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nos casos de notificação compulsória e nas ações de vigilância epidemiológica durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

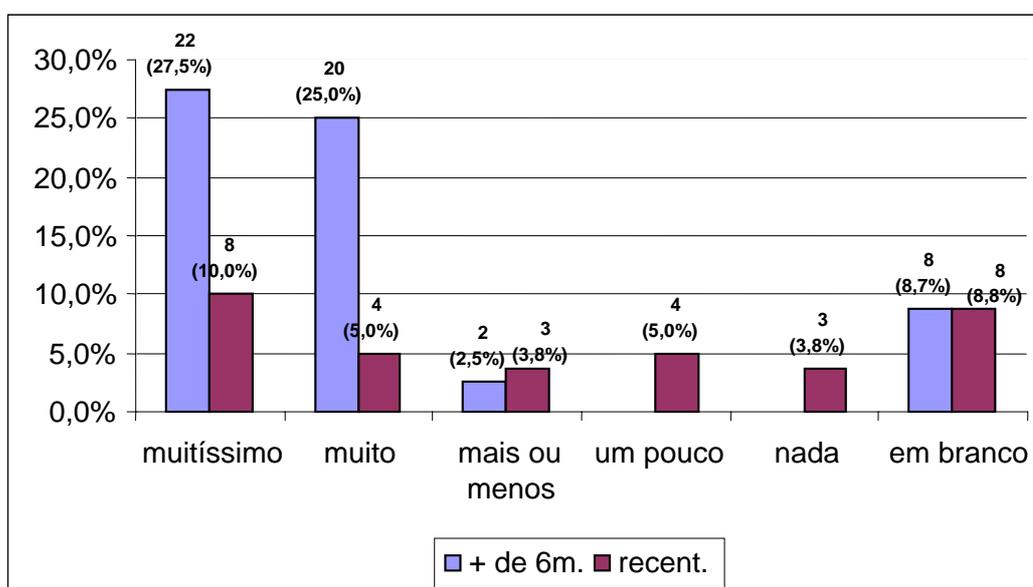
Resultados apontados pela figura 9 evidenciam que trinta alunos (37,5%) do grupo que realizou estágio há mais de 6 meses relatam ser muitíssimo importante para a formação do técnico de enfermagem, enquanto que dezoito alunos (22,5%) do grupo que realizou o estágio recentemente afirmam ser muito importante para a formação profissional.

O ambiente exerce papel decisivo em relação à circulação da maioria dos agentes infecciosos. Trata-se do *locus* onde ocorrem as trocas, reorganização e restauração.

A prática de vigilância à saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde (MENDES, 1996).

Assim, vigilância em saúde é um importante instrumento de intervenção, cabendo à enfermagem, através da sua participação, dos seus saberes e fazeres, zelar pela integridade e integralidade dos seus clientes.

### 13f) assistência de enfermagem em condutas terapêuticas imediatas



**Figura 10.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à assistência de enfermagem em condutas terapêuticas imediatas por estagiários durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

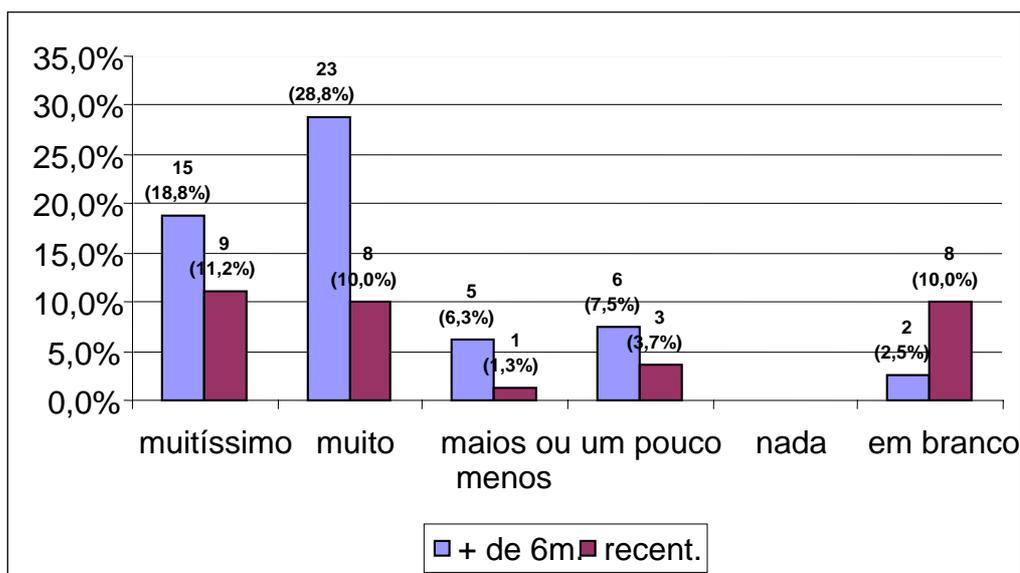
Conforme dados obtidos da figura 10, fica evidente a importância que os dois grupos dão à ação propriamente curativa e técnica no âmbito da Saúde Coletiva.

Do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses, isso fica ainda mais evidente em relação às respostas dos alunos. Nota-se que vinte e dois alunos (27,5%) afirmam ser muitíssimo importante para a formação do técnico de enfermagem e do grupo que realizou o estágio recentemente oito alunos (10,0%) mantiveram a mesma percepção.

Conforme discussão referente aos dados da figura 3, o cuidado curativo, técnico e fragmentado como reflexo de um modelo hospitalocêntrico ainda é bastante

difundido e apreciado pelos profissionais da saúde, relegando-se o modelo de saúde preventiva ao segundo plano, o que evidencia ser de fundamental importância a formação do profissional de Saúde sob uma ótica de integralidade.

### 13g) Discussão de casos e atuação em saúde mental



**Figura 11.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à discussão de casos e atuação em saúde mental por estagiários durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Observa-se, por meio dos resultados da figura 11, que vinte e três alunos (28,8%) que realizaram estágio há mais de 6 meses, consideraram muito importante para a formação do técnico de enfermagem a atuação em saúde mental e nove alunos (11,2%) do grupo que realizou o estágio recentemente afirmaram que essa discussão é muitíssimo importante.

Os resultados concernem a uma importante área de atuação desses futuros profissionais de enfermagem, conforme discussão a seguir.

Com a alta freqüência de transtornos psiquiátricos observada na demanda do serviço de saúde, espera-se que o trabalho dessa categoria profissional contemple outras maneiras de agir e esteja comprometido com as idéias da Reforma Psiquiátrica.

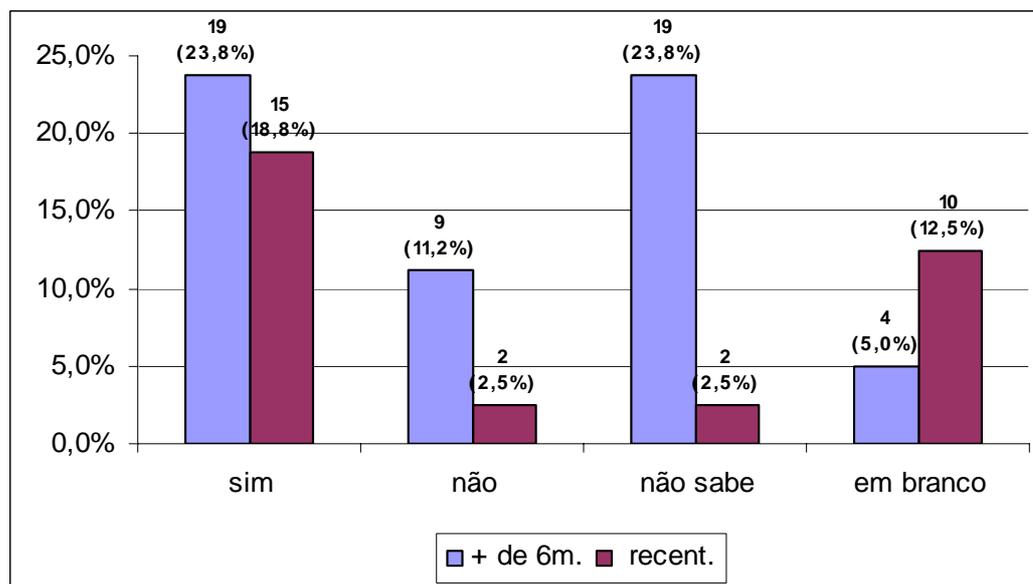
O novo enfoque da saúde mental visa à reconstrução do sujeito, preservando sua subjetividade, sua história de vida e suas relações interpessoais, buscando romper com

mecanismos que podem perpetuar a marginalização do doente e não reconhecê-lo como cidadão.

De acordo com esse modelo, investe-se na reconstituição do sujeito que está sofrendo psiquicamente, portanto, o indivíduo participa de seu tratamento e o objetivo não é a remissão total da sintomatologia. A cura nem sempre é efetivada, mas, sim, a produção de vida nas pessoas. Os conflitos e o sofrimento psíquico fazem parte da existência do sujeito, da sua família e da sociedade, o que requer a participação de todos. O sujeito não é só o agente dos conflitos, mas um indivíduo que se reconhece nesse processo, se reposiciona subjetivamente e busca possibilidades de mudanças, possibilitando a sua reinserção e não mera adaptação social (ROSA, 2000). Assim, esse novo olhar para a reabilitação desse sujeito, exige do profissional da enfermagem maior flexibilidade, criatividade, iniciativa, participação, visão crítica e analítica da realidade, abertura para conhecimentos de outras áreas da ciência e aprimoramento na comunicação e relações interpessoais, trabalho em conjunto que busca o compartilhamento de decisões e o exercício do cuidado ampliado (MACHADO e MARTINES, 1998). Agindo assim, o profissional se torna polivalente, ou seja, as suas atividades transcendem a área específica de sua formação, rompe com a questão do aspecto técnico, evita a fragmentação do processo terapêutico, assume a responsabilidade individual no acompanhamento do caso, trabalha a aproximação do usuário e a coleta de sua história de vida, o que pode se traduzir em intervenção de responsabilidade e afetividade.

4.2.12 Questão 14: Na sua opinião, as **ações** realizadas pelos **estagiários** técnicos de enfermagem, na UBS atendem aos **princípios da atenção básica à saúde**, como:

## 14a) Universalidade



**Figura 12.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio universalidade atribuída por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Os dados da figura 12 demonstram que, dezenove alunos (23,8%) do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses disseram que durante as ações realizadas na UBS, o princípio da universalidade foi atendido, porém, por outro lado, os dados também indicam que a mesma quantidade de alunos do mesmo grupo disseram não saber se esse princípio foi atendido.

Em relação, ao grupo que realizou o estágio recentemente, quinze alunos (18,8%), afirmaram que esse princípio foi atendido. Um outro dado ressaltado desse grupo foi que dez alunos (12,5%) deixaram a questão em branco. Nesse sentido, imagina-se que esses alunos, de ambos os grupos, que disseram não saber e que deixaram a questão em branco, desconhecem o conceito teórico desse princípio do SUS. Fica evidente, portanto, a seguinte questão: qual será o foco de atenção desses princípios durante a realização do estágio?

Os princípios constitucionais que regem o SUS (Brasil, 1990) expressam um certo entendimento de sociedade, e alguns valores devem fazer parte dessa sociedade. A saúde como direito, o caráter democrático da sua gestão e a universalização do acesso não podem ser entendidos como naturais ou consensuais, assumindo, muitas vezes, um caráter contra-hegemônico e de luta. Devem, individualmente, ser objeto de trabalho dos professores e de aprendizagem pelos alunos.

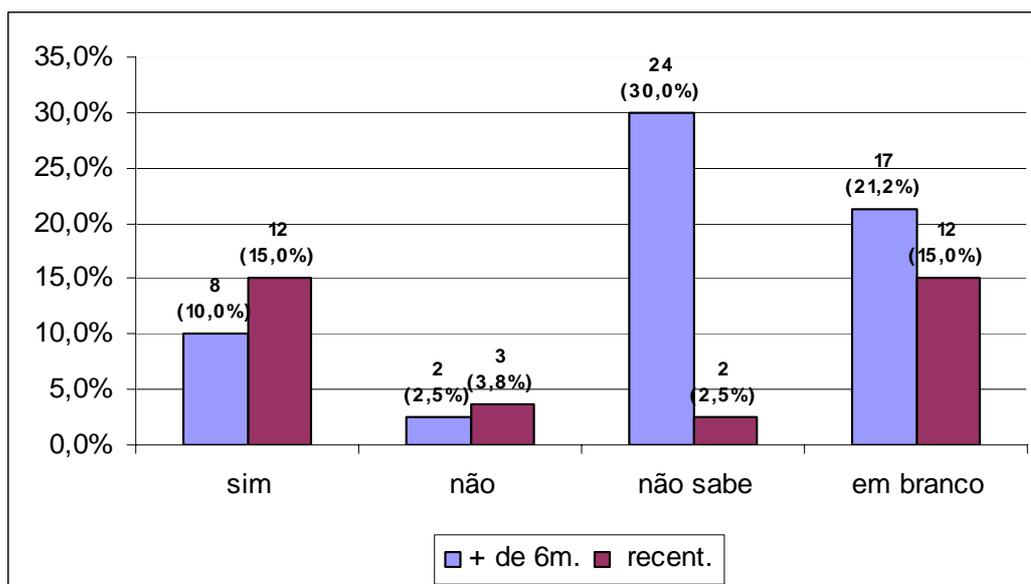
Nesse sentido, as escolas devem se constituir como espaços privilegiados de formação que possibilitem ao aluno conhecer e se apropriar de conceitos e de técnicas capazes de propiciar o desenvolvimento de aprendizagens que venham ao encontro desses princípios. Para tanto, faz-se necessário que sejam elaborados – e postos em prática – currículos que favoreçam, de maneira efetiva, o desenvolvimento do conjunto dessas aprendizagens.

Tais ações são indispensáveis para que se possa, efetivamente, alcançar as mudanças necessárias para a consolidação do SUS como projeto político que valorize, fundamentalmente, a vida humana.

A formação de trabalhadores para atuarem no setor saúde segundo as diretrizes e princípios do SUS é, de fato, um desafio que deve ser encarado como aspecto fundamental para a própria consolidação do SUS. Princípios como o da universalização do acesso e da atenção integral à saúde, dentre outros (BRASIL, 1990), exigem uma nova perspectiva na formação desse trabalhador, independentemente, do seu nível de formação (fundamental, médio, técnico ou universitário).

Para que tal formação se dê de maneira a possibilitar um melhor atendimento à população no tocante à qualidade dos serviços oferecidos, é de fundamental importância a elaboração e implementação de políticas de formação que tragam a possibilidade de mudança real nos processos de trabalho dentro do SUS.

#### 14b) Equidade



**Figura 13.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio equidade atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

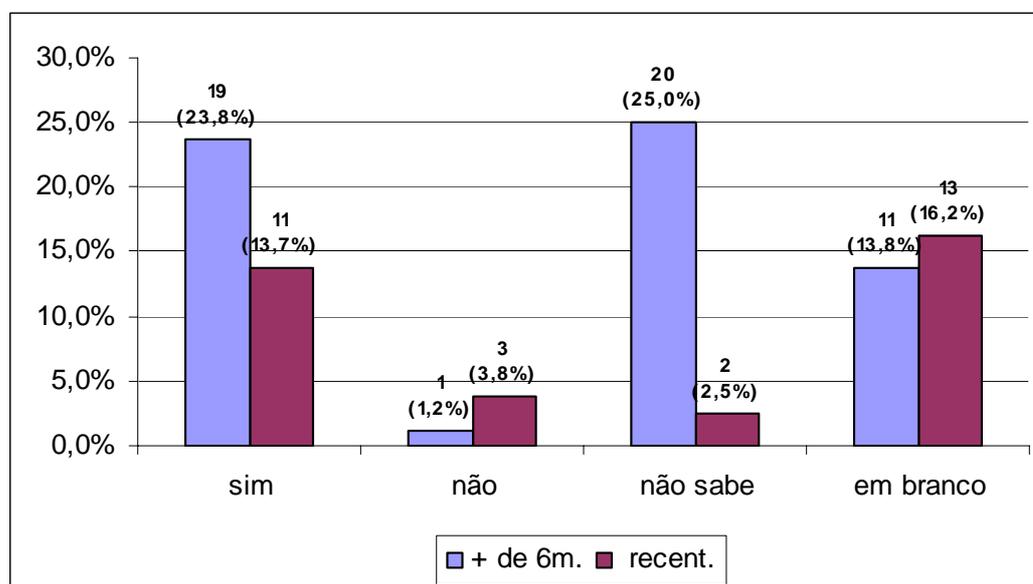
Os dados da figura 13 demonstram que vinte e quatro alunos (30,0%) do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses disseram não saber se esse princípio foi atendido.

Em relação, ao grupo que realizou o estágio recentemente, doze alunos (15,0%), afirmaram que esse princípio foi atendido. Porém, por outro lado, os resultados também indicam que a mesma quantidade de alunos do mesmo grupo deixaram a questão em branco.

Conforme discussão da figura anterior, através desses resultados, ressalta-se a nítida impressão de que os alunos desconhecem o termo e o conceito, levando com isso, a confusão em pontuar o atendimento desse e de praticamente todos os princípios.

De acordo com essas informações, vemos a importância da discussão anterior em ressaltar a formação de recursos humanos na área da saúde pautada nos princípios do SUS e nesse caso, especificamente em relação à equidade, que se refere à promoção da justiça quanto à atenção à saúde da população.

#### 14c) Resolutividade



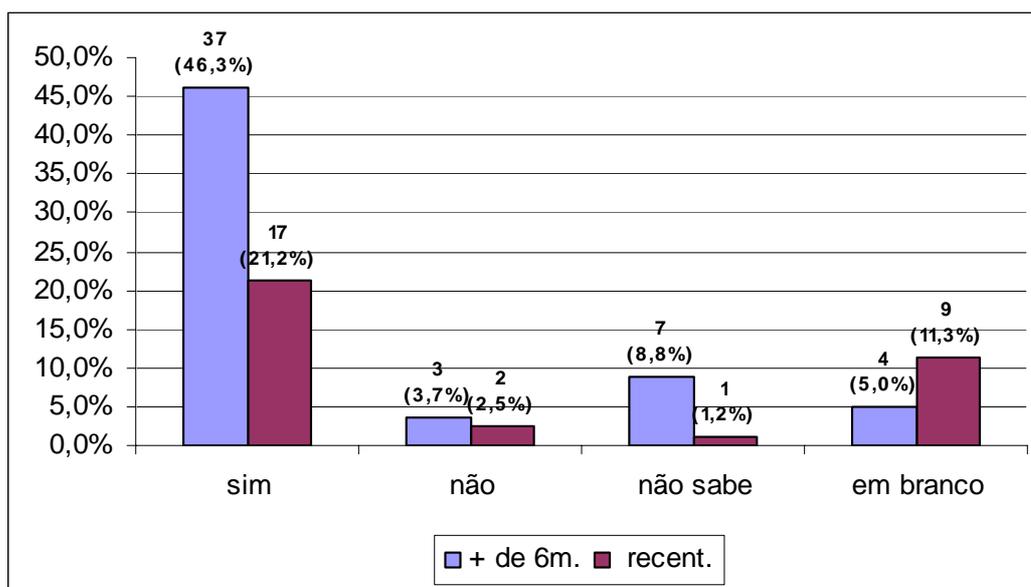
**Figura 14.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio resolutividade atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Conforme dados da figura 14, observa-se que vinte alunos (25,0%) do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses disseram não saber se este princípio foi atendido, porém, dezenove alunos (23,8%) do mesmo grupo, disseram que esse princípio foi atendido.

Em relação ao grupo que realizou o estágio recentemente, treze alunos (16,2%) deixaram a questão em branco, enquanto, onze alunos (13,7%) do mesmo grupo disseram que esse princípio foi atendido.

Em alguns casos, a resolutividade passa a ser alcançada a longo prazo, o que necessitaria de um maior tempo de vivência do aluno no estágio. Talvez seja essa a razão dos resultados apresentados, como também a dificuldade em conceituar o princípio por desconhecer o termo, conforme discussões evidenciadas anteriormente.

#### 14d) Trabalho em equipe



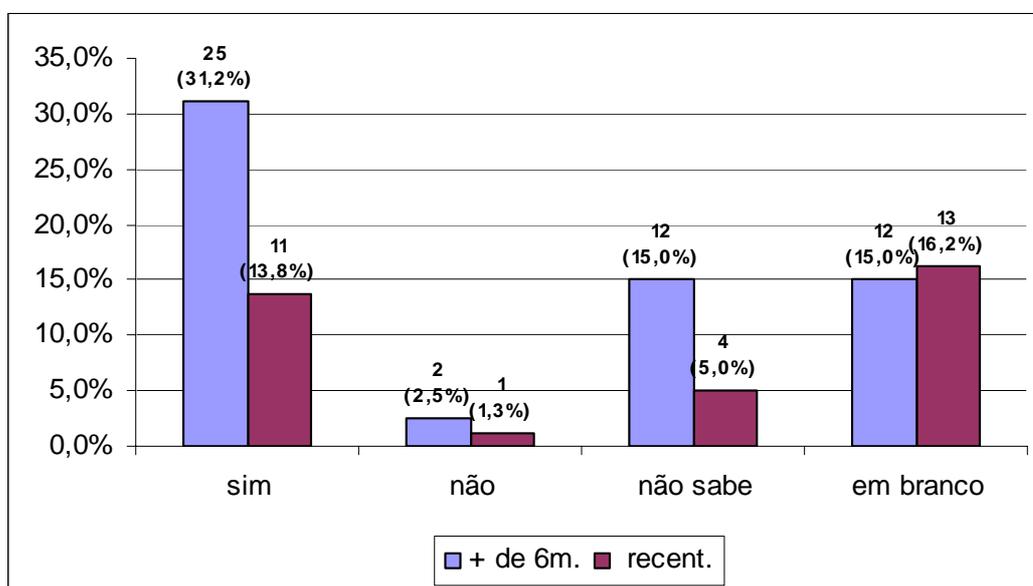
**Figura 15.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio trabalho em equipe atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Conforme resultados apresentados pela figura 15, observamos que os dois grupos foram unânimes em afirmar que o trabalho em equipe foi vivenciado durante a realização do estágio em Saúde Coletiva.

A opção para essa alternativa foi feita por trinta e sete alunos (46,3%), que realizaram o estágio há mais de 6 meses e dezessete alunos (21,2%) que realizaram o estágio recentemente.

Durante a realização do estágio de Saúde Coletiva, é fundamental a integração do aluno com a equipe da UBS. É necessário que o supervisor de estágio estimule e promova a participação do aluno na rotina da equipe por meio dos grupos, reuniões, visitas domiciliares, discussões de casos individuais e de família, o que contribuirá sobremaneira para formação desse futuro profissional e com isso aumentará a adesão do cliente ao tratamento e a assistência ampliada à família, levando a uma maior resolutividade.

#### 14e) Adesão do paciente



**Figura 16.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio adesão do paciente atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Conforme dados da figura 16, vinte e cinco alunos (31,2%) do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses disseram que houve adesão do paciente nas ações realizadas na UBS. Porém, os resultados também apontam que doze alunos (15,0%), do mesmo grupo, se dividiram em não saber e deixar a questão em branco.

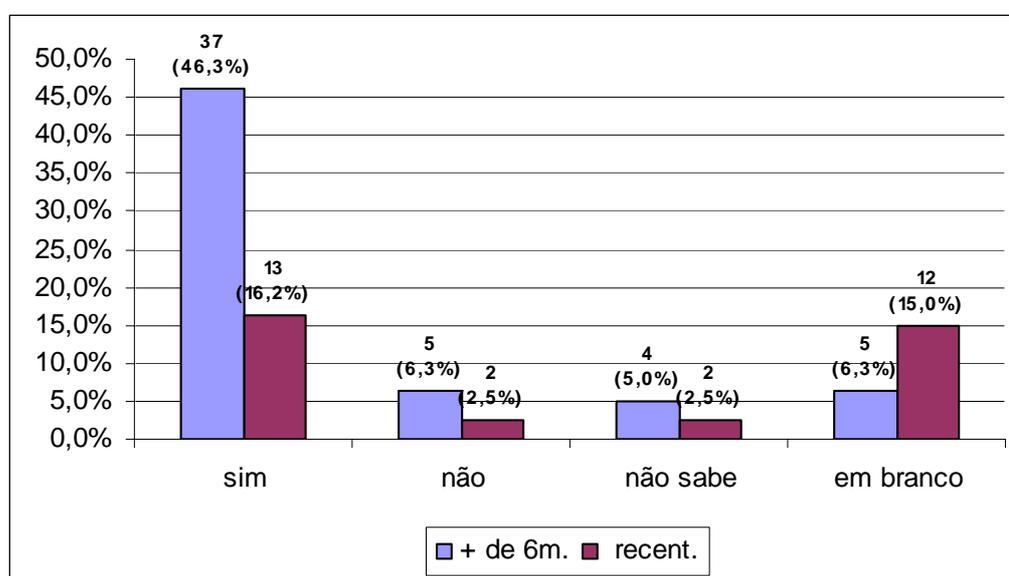
Na discussão das figuras 12,13 e 14, observa-se a mesma situação em relação ao percentual de respostas. Ao mesmo tempo, em que ambos os grupos evidenciam o atendimento desse princípio, eles também ressaltam não saber se houve atendimento do mesmo.

Conforme ressaltado na discussão anterior, sabemos que o trabalho integrado, em equipe, favorece a adesão do paciente ao tratamento proporcionando maior resolutividade.

Em relação aos resultados do trabalho em equipe, vimos que esse princípio foi contemplado pelos estagiários, o que nos faz acreditar que essa contraposição de opiniões seja devido ao desconhecimento do termo e dificuldade em conceituar para melhor entendimento da situação vivenciada no campo de estágio.

Diante do exposto, mais uma vez, torna-se importante ressaltar que se precisa urgente de uma nova perspectiva na formação desse futuro trabalhador a fim de possibilitar um melhor atendimento à população no tocante à qualidade dos serviços oferecidos.

#### 14f) Atuação na prevenção/promoção de saúde



**Figura 17.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio atuação na prevenção/promoção de saúde atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

A figura 17 aponta que, trinta e sete alunos (46,3%) do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses afirmaram o atendimento desse princípio. Em relação ao grupo que realizou o estágio recentemente, treze alunos (16,2%), relataram a mesma opinião, porém, doze alunos (15,0%) do mesmo grupo, deixaram a questão em branco.

Desde o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se buscado reorientar o modelo de atenção, enfatizando-se a atenção básica e a saúde familiar e não mais o modelo “hospitalocêntrico curativista”(NUNES, AMADOR e HEINECK, 2008).

Para prevenir problemas de saúde, o profissional se defronta com diferentes tipos de situação, em graus de complexidade também diferentes. A atuação preventiva exige que o profissional esteja apto a lidar não apenas com os problemas de saúde e como esses

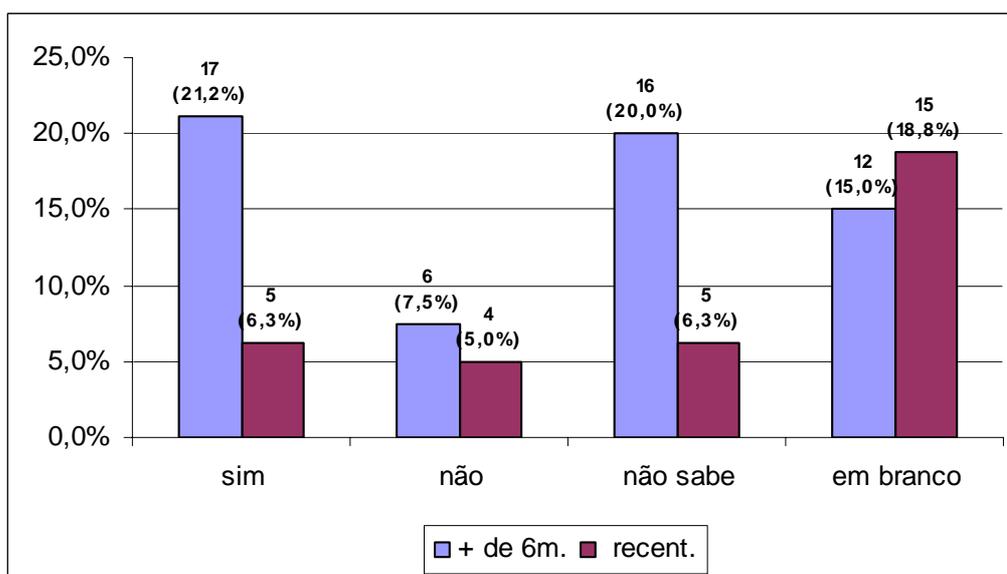
problemas se apresentam, mas com uma complexa rede de relações entre variáveis que determinam diferentes graus nas condições de saúde (MEDEIROS *et al*, 2001, p.177).

A prevenção tida a partir das ações preventivas que visam a melhorar a qualidade de vida da população é a melhor medida para se obter a Promoção da Saúde.

Temos que lidar com várias condições de risco da população para que possamos propor ações que contribuam para a promoção da sua saúde.

Também não podemos esquecer que as ações tidas à luz da promoção da saúde, geram redução de gastos, pois não estaremos trabalhando com a doença, mas sim com a saúde, e medidas para o alcance da promoção da saúde envolvem principalmente a conscientização da população sobre hábitos saudáveis de vida e como agir para se ter ao alcance a tão almejada saúde.

#### 14g) Visão do paciente como ser bio-psico-social



**Figura 18.** Distribuição frequencial relativa ao atendimento do princípio visão do paciente como ser bio-psico-social atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

De acordo com os dados da figura 18, dezessete alunos (21,2%) que realizaram o estágio há mais de 6 meses responderam que apresentaram uma visão do paciente como ser bio-psico-social durante as ações realizadas na UBS, enquanto que dezesseis alunos (20,0%) do mesmo grupo afirmaram não saber e doze alunos (15,0%) também do mesmo grupo, deixaram a questão em branco.

Em relação ao grupo que realizou o estágio recentemente, a maior parte dos alunos – quinze (18,8%) – deixaram a questão em branco.

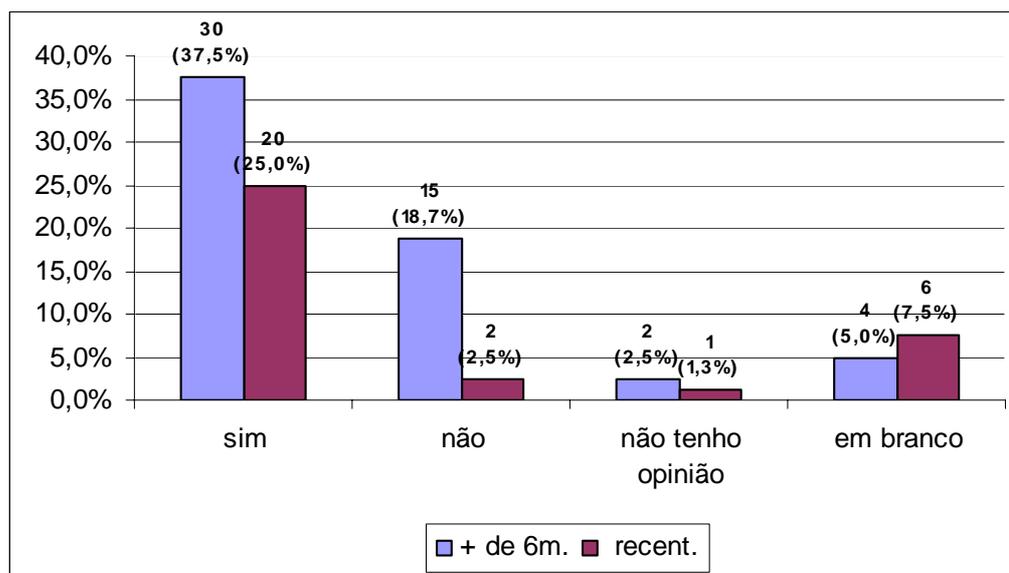
Ressaltamos desses resultados, dados preocupantes, onde o ideal seria um resultado unânime em apontar o paciente como um ser holístico, evitando com isso, um atendimento fragmentado e simplesmente tecnológico.

Deve-se lutar pela integralidade no interior da sala de aula, no contato com o usuário, nos serviços de saúde, na visita domiciliar, ou seja, em todos os espaços (MATTOS e PINHEIRO, 2004). Os profissionais devem buscar prestar um atendimento humanizado, com acolhimento em todas as situações e em todos os locais, fornecendo sempre uma resposta positiva e favorável ao bem-estar do usuário.

Para o profissional que irá atuar na saúde pública, faz-se necessário oportunizar a abordagem desta temática durante sua formação profissional, tendo em vista que o cumprimento deste princípio pode contribuir para garantir a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde, dotando-se as diversas fases da atenção, de cuidado e de relação de acolhimento entre profissional de saúde e usuário e ainda, para a consolidação política da promoção de saúde.

#### 4.2.19 Questão 16a: Durante o estágio em Saúde Coletiva:

Você observou **mudança** na **sua forma** de prestar **cuidados / orientações de enfermagem** às pessoas atendidas na UBS?



**Figura 19.** Distribuição freqüencial relativa à mudança na forma de prestar cuidados/orientações de enfermagem atribuída por estagiários, durante atendimento das pessoas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

Conforme resultados apontados pela figura 19, os dois grupos enfatizaram que houve mudança na forma de prestar cuidados/orientações de enfermagem para o paciente durante a realização do estágio. Do grupo que realizou o estágio há mais de 6 meses, trinta alunos (37,5%) apresentaram essa posição e do grupo que realizou o estágio recentemente, vinte alunos (25,0%).

Concluiu-se que o estágio de Saúde Coletiva provocou mudanças na maioria dos alunos, principalmente em relação ao aprendizado teórico e à vivência no campo de estágio, ao trabalho em equipe e às atividades desenvolvidas no contexto da Atenção Básica à Saúde. Com isso, espera-se ter proporcionado aquisições importantes para o exercício da profissão de técnico de enfermagem: habilidade e competência técnica, segurança, paciência e compromisso humanizado no atendimento aos pacientes.

### **4.3 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS COM A QUESTÃO DISSERTATIVA SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE**

#### 4.3.1 Categorias de Promoção de Saúde

4.3.1.1 Categoria Informação e Orientação – Respostas que enfatizam a informação e orientação como forma de conhecimento sobre a doença e cuidados a fim de preveni-la.

Como exemplos, temos:

*“É o que **vemos**, **ouvimos** sobre determinada doença...” (P1, 32anos, fem., +de 6m.)*

*“**Explicaria** os cuidados básicos para evitar as doenças.” (P59, em branco, em branco, recent.)*

*“É uma maneira de **orientar** e prevenir a população em geral das doenças....” (P29, 25anos, fem., +de6m.)*

*“**Orientaria** sobre os cuidados a serem seguidos...” (P65, 33anos, fem., recent.)*

Essa categoria surge como uma das estratégias para promover a saúde por meio da passagem de informação e orientação da equipe de saúde para o indivíduo/comunidade.

O principal enfoque é a educação em saúde na qual o profissional de saúde e usuário constroem juntos ações que resultem na promoção da saúde.

A Promoção da Saúde estabelece uma relação muito estreita com a Educação em Saúde, que nada mais é do que uma das estratégias para se obter saúde.

A educação não é um mero componente da Atenção Básica à Saúde. Antes disso, ela é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo, uma vez que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 1999, p. 30).

Uma ação considerada fundamental para a Promoção da Saúde é informar o público, outra linha de ação para a Promoção da Saúde é a capacitação dos profissionais que atuam junto à população. Esses profissionais precisam ser capacitados para que forneçam informações relevantes, atualizadas e passíveis de serem seguidas (BRASIL, 2002).

**4.3.1.2 Categoria Comunidade** – Respostas que revelam que a promoção de saúde ocorre mediante a prevenção, através de campanhas para a comunidade.

Como exemplos, temos:

*“... prevenir doenças, partindo do princípio do conhecimento da organização da **comunidade** em que atuo.” (P26, 45anos, fem., +de6m.)*

*“... fazer campanhas com a **comunidade**...” (P27, 20anos, masc., +de6m.)*

*“É uma maneira de orientar e prevenir a **população** em geral das doenças....” (P29, 25anos, fem. +de6m,)*

Na categoria comunidade, surge a necessidade de estar claro que todo o indivíduo está inserido numa comunidade e para se promover a saúde não podemos esquecer o meio social em que ele está inserido.

Atualmente, com o conceito ampliado de saúde, fica clara a necessidade de proporcionar ao indivíduo uma comunidade com acesso à saúde, educação, lazer, moradia entre outros, nunca esquecendo a importância do meio em que o usuário está inserido para que consigamos promover sua saúde.

A Promoção de Saúde enfoca os aspectos que determinam o processo saúde-doença, ou seja, o cenário social – violência, desemprego, falta de saneamento básico, dificuldade de acesso à educação, fome, problemas relativos à habitação, entre outros – e potencializa formas ampliadas de intervir em saúde.

Já a comunidade, por meio da participação popular organiza suas escolhas e cria novas possibilidades no processo de construção da saúde, por ser partícipe deste “locus social”, que determina suas condições de saúde.

**4.3.1.3 Categoria Visão Holística (Integralidade)** – Repostas que apontam a necessidade de assistir o indivíduo de forma integral a fim de se promover a sua saúde.

Como exemplo, temos,

*“...ver o cliente **como um todo.**” (P68, 26anos, fem., recent.)*

*“...tratar o paciente **como um todo...**” (P73, 20anos, masc., recent.)*

*“Ver o indivíduo **como um todo...**” (P76, 24anos, fem., recent.)*

No contexto constitucional, o SUS está comprometido com a integralidade da atenção à saúde. Porém, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, resultando no aumento da responsabilidade do SUS com a qualidade da atenção e do cuidado.

A integralidade implica para além das estratégias de Promoção de Saúde da população, ampliando seu campo para escuta dos profissionais que atuam nos serviços de

saúde e sua relação com os usuários, numa visão de acolhimento e humanização, sempre valorizando a força que ambos possuem na busca de melhores condições de saúde por meio da construção de estratégias para organização do trabalho sanitário.

Compreendendo a Integralidade no seu sentido mais amplo, para além da garantia de assistência em outros níveis de atenção, a coordenação municipal e as equipes de saúde da família devem buscar junto a outros setores sociais a complementaridade necessária às suas ações e práticas, visando a atender aos requisitos essenciais da promoção de saúde (BRASIL, 2005).

Para o profissional que irá atuar na saúde pública faz-se necessário oportunizar a abordagem desta temática durante sua formação profissional, tendo em vista a importância da abordagem integral do usuário e profissional de saúde para consolidação política da promoção de saúde.

**4.3.1.4 Categoria Auto-cuidado** – Repostas apontam o empoderamento do usuário como responsável pela promoção da sua saúde.

Como exemplos, temos:

*“...prevenção e o **cuidado** que cada um deve ter com a **própria saúde**.” (P38, 19anos, fem., +de6m.)*

*“É a forma de educar para promover, **cuidar da saúde**...” (P44, 25anos, fem., +de6m.)*

*“É quando você ajuda, ou melhor, auxilia na explicação de **como se cuidar**...” (P80, 32anos, fem., recent.)*

Como observamos nas falas acima, a questão da autonomia se refere ao empoderamento para tomada de decisão sobre a sua saúde. Seria, efetivamente, a participação social do usuário do SUS sobre sua saúde.

Os aspectos relativos à questão da gestão participativa são fundamentais para ampliar o processo democrático no âmbito da saúde. Democracia é saúde. Neste sentido, um

exemplo tem sido o processo de reforma sanitária brasileira que tem contemplado a participação popular como um fator marcante.

A exigência da constituição dos conselhos de saúde no âmbito do SUS tem demonstrado ser um importante instrumento de empoderamento da comunidade através da temática da organização dos serviços de saúde.

Estratégias de empoderamento da comunidade supõem, entre outras iniciativas, a educação para cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo que envolve diagnóstico, planejamento e execução de projetos e iniciativas sociais que visem à promoção da saúde.

O empoderamento para Teixeira (2002), tradução do conceito “empowerment” faz parte do campo de ação da promoção à saúde – reforço da ação comunitária/participação comunitária. Conforme a mesma autora, vários teóricos que trabalham com empoderamento o definem como habilidade de pessoas conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para agir de modo a melhorar sua situação de vida.

Com isso, ressalta-se a importância do indivíduo ser reconhecido como ator social e como co-responsável pelas suas condições de saúde. A política de Promoção à Saúde para ser realmente efetiva deve contar também com a participação do usuário sobre suas condições de vida. O profissional de saúde passa a ser coadjuvante neste cenário, contribuindo por meio da educação em saúde para a conscientização deste indivíduo.

**4.3.1.5 Categoria Prevenção** – Repostas que apontam a percepção dos alunos de atuarem de forma precoce visando à prevenção da doença e assim promovendo a saúde.

Como exemplos, temos:

“...é a **prevenção** das doenças.” (P32, em branco, fem., +de6m.)

“... é uma forma de **prevenir** doenças.” (P37, 18anos, fem., +de6m.)

“...é uma **prevenção**...” (P66, 21anos ,fem. ,recent.)

Como observamos nas falas acima, essa atuação seria no sentido de antever situações para evitar a evolução da doença, assim, a Promoção da Saúde está diretamente ligada às questões preventivas.

Segundo pudemos perceber no entendimento destes alunos, os termos prevenção e promoção de saúde são freqüentemente confundidos pelos alunos e profissionais que atuam na área da saúde, pois promover a saúde do indivíduo/comunidade diz respeito a procurar “[...] identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo de saúde-doença, e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Já a prevenção das doenças buscaria que os indivíduos ficassem isento das mesmas” (BUSS, 2005, p. 33). Ou seja, a promoção de saúde busca proporcionar condições para que o indivíduo tenha saúde, já prevenção diz respeito à intervenção precoce com a finalidade de se evitar a doença.

Não podemos esquecer que esta confusão gerada entre promoção e prevenção vem desde 1965 com base em Leavel & Clark (1976), pois abordaram a história natural das doenças, em que a promoção da saúde estava ligada à prevenção primária.

Deste ponto de vista faz-se necessário, durante a formação, colocar o aluno em contato com a história da atenção à saúde, dando maior ênfase na história da promoção à saúde com a finalidade de proporcionar um maior entendimento a fim de embasar sua atuação como futuro profissional.

Para prevenir problemas de saúde, o profissional se defronta com diferentes tipos de situação, em graus de complexidade também diferentes. A atuação preventiva exige que o profissional esteja apto a lidar não apenas com os problemas de saúde e como esses problemas se apresentam, mas com uma complexa rede de relações entre variáveis que determinam diferentes graus nas condições de saúde (MEDEIROS *et al*, 2001, p.177).

A prevenção tida a partir das ações preventivas que visam a melhorar a qualidade de vida da população é a melhor medida para se obter a Promoção da Saúde. Porém este tema é amplamente confundido, tido apenas como medidas preventivas simples que devem ser tomadas para se evitar doenças ou conseqüências mais graves em decorrência do adoecimento. E não é esta a proposta que esperamos ser desenvolvida por esses alunos em sua futura vida profissional. E é nesse momento que ressaltamos a urgência em rever a atuação docente com vistas à formação deste futuro profissional da área da Saúde.

Temos que lidar com várias condições de risco da população para que possamos propor ações que contribuam para a promoção da sua saúde.

Também não podemos esquecer que as ações tidas à luz da promoção da saúde geram redução de gastos, pois não estaremos trabalhando com a doença, mas sim com a

saúde, e que medidas para o alcance da promoção da saúde envolvem principalmente a conscientização da população sobre hábitos saudáveis de vida e como agir para se ter ao alcance a tão almejada saúde.

#### **4.3.1.6 Categoria Intervenção (cuidados/técnicas/procedimentos de enfermagem)** –

Repostas que enfatizam o ato de intervir em determinadas situações com a finalidade de promover a saúde.

Como exemplo, temos:

*“...quando o cliente é admitido na unidade de saúde precisando de ajuda e (lhe) digo, é traçado um **plano de cuidado**...” (P11, 22anos, masc., +de6m.)*

*“O **cuidado** e prestação de serviço à população...” (P19, 19anos, fem., +de6m.)*

*“...atividades sobre a Enfermagem **técnicas novas**...” (P20, em branco, fem., +de6m.)*

Como podemos observar nas falas acima, Promoção de Saúde seria atuar precocemente evitando a evolução da doença e conseqüentemente o adoecimento do indivíduo. Estas falas dos alunos nos remetem a uma preocupação já iniciada desde a transcrição destes questionários. É ainda a visão da saúde como ausência de doença e a visão da promoção de saúde como apenas prevenção de doenças, conforme discutimos mais profundamente na categoria prevenção.

Isto enfatiza a necessidade de pesquisas nesta área e de divulgação da política de promoção à saúde com a finalidade de superarmos o modelo biomédico vigente. A intervenção deve ser vista como ações que façam parte da educação em saúde da população como proposta para promoção da saúde.

As intervenções devem ser ações e serviços que ultrapassem os limites da Unidade de Saúde e do sistema de saúde, para que o futuro profissional de saúde possa intervir sobre as condições de vida da população e favorecer escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e comunidade.

**4.3.1.7 Categoria Qualidade de Vida (bem-estar)** – Repostas que apontam a qualidade de vida como um dos fatores para se obter saúde.

Como exemplos, temos:

“...É a promoção de hábitos saudáveis, boa higiene...” (P10, 20anos, fem., +de6m.)

“...é o bem-estar das pessoas...” (P28, 21anos, fem., +de6m.)

“...oportunidade de melhor qualidade de vida...” (P69, 37anos, fem., recent.,)

Observamos nas falas acima que, a partir do momento em que é possível promover o bem-estar e a qualidade de vida, consegue-se promover a saúde. Ressaltamos que esta categoria pode ser observada, pois temos a Promoção de Saúde associada ao conceito ampliado de saúde, trazendo a qualidade de vida como um dos itens necessários para se obter saúde.

Na base do processo de criação do SUS encontra-se o conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, o SUS como política, preza a melhoria da qualidade de vida e a afirmação do direito à vida e à saúde de todo o cidadão brasileiro, o que corresponde à política de promoção à saúde. O conceito de qualidade de vida está relacionado a vários aspectos, como: moradia, transporte, alimentação, lazer, autonomia profissional, liberdade, segurança financeira entre outros, itens que estão contemplados no conceito ampliado de saúde.

Concluimos neste caso que a Promoção de Saúde está estreitamente ligada à Qualidade de Vida – que é contemplada no conceito ampliado de saúde, tendo em vista que busca melhorias na vida da população tanto em relação ao acesso aos bens e serviços, quanto à saúde. No SUS, a estratégia de Promoção à Saúde é tida como possibilidade de enfoque dos aspectos que determinam o processo saúde-doença, neste caso ligado também à qualidade de vida.

Um dos maiores desafios para o setor saúde no Brasil é fazer com que a busca de uma vida mais saudável seja incorporada e possibilitada no cotidiano de todos. Promover saúde é melhorar as condições de vida das pessoas, é procurar tanto aumentar os fatores de proteção quanto reduzir os riscos que certos estilos de vida impõem (BRASIL, 2002).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos, acabamos por identificar uma nova demanda: a necessidade de constante atualização e capacitação dos formadores de profissionais da área da saúde, principalmente no tocante ao ensino voltado para a atuação na Promoção da Saúde e à importância da superação do modelo de assistência ainda tão forte em meio aos comentários dos futuros profissionais da saúde que fizeram parte desse estudo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gerido a partir da década de 70, quando vivíamos sob a ditadura militar.

Este processo da Reforma Sanitária pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. O SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução da desigualdade.

Uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas principalmente, concentrar-se no usuário como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado. As práticas holísticas devem ser disponibilizadas como alternativa de cuidado à saúde. A humanização do cuidado deve orientar todas as intervenções.

Deve-se enfrentar o desafio de superar barreiras legais que dificultam a combinação da agilidade e eficiência da gestão com a vinculação regular dos trabalhadores do SUS, de modo a evitar não apenas a burocracia, mas também a precarização, privatização e terceirização das relações de trabalho do SUS. Trata-se de enfrentar esses problemas inadiáveis com a formulação e implementação de políticas articuladas entre os setores da saúde e educação, para assegurar que a oferta da formação técnica na área da saúde corresponda às necessidades demandadas pelo mercado de trabalho.

Medidas voltadas para a formação de profissionais da saúde com base nas necessidades e direitos da população têm papel essencial na implementação do conjunto dos

princípios e diretrizes do SUS e do novo modelo de atenção à saúde. O estabelecimento de prioridades e metas é um componente imprescindível para o planejamento efetivo e a responsabilização por seu cumprimento por parte da Instituição formadora.

No Brasil, estamos evoluindo para um consenso de que se faz necessário uma mudança no modelo assistencial predominante e uma reordenação do sistema de saúde.

Para atender às atuais exigências deste mundo globalizado, excludente e preparar-se para o futuro, o profissional da área da saúde precisa ser capaz de identificar situações novas, de auto-organizar-se, de tomar decisões, de interferir e contribuir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe numa perspectiva interdisciplinar, além de contribuir na resolução de problemas que surgem no seu cotidiano.

Deve-se pensar também na visualização de espaços sociais que proporcionem ao aluno condições de desenvolver estas práticas de saúde, como escolas, creches, domicílio, comunidade, empresas, além do ambiente hospitalar e de saúde coletiva.

A educação profissional de nível médio para Enfermagem requer uma revisão e superação de estilos de pensamento e pressupostos da área, na tentativa de atender as demandas requeridas pelo mercado de trabalho atualmente.

Para tanto, sugiro uma reflexão por parte das Instituições formadoras de profissionais de nível médio de Enfermagem no sentido de buscar respostas a questionamentos como: Quem é este profissional? Que profissional pretendemos formar? O que o mercado busca hoje no Técnico em Enfermagem? Que expectativas este aluno tem em relação à sua formação profissional? E qual o papel deste futuro profissional na contribuição para a consolidação do SUS e Promoção da Saúde da população?

Para isto as instituições formadoras devem preparar este futuro profissional para exercitar suas funções mentais (conhecimento), cognitivas (habilidades) e sócio-afetivas (valores) com a finalidade de promover a autonomia, adquirir novos conhecimentos, habilidades e valores, para que consiga enfrentar situações inusitadas com dinamismo, flexibilidade e criatividade, compreendendo as situações demandadas pelo modelo atual de saúde vigente.

O Exercício profissional da Enfermagem ainda é, na sua maioria, realizado no ambiente hospitalar, com vistas ao modelo biomédico hegemônico no país. Porém, frente à complexidade das Políticas Públicas e os avanços e recursos do Sistema Único de Saúde, a Enfermagem vive uma situação contraditória. Por um lado, uma parte dos profissionais de nível médio de Enfermagem continua contribuindo com o modelo ainda vigente de forma

verticalizada, por outro lado, outros profissionais buscam construir o SUS e compensar as falhas do modelo hospitalocêntrico, curativo.

Este último grupo é que propomos continuar formando, com vistas à Promoção da Saúde; são profissionais capazes de produzir discussões, reflexões e que participem das tomadas de decisões que favoreçam e fortaleçam o SUS, que busquem a superação e adoção de novos paradigmas centrados no cuidado de Enfermagem de forma integral para promoção da qualidade de vida, e com isso a Promoção da Saúde, buscando uma perspectiva promissora: o cuidado como ação terapêutica da Enfermagem.

Sendo assim, nosso maior desafio é contribuir para a concretização na prática de um processo de formação que institucionalize novos fundamentos na práxis da Enfermagem: o cuidado integral, com vistas a fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS. Proponho um norte ao caminhar desta jornada: a proposta da Promoção da Saúde numa perspectiva de educação em saúde para que o usuário do SUS passe a participar da ação assistencial.

Estas são as contribuições que deixo, sempre acreditando no importante e diferenciado papel que a Enfermagem desempenha e pode desempenhar muito mais para a Promoção da Saúde, tornando possível este sonho da consolidação do Sistema Único de Saúde.

Todos podemos contribuir para a realização da mudança de paradigma e superação do modelo biomédico vigente. Para isso, basta acreditarmos que temos força e com a nossa união teremos uma saúde melhor, uma população com qualidade de vida e mais feliz, enfim um país melhor.

Aos profissionais da área da saúde ressalto: inquietem-se, não vamos nos acomodar e aceitar passivamente a realidade imposta. Vamos estudar, pesquisar e provar que, por meio do conhecimento, nosso trabalho será cada vez mais reconhecido e valorizado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 4024 de 20 de dezembro de 1961. Fixa as diretrizes e bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 1961.

BRASIL. Lei n. 5692 de 11 de agosto de 1971. Fixa as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 ago. 1971.

BRASIL. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273-5.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Estabelece a Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990. Seção 1, p. 18055-9.

BRASIL. Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833-41.

BRASIL. Resolução n. 07/77. Institui a habilitação de técnico e de auxiliar de enfermagem ao nível do 2º grau. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 abril 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Panamericana de Saúde. **Proposta de diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área da Saúde**. Brasília, MS/ MEC/ OPAS, 27 de abril de 1999a, mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos para Saúde**. Brasília: SPS/ CGDRH/ SUS, 1999b, mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde: O desafio de construir e implementar políticas de saúde**. Relatório de gestão 2000-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde: Projeto Promoção da Saúde**. As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento do SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Documento Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-38.

CARNEIRO, M. A. **LDB fácil: leitura crítico-compreensiva: artigo a artigo.** Petrópolis: Vozes, 1998. p.105-10.

CARVALHO, A. I. de. **Política de saúde e organização setorial do país.** Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 1998, mimeo.

COELHO, C. A. G. **Proposta pedagógica: o campo de ação.** Brasília: MS/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. (Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem, módulo 5).

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia.** Saberes necessários à prática educativa. 31ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2005.p. 22

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

INNOCENZO, M. D. **O desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem em organizações hospitalares: um estudo dos hospitais gerais de grande porte no Município de São Paulo.** [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Administração de Empresas de São Paulo/ Fundação Getúlio Vargas, 1994.

KILDDER, L. H. (Org). **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais.** 2.ed. brasileira. Orgs: José R. Malufe e Bernadete A. Gatti. SP: EPU, 1987.

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, A. L.; MARTINES, W. R. V. Anais: Enfermagem e reabilitação psicossocial: vislumbrando o exercício de cidadania do doente mental. In: LABATE, R. C. (org.). **Caminhando para a assistência integral**. 5º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental; 4º Encontro de especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 1998. abril 29-30; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: Scala; 1998. p.107-16.

MANDÚ, E. N. T. *et al.* **Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, jan-mar; 17(1): 131-40, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E., M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2005.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2004.

MEDEIROS, *et al.* **Construção de Competências em Enfermagem**. Caxias do Sul: EDUCS, 2001. p.177.

MELO, C. O. de *et al.* **O papel do Agente Comunitário de Saúde como mediador no processo de transferência de informação**. In: IX ENANCIB, São Paulo: USP, 2008.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário. A produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 233-300.

MEYER, D. E.; GASTALDO, D. **Qualificação profissional do auxiliar de enfermagem: um conflito entre a formação e a realidade profissional**. Ci. Cult. v. 41, n. 2, p. 171-76, 1989.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed., São Paulo: Hucitec Abrasco, 1998.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC. **Referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico: introdução**. Brasília (DF), 2000a.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC. **Referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico: Área profissional: Saúde**. Brasília (DF), 2000b.

NARCHI, N. Z. **Cursos Técnicos de Enfermagem: avaliação da estrutura escolar, da operacionalização curricular e da disciplina materno-infantil.** [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 1994.

NUNES, C. C.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. **O Medicamento na Rotina de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília em Porto Alegre, RS, Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.1, p. 85-94, 2008.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem – uma abordagem ético-legal.** São Paulo: LTR, 1999.

OLABUÉNAGA, J. I. R.; ISPIUZA, M. **La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa.** Bilbao: Universidade de Deusto, 1989.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem.** Rio de Janeiro: Julio C. Reis, 1979.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PORTO, A.; PONTE, C. F. **Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2): 725-42, 2003.

RAMOS, M. N. **Qualificação, competências e certificação: visão educacional.** Formação. 2001; 1 (2): 17-26.

ROSA, C. A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividades, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-68.

SALERNO, V. L. Doenças relacionadas ao trabalho. In: CARVALHO, G.M. de. **Enfermagem do Trabalho.** São Paulo: EPU, 2001. p. 247-67.

SANTOS, I.; CHRISTÓFARO, M. A. C. **A formação do trabalhador da área de Saúde.** In: Divulgação, n.14, p.48-52, ago. 1996.

SAKATA, K. N. *et al.* **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília nov-dez; 60(6): 659-64, 2007.

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Deliberação CEE n. 25/77**. Estabelece normas para a formação do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 12 out. 1977.

TEIXEIRA, C. F. *et al.* **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2002.

TORRES, *et al.* **Imergindo na ação pedagógica em saúde/ enfermagem/** Brasília: MS/ Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. p.13-6. (Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: enfermagem, módulo 9)

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 30.

WATSON, J. **Nursing**: The philosophy and science do caring. Boston, Brown, 1979. p. 85.

WATSON, J. **Nursing**: Human science and human care, A theory of nursing. New York, Appleton – Century – Crofts, 1985.

YAREMKO, R.K., HARARI, H., HARRISON, R.C., & LYNN, E. Handbook of research and quantitative methods in psychology. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1986 apud GUNTHER, H. Como elaborar um questionário. In: PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: Lab. PAM; IBAPP, 1999. p. 231-258.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## APÊNDICE A – Convite para participação na pesquisa

### CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Em primeiro lugar, gostaria de esclarecer o porquê do questionário. Ao longo de alguns anos, atuando como coordenadora de um Curso Técnico de Enfermagem, desenvolvi uma série de questionamentos sobre estágios profissionalizantes na área de promoção de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde. A escassez da literatura sobre a educação profissional em enfermagem e a relevância dessa temática em um mundo em constante transformação me fazem acreditar que o conhecimento das concepções e percepções sobre questões relativas à Promoção de Saúde, apresentadas por futuros técnicos de enfermagem, podem subsidiar mudanças que se façam necessárias no processo de formação destes profissionais. Esse é o objetivo do meu estudo.

Assim sendo, agradeceria muito a sua contribuição, respondendo cuidadosamente este questionário. **Ao respondê-lo, você estará aceitando participar deste estudo, porém, é preciso que fique claro que a sua participação é totalmente voluntária, isto é, você só deve responder o questionário se quiser, e também não precisa identificar-se.**

Caso não se sinta à vontade para responder alguma pergunta, poderá pulá-la. Se não se sentir à vontade para responder ao questionário, por favor, devolva-o em branco ao final da aplicação coletiva. Gostaria que você fosse sincero(a) em todas as suas respostas, pois elas podem ajudar a oferecer melhores condições de ensino e saúde às pessoas. Você pode utilizar o verso da folha para as respostas que ultrapassarem o espaço em branco. Apenas identifique à qual questão corresponde a resposta. Quando terminar de responder o questionário, deposite-o na caixa lacrada identificada com a etiqueta “**Questionários**”.

Ao final da análise dos questionários, os resultados serão apresentados e discutidos com todos os participantes. Muito Obrigada.

Fernanda A. Novelli Sanfelice

Pesquisadora responsável

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Se você respondeu o questionário e aceita participar da pesquisa, leia o parágrafo abaixo e após assinar, destaque esta folha e coloque na urna identificada com a etiqueta “**Consentimento para participar da pesquisa**”.

**Concordo em participar do projeto de pesquisa em questão, tendo recebido todas as informações sobre o caráter voluntário da minha participação, ou seja, sem que tenha sido submetido(a) a qualquer forma de pressão.**

---

Assinatura

## APÊNDICE B – Questionário

1) **Idade:**

2) **Sexo:**

1- Masculino ( )      2- Feminino ( )

3) **Período de realização** do Estágio em Saúde Coletiva: Início: Mês: \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Término: Mês: \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

4) **Instituição(ões)** onde **realizou** o Estágio e carga horária total realizada em cada instituição:

---

---

---

---

5) Se tivesse que **explicar** para alguém **o que é Promoção de Saúde**, como você explicaria?

---

---

---

---

6) Se tivesse que **explicar** para alguém qual a **relação** entre **Saúde Coletiva** e **Promoção de Saúde**, como você explicaria?

---

---

---

---

7- Em sua opinião, **quais as ações** a serem realizadas pelo Técnico de Enfermagem que **atua** na área de **Saúde Coletiva**, em Unidades Básicas de Saúde (UBS)?

---

---

---

---

8 - Entre as **ações de Promoção de Saúde** desenvolvidas nas UBS, por técnicos de enfermagem:

8a) qual(is) mais **desperta(m)** seu interesse ? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

8b) qual(is) **não** desperta(m) seu interesse ? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

9) Na sua opinião, o **aprendizado teórico** sobre Saúde Coletiva e a **vivência do estágio** em uma UBS contribuem para a **formação** do Técnico de Enfermagem:

1- muitíssimo ( )

2- muito ( )

3- mais ou menos ( )

4- um pouco ( )

5- nada ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

10) Considerando sua **vivência** como **estagiário** e suas **observações** na UBS:

10a) Como você definiria o **nível de integração** entre o **conteúdo teórico** e as **ações** desenvolvidas por estagiários técnicos de enfermagem.

1- altíssimo ( )

2- alto ( )

3- médio ( )

4- baixo ( )

5- inexistente ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

10b) Você diria que as **ações** desenvolvidas por estagiários técnicos de enfermagem durante o estágio de Saúde Coletiva, se caracterizaram, em sua maioria, como **curativas** ou **preventivas** ?

---

10c) Na sua opinião, **por que** isto ocorreu ?

---

---

---

---

11) Você considera que uma **boa integração** entre os estagiários e a equipe da UBS é **importante** para a **formação** do Técnico de Enfermagem ?

1- Sim ( )      2 - Não ( )      3- Não tenho opinião ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

12- Na sua opinião:

12a) quais são os **fatores** que podem **facilitar** a **integração** do estagiário com a equipe de Saúde na UBS? De que modo eles facilitam a integração?

---

---

---

---

12b) quais são os **fatores** que podem **dificultar** a **integração** do estagiário com a equipe de Saúde na UBS? De que modo eles **dificultam** a integração ?

---

---

---

---

13) Abaixo estão listadas **atividades** desenvolvidas no contexto da **Atenção Básica à Saúde** por estagiários técnicos de enfermagem. Assinale o **nível de importância** que, na sua opinião, cada uma delas tem na **formação** deste profissional de saúde.

13 a) **visita domiciliar.**

1- muitíssimo ( )

2- muito ( )

3- mais ou menos ( )

4- um pouco ( )

5- nada ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

13 b) **atividades educativas:** grupos, palestras, ações junto à comunidade

1- muitíssimo ( )

2- muito ( )

3- mais ou menos ( )

4- um pouco ( )

5- nada ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

13c) **participação nas imunizações de rotina e nas campanhas.**

1- muitíssimo ( )

2- muito ( )

3- mais ou menos ( )

4- um pouco ( )

5- nada ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

**13d) participação nos programas de saúde ocupacional.**

1- muitíssimo ( )

2- muito ( )

3- mais ou menos ( )

4- um pouco ( )

5- nada ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

**13e) participação nos casos de notificação compulsória e nas ações de vigilância epidemiológica.**

1- muitíssimo ( )

2- muito ( )

3- mais ou menos ( )

4- um pouco ( )

5- nada ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

**13f) assistência de enfermagem em condutas terapêuticas imediatas.**

1- muitíssimo ( )

2- muito ( )

3- mais ou menos ( )

4- um pouco ( )

5- nada ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

**13g) discussão de casos e atuação em saúde mental.**

1- muitíssimo ( )

2- muito ( )

3- mais ou menos ( )

4- um pouco ( )

5- nada ( )

Justifique sua resposta:

---

---

---

---

14) Na sua opinião, as **ações** realizadas pelos **estagiários** técnicos de enfermagem na UBS atendem aos **princípios** da **atenção básica à saúde**, como:

14a) **Universalidade.**

1- sim ( )

2- não ( )

3- não sabe ( )

Como podemos observar o atendimento deste princípio?

---

---

---

---

14b) **Equidade.**

1- sim ( )

2- não ( )

3- não sabe ( )

Como podemos observar o atendimento deste princípio?

---

---

---

---

14c) **Resolutividade.**

1- sim ( )

2- não ( )

3- não sabe ( )

Como podemos observar o atendimento deste princípio?

---

---

---

---

14d) **Trabalho em equipe.**

1- sim ( )

2- não ( )

3- não sabe ( )

Como podemos observar o atendimento deste princípio?

---

---

14e) **Adesão do paciente.**

1- sim ( )

2- não ( )

3- não sabe ( )

Como podemos observar o atendimento deste princípio?

---

---

---

14f) **Atuação na prevenção/promoção de saúde.**

1- sim ( )

2- não ( )

3- não sabe ( )

Como podemos observar o atendimento deste princípio?

---

---

---

14g) **Visão do paciente como ser bio-psico-social.**

1- sim ( )

2- não ( )

3- não sabe ( )

Como podemos observar o atendimento deste princípio?

---

---

---

15) Um dos pilares estruturantes do movimento da Promoção de saúde é a **educação em saúde**. Como você define este conceito? Dê exemplos de **ações** que podem ser desenvolvidas em uma **UBS** e nas quais a **importância** da educação em saúde pode ser evidenciada.

---

---

---

16) Durante o estágio em Saúde Coletiva:

16a) você observou **mudança** na **sua forma** de prestar **cuidados / orientações de enfermagem** às pessoas atendidas na UBS ?

1- sim ( )

2- não ( )

3- não sabe ( )

16b) Que tipo de mudança ?

---

---

16c) Na sua opinião quais fatores explicam estas mudanças ?

---

---

---

---

17) Há algum termo usado neste questionário que você não entendeu? Se sim, Qual (quais)?

---

---

---

18) Há algum comentário que você gostaria de fazer em relação aos temas deste questionário?

---

---

---

---

**Mais uma vez, agradeço a sua participação.**

## APÊNDICE C – Tabelas com resultados das questões de múltipla escolha

**Tabela 1.** Distribuição freqüencial dos graus de importância atribuídos ao aprendizado teórico e a vivência do estágio de Saúde Coletiva sobre a formação profissional do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio, 2008

período grau de importância	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
mutissimo	21	26,2	18	22,5	39	48,7
muito	22	27,5	8	10,0	30	37,5
mais ou menos	4	5,0	3	3,8	7	8,8
um pouco	4	5,0	0	0,0	4	5,0
nada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 2.** Distribuição freqüencial das respostas relativas ao nível de integração entre o conteúdo teórico e as ações desenvolvidas no estágio em Saúde Coletiva, segundo período de realização do estágio, 2008

nível	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
altíssimo	5	6,2	4	5,0	9	11,2
alto	8	10,0	13	16,3	21	26,3
médio	32	40,0	5	6,2	37	46,3
baixo	5	6,2	3	3,8	8	10,0
inexistente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
em branco	1	1,2	4	5,0	5	6,2
soma	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 3.** Distribuição freqüencial das classificações dos tipos de ações desenvolvidas no estágio de Saúde Coletiva, segundo período de realização do estágio, 2008

tipos de ações	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
Curativas	34	42,5	13	16,2	47	58,7
Preventivas	7	8,8	4	5,0	11	13,8
As duas	7	8,8	5	6,2	12	15,0
Em Branco	3	3,7	7	8,8	10	12,5
Total	51	63,8	29	36,2	80	100,0

**Tabela 4.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à integração entre estagiários e a equipe da UBS, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

integração	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
Sim	48	60,0	28	35,0	76	95,0
Não	1	1,2	1	1,3	2	2,5
Não tenho Opinião	2	2,5	0	0,0	2	2,5
Total	51	63,7	29	36,2	80	100,0

**Tabela 5.** Distribuição freqüencial da importância atribuída ao desenvolvimento da visita domiciliar por estagiários, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

importância	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
Muitíssimo	25	31,2	11	13,8	36	45,0
Muito	23	28,7	14	17,5	37	46,2
Mais ou menos	2	2,5	0	0,0	2	2,5
Um pouco	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nada	1	1,2	1	1,3	2	2,5
Em Branco	0	0,0	3	3,8	3	3,8
Total	51	63,7	29	36,4	80	100,0

**Tabela 6.** Distribuição freqüencial da importância atribuída ao desenvolvimento das atividades educativas por estagiários, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

importância	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
muitíssimo	33	41,2	15	18,8	48	60,0
muito	16	20,0	9	11,3	25	31,3
mais ou menos	1	1,3	1	1,2	2	2,5
um pouco	1	1,3	1	1,2	2	2,5
nada	0	0,0	1	1,2	1	1,2
em branco	0	0,0	2	2,5	2	2,5
total	51	63,8	29	36,2	80	100,00

**Tabela 7.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nas imunizações de rotina e nas campanhas durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

importância	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
muitíssimo	30	37,5	18	22,5	48	60,0
muito	18	22,5	8	10,0	26	32,5
mais ou menos	1	1,3	1	1,3	2	2,6
um pouco	1	1,2	0	0,0	1	1,2
nada	1	1,2	0	0,0	1	1,2
em branco	0	0,0	2	2,5	2	2,5
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 8.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nos programas de saúde ocupacional durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

importância	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
muitíssimo	21	26,2	6	7,5	27	33,7
muito	24	30,0	13	16,2	37	46,2
mais ou menos	2	2,5	2	2,5	4	5,0
um pouco	2	2,5	0	0,0	2	2,5
nada	1	1,3	1	1,3	2	2,6
em branco	1	1,2	7	8,8	8	10,0
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 9.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à participação dos estagiários nos casos de notificação compulsória e nas ações de vigilância epidemiológica durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

importância	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
muitíssimo	30	37,5	15	18,7	45	56,2
muito	18	22,5	5	6,2	23	28,7
mais ou menos	0	0,0	2	2,5	2	2,5
um pouco	0	0,0	1	1,2	1	1,2
nada	1	1,3	1	1,3	2	2,6
em branco	2	2,5	5	6,3	7	8,8
total	51	63,8	29	36,2	80	100,0

**Tabela 10.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à assistência de enfermagem em condutas terapêuticas imediatas por estagiários, na formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

importância	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
muitíssimo	22	27,5	8	10,0	30	37,5
muito	20	25,0	4	5,0	24	30,0
mais ou menos	2	2,5	3	3,7	5	6,2
um pouco	0	0,0	4	5,0	4	5,0
nada	0	0,0	3	3,8	3	3,8
em branco	7	8,7	7	8,8	14	17,5
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 11.** Distribuição freqüencial da importância atribuída à discussão de casos e atuação em saúde mental por estagiários durante a formação do técnico de enfermagem, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

importância	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
muitíssimo	15	18,8	9	11,2	24	30,0
muito	23	28,7	8	10,0	31	38,7
maios ou menos	5	6,3	1	1,3	6	7,6
um pouco	6	7,5	3	3,7	9	11,2
nada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
em branco	2	2,5	8	10,0	10	12,5
total	51	63,8	29	36,2	80	100,0

**Tabela 12.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio universalidade atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

atendimento	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
sim	19	23,8	15	18,8	34	42,6
não	9	11,2	2	2,5	11	13,7
não sabe	19	23,7	2	2,5	21	26,2
em branco	4	5,0	10	12,5	14	17,5
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 13.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio equidade atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

atendimento	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
sim	8	10,0	12	15,0	20	25,0
não	2	2,5	3	3,8	5	6,3
não sabe	24	30,0	2	2,5	26	32,5
em branco	17	21,2	12	15,0	29	36,2
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 14.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio resolutividade atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

atendimento	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
sim	19	23,8	11	13,7	30	37,5
não	1	1,2	3	3,8	4	5,0
não sabe	20	25,0	2	2,5	22	27,5
em branco	11	13,8	13	16,2	24	30,0
total	51	63,8	29	36,2	80	100,0

**Tabela 15.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio trabalho em equipe atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

atendimento	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
sim	37	46,3	17	21,2	54	67,5
não	3	3,7	2	2,5	5	6,2
não sabe	7	8,8	1	1,2	8	10,0
em branco	4	5,0	9	11,3	13	16,3
total	51	63,8	29	36,2	80	100,0

**Tabela 16.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio adesão do paciente atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

atendimento	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
sim	25	31,2	11	13,8	36	45,0
não	2	2,5	1	1,3	3	3,8
não sabe	12	15,0	4	5,0	16	20,0
em branco	12	15,0	13	16,2	25	31,2
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 17.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio atuação na prevenção/promoção de saúde atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

atendimento	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
sim	37	46,3	13	16,2	50	62,5
não	5	6,3	2	2,5	7	8,8
não sabe	4	5,0	2	2,5	6	7,5
em branco	5	6,2	12	15,0	17	21,2
total	51	63,8	29	36,2	80	100,0

**Tabela 18.** Distribuição freqüencial relativa ao atendimento do princípio visão do paciente como ser bio-psico-social atribuído por estagiários, durante as ações realizadas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

atendimento	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
sim	17	21,2	5	6,3	22	27,5
não	6	7,5	4	5,0	10	12,5
não sabe	16	20,0	5	6,2	21	26,2
em branco	12	15,0	15	18,8	27	33,8
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**Tabela 19.** Distribuição freqüencial relativa à mudança na forma de prestar cuidados/orientações de enfermagem atribuído por estagiários, durante atendimento das pessoas na UBS, segundo período de realização do estágio em Saúde Coletiva, 2008

mudança no atend.	+ de 6m.	%	recent.	%	total	%
sim	30	37,5	20	25,0	50	62,5
não	15	18,7	2	2,5	17	21,2
não tenho opinião	2	2,5	1	1,3	3	3,8
em branco	4	5,0	6	7,5	10	12,5
total	51	63,7	29	36,3	80	100,0

**ANEXO A – Plano de Ensino da disciplina de Saúde Coletiva****PLANO DE ENSINO DO COMPONENTE CURRICULAR****BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO**Nome do Componente: 

· Carga Horária:

Carga horária Total (horas):

Teoria (horas):

Estágio (horas):

**BLOCO II – RESPONSABILIDADE DOCENTE**

▪ Docente Responsável pelo Componente:

▪ Docentes/Palestrantes Convidados:

**BLOCO III – PLANO DE ENSINO PROPRIAMENTE DITO****Ementa**

**Bibliografia Básica**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem: cadernos do aluno: Enfermagem em Saúde Pública 2.ed. Rev., 1.a reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, Rio de Janeiro; Fiocruz, 2003 ( Reprodução total)

**Bibliografia Complementar**

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

**Outras Fontes**

Sites de busca: [www.bireme.br](http://www.bireme.br)  
[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)

**Objetivos****Gerais:**

Ao final da disciplina o aluno deverá:

- Conhecer os princípios da vigilância epidemiológica e sanitária, compreendendo a saúde de forma coletiva, e atuando com humanização nos programas de prevenção em saúde pública, trabalhando com a população principalmente com prevenção e orientações sobre as principais moléstias e orientações sobre imunização.

**Específicos:**

Ao término da disciplina o aluno deverá ser capaz de:

- Desenvolver visão crítica sobre as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, compreender os indicadores de saúde coletiva, conhecer os programas de tuberculose e hanseníase, compreender o contexto de Saúde Pública e da vigilância sanitária, princípios do SUS, adquirir conhecimentos básicos sobre vacinação e cadeia de frio.

**Conteúdo Programático**

Vigilância epidemiológica.  
Vigilância das doenças transmissíveis  
Prevenção e controle da hanseníase e tuberculose.  
Imunização ,cadeia de frios.  
Programa saúde da família( P.S.F).  
Doenças sexualmente transmissíveis/ aids.  
Doenças crônicas não transmissíveis.  
Saúde da mulher.  
Saúde da criança e do adolescente.  
Saúde do idoso.  
Saúde bucal, apresentação dos trabalhos sobre vacinação.  
Revisão da disciplina e aplicação da avaliação mensal e bimestral de saúde coletiva



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)