

Formação

**Estudos, reflexões e
experiências em educação
profissional na saúde**

Ministério da Saúde

**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES
Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Deges**

© 2001. Ministério da Saúde

Permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Periodicidade quadrimestral

Distribuição gratuita

Tiragem de 30.000 exemplares

Formação

Publicação periódica de ensaios e artigos analíticos relacionados à área de formação de pessoal para a saúde e de artigos técnico-científicos e informativos sobre educação dos profissionais de saúde. Quando nominados, os textos são de responsabilidade dos seus autores.

EDIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES

Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Deges

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar, sala 706, Brasília-DF, CEP 70.058-900

Tel: (61) 33 15 2968 / Fax: (61) 3225 4997

E-mail: formacao@saude.gov.br

www.saude.gov.br/sgtes

CONSELHO EDITORIAL:

André Paulo da Silva Malhão - Fiocruz

Antônio Ivo de Carvalho - Fiocruz

Benilton Carlos Bezerra Júnior - UERJ

Cláudia Marques - Ministério da Saúde

Denise Balarine Cavalheiro Leite - UFRGS

Emerson Elias Merhy - Unicamp

Francisco Aparecido Cordão - CNE/MEC

Francisco Eduardo de Campos - UFMG

Gilliatt Hanois Falbo Neto - IMIP

Jairnilson Silva Paim - UFBA

José Ivo dos Santos Pedrosa - Ministério da Saúde/UFPI

Juan Stuardo Yazlle Rocha - USP/Ribeirão Preto

Laura Camargo Feuerwerker - Ministério da Saúde

Líli Blima Schraiber - USP/SP

Madel Therezinha Luz - UERJ

Márcio José de Almeida - UEL

Maria Cecília de Souza Minayo - Fiocruz

Maria Luiza Jaeger - Ministério da Saúde

Maria Rebeca Otero Gomes - Unesco

Milca Severino Pereira - UFG

Moisés Goldbaum - USP/SP

Naomar Monteiro de Almeida Filho - UFBA

Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fiocruz

Paulo Marchiori Buss - Fiocruz

Ricardo Burg Ceccim - Ministério da Saúde/UFRGS

Roberto Cláudio Frota Bezerra - CNE/MEC

Roseni Rosângela de Sena - UFMG

Simone Chaves Machado de Sena - Ministério da Saúde/IPA

Tânia Celeste Matos Nunes - Fiocruz

Conselheiros neste número:

Rita Elisabeth da Rocha Sório - BID

Volney Gonçalves Pedrosa - Pref. Municipal de São Paulo

EDITORES RESPONSÁVEIS:

Cláudia Dias Couto - Ministério da Saúde

Leila Göttems - Ministério da Saúde

Ricardo Burg Ceccim - Ministério da Saúde/UFRGS

EDITORA ASSISTENTE:

Rosaura Hexsel - Ministério da Saúde

REVISOR DE TEXTOS:

Rogério da Silva Pacheco

CAPA E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA:

Dino Vinícius Ferreira de Araujo

SECRETARIA:

Denise Veríssimo

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Formação / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Departamento de Gestão da Educação na Saúde. — v. 3, n. 8, mai./ago. 2003 - Brasília:

Ministério da Saúde, 2003.

Quadrimestral

ISSN 1519-0781

1. Educação em saúde. 2. Formação profissional em saúde. 3. Educação permanente em saúde

I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Departamento de Gestão da Educação na Saúde. III. Título.

NLM WY 108 DB8

08

Formação

Estudos, reflexões e
experiências em educação
profissional na saúde

Maio de 2003

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES

Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Deges

A Revista Formação é filiada à
Associação Brasileira de Editores Científicos
Associação Brasileira
de Editores Científicos



Ministério
da Saúde



Sumário

Editorial

3

Revista Formação - novo veículo de informação especializada na área de educação na saúde

Ricardo Burg Ceccim

Artigos

7

Escola Técnica de Saúde da Unimontes: escola que ensina em serviço

Maria Aparecida Vieira e Roseni Rosângela de Sena

29

A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE

Mônica Vieira, Ana Luiza Stiebler Vieira, Júlio César França Lima, Mônica Rodrigues Campos, Renata Reis e Sandra Rosa Pereira

47

Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática

Eliana de Fátima Catussi Pinheiro, Maria Lúcia Silva Lopes, Regina Hitomi Fukuda Ohira e Sônia Cristina Stefano Nicoletto

59

Dinâmica de grupo: instrumento de avaliação da experiência discente

Lucilane Maria Sales da Silva, Maria de Fátima Bastos e Olney Rodrigues Oliveira

69

Análise do projeto pedagógico de uma escola técnica de enfermagem

Linda Tsuiko Tatakihara, Mara Lúcia Garanhan, Márcio Alex de Almeida Moura e Marina Viana Fernandes

79

O perfil do aluno técnico de enfermagem do Profae

Ana Aparecida Sanches Bersusa, Maria Mercedes L. Escuder e Luci Emi Guibú

Entrevista

93

Plano Nacional de Qualificação: universalização do direito dos trabalhadores à qualificação profissional

Antônio Almerico Biondi Lima

Editorial

Revista Formação – novo vínculo de informação especializada na área de educação na saúde

A revista Formação firmou-se como um importante veículo de comunicação à medida em que tornou disponíveis informações técnico-científicas e gerenciais produzidas no âmbito do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profdae). Sua primeira edição foi lançada em janeiro de 2001 e, segundo seu Projeto Editorial e Gráfico, a revista Formação seria a *expressão e memória do Profdae*, objetivo esse que se cumpriu e se tornou realidade. A publicação manteve uma linha editorial séria e capaz de divulgar conhecimentos em educação na área da saúde com elevada aceitação, contribuindo para respaldar estudos e pesquisas e tornando-se importante fonte de consulta.

Do ponto de vista da motivação educacional e de informação, a revista Formação atendeu às necessidades de divulgação do próprio Projeto - como política pública e política setorial - e de divulgação de conhecimentos e tecnologias gerados a partir do seu desenvolvimento e aplicação. Foram editados sete números, que se dedicaram à divulgação de relatos e do andamento do Projeto, metodologias e resultados de pesquisas desenvolvidas no seu âmbito, debates e ensaios sobre temas relacionados à educação em enfermagem e temas correlatos, além de entrevistas sobre a formação profissional, sobre a educação de jovens e adultos e sobre a formulação de políticas para a saúde. A revista circulou entre os meios acadêmicos, políticos, de gestão do setor da saúde e da educação, entre estudantes e professores das escolas parceiras, entre os profissionais de saúde e trabalhadores do Sistema Único da Saúde (SUS).

Em breve retrospectiva histórica, desse periódico, pode-se observar que inúmeras questões sobre a formação profissional foram abordadas e discutidas, com a profundidade teórica que a temática exige. *Formação 01*, abrindo a série, versou sobre a *Qualificação profissional e saúde com qualidade*; *Formação 02* apontou para a questão da humanização – assunto atual e no foco das propostas de fortalecimento do setor da saúde -, *Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*; *Formação 03* trouxe a discussão da tríade *Escolarização, profissionalização e saúde: faces da cidadania*; *Formação 04* resgatou a reflexão sobre o papel do docente e apresentou a *Formação de formadores: a nova docência na educação básica e profissional*; *Formação 05* centrou sua atenção no perfil do profissional desejado para a saúde e apresentou a *Formação técnica em saúde, no contexto do SUS*; *Formação 06* discorreu sobre as especificidades do emprego no setor da saúde com o tema *Mercado de trabalho em saúde*; e a *Formação 07* divulgou os resultados da *Avaliação do impacto do Profdae na qualidade dos serviços de saúde*.

Na sua oitava edição, a revista *Formação* encerrará seu ciclo de apresentação à sociedade, partindo para sua consolidação relativamente à contribuição para a ordenação da formação dos trabalhadores para a saúde, como prevê a Constituição Federal. Buscando responder às exigências de debate, produção de conhecimento e difusão de informações apresentadas à área de formação em saúde. A revista *Formação* deixa de atender a um projeto para responder ao **campo**, deixa de ser uma publicação exclusiva do Profae, uma vez que superou o conceito de *ser um acervo de conhecimentos e tecnologias gerados a partir do Profae*, para se consolidar como um novo meio de informação especializado na área da educação dos profissionais da saúde como um todo.

Neste número, que já se apresenta como intervalo de mudança, faz-se uma análise crítica sobre a profissionalização técnica na saúde: *Estudos, reflexões e experiências em educação profissional na saúde*, eixo temático da *Formação 08*. Traz seis artigos importantes para a discussão da formação profissional e mostra, ao leitor, a oportunidade de conhecer a articulação que o Ministério da Saúde vem estabelecendo com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), divulgando uma entrevista exclusiva sobre o *Plano de Qualificação Profissional – PNQ*, empreendido pelo MTE, que aborda assuntos de interesse da rede ampliada de atores sociais ligados ao trabalho e à educação.

Ricardo Burg Ceccim
Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Escola Técnica de Saúde da Unimontes: escola que ensina em serviço¹

Unimontes Technical Health School: school which teaches while working

Maria Aparecida Vieira

Enfermeira, mestre em Enfermagem

Roseni Rosângela de Sena

Enfermeira, doutora em Enfermagem

Resumo: Neste artigo, relata-se a experiência da Escola Técnica de Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), como instituição formadora de recursos humanos da área da enfermagem. A Escola tem procurado construir e consolidar-se como espaço de relações vivas e vividas, no qual o aprender torna-se o elemento mágico da transformação, da desalienação e do ser feliz. Caracteriza-se como estudo qualitativo e descritivo, cujo percurso metodológico fundamenta-se no materialismo histórico e dialético. Os sujeitos do estudo foram 12 auxiliares de enfermagem, egressos de cursos oferecidos pela Escola Técnica de Saúde no período de 1992 a 1999. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista coletiva, por meio da técnica de grupo focal, e o tratamento dos dados foi feito a partir da aplicação da técnica de análise do discurso. Pela análise, foi possível apreender que o curso realizado pelos egressos procurou assegurar e oportunizar uma formação ético-técnica dos estudantes, capaz de ajudá-los a se tornarem sujeitos críticos e reflexivos, capazes de construir com competência o seu cotidiano de trabalho, baseado em princípios, valores e atitudes, de acordo com normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta de solidariedade e respeito à vida e para a vida coletiva.

Palavras-chave: Auxiliares de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Prática Profissional; Educação Profissional em saúde.

Abstract: This article deals with the experience of “Escola Técnica de Saúde” (“Technical Health School”) of Unimontes (“State University of Montes Claros”), as an institution which forms human resources of the nursing area. The school is concerned about building and consolidating a space of real and living relationships, in which learning becomes the magical element of transformation, integration and happiness. It is a qualitative and descriptive study, which methodology is based on historical and dialectical materialism. The subjects of the study were 12 auxiliary nurses, from the courses offered by “Escola Técnica de Saúde” in the period of 1992 to 1999. The data collect instrument was the group interview using the focal group technique and the data treatment was done from the application of the discourse analysis technique. Through this analysis, it was possible to learn that the course attended by the nurses provided technical education capable of helping them to become people who think and are able to build their daily work routine with competence, based on principles, values and attitudes. And also according to professional regulations and ethic principles which lead to respect towards life, collective life and friendship.

Keywords: Nurses’aides, Education, Nursing; Professional Practice; Professional Education.

¹ Trabalho extraído de dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Introdução

Com o advento da Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, iniciou-se na região norte do Estado de Minas Gerais (MG), a exemplo de outras regiões do estado e do País, o processo de descentralização dos serviços sociais, ocorrendo, então, a municipalização dos serviços de saúde e a conseqüente responsabilização dos municípios pela produção e oferta dos serviços à população.

Em 1991, os dirigentes de instituições de saúde da cidade de Montes Claros, MG, principalmente da rede hospitalar, solicitaram à Universidade Estadual de Montes Claros resposta para um dos problemas prioritários que se apresentava para os serviços de saúde: a falta de profissionais de nível técnico qualificados para o trabalho em saúde.

Essa situação de déficit quantitativo e qualitativo de profissionais decorreu da expansão dos serviços de saúde, em que as exigências postas pela tecnologia exigem uma força de trabalho mais qualificada, para adoção de tecnologia adequada às ações, como recurso estratégico para ampliar a cobertura dos serviços de saúde de qualidade à população (Santos, 1992).

A Unimontes, atendendo a essa demanda social, desenvolveu esforços a fim de oferecer uma solução para esse déficit, desse modo criou um grupo de trabalho para propor alternativas de solução. O grupo realizou um estudo na região, revelando seus aspectos socioeconômicos, educacionais, sanitários e o levantamento sobre a força de trabalho de nível médio e fundamental inserida nos serviços de saúde, em instituições públicas e privadas, nos ambulatórios e hospitais da região (Universidade Estadual de Montes Claros, 1991).

Foram estudados 3.743 trabalhadores de saúde, sendo que 2.353 (62,86%) prestavam serviços na rede ambulatorial pública e 1.390 (37,13%) nas redes hospitalares pública e privada. Do universo desses

trabalhadores (redes ambulatorial e hospitalar) observou-se que 51,80% eram da área da enfermagem, 23,10% da área de vigilância sanitária, 18,08% da área administrativa e 4,78% do apoio diagnóstico, dentre outras (Universidade Estadual de Montes Claros, 1991).

Constatou-se que os trabalhadores poderiam ser incluídos em dois grupos, um com qualificação profissional para exercer o trabalho e outro sem essa qualificação específica, denominados “leigos”. Dos 3.743 trabalhadores de saúde estudados, verificou-se que 87,06% eram “leigos”, isto é, desempenhavam funções nos seus postos de trabalho sem qualificação específica exigida para o exercício da função, sendo que 12,93% exerciam funções pertinentes à sua qualificação profissional.

Após analisar os dados obtidos no estudo, consultar a literatura especializada, analisar a legislação específica e discutir o tema com especialistas da área, o grupo de trabalho da Unimontes concluiu que a alternativa mais apropriada para a região seria a criação de uma escola técnica para o setor da saúde, de caráter permanente, reconhecida pelo sistema educacional, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e articulada com a área educacional. Segundo a proposta, a escola deveria oferecer e desenvolver programas de habilitação e qualificação profissional adequados à realidade da região e fundamentados nos propósitos de: transformação dos serviços de saúde; compromisso com a população; consciência profissional do trabalhador; perfil da força de trabalho; perfil das instituições de saúde; articulação dos setores saúde e educação e, sobretudo, considerar a adoção de abordagem pedagógica problematizadora, como um dos pontos relevantes do projeto pedagógico da Escola Técnica de Saúde (Universidade Estadual de Montes Claros, 1991).

Nesse contexto, a Escola Técnica de Saúde surge como uma alternativa para a formação de profissionais de

nível médio, com o objetivo de qualificar trabalhadores críticos e com competência técnica e ética para o mundo do trabalho em saúde. Para tanto, seu projeto político-pedagógico fundamentou-se na pedagogia problematizadora, por considerar que essa concepção crítico-reflexiva coloca o homem no centro do universo, onde estabelece relações de reciprocidade, buscando, na sociedade, os meios necessários para se construir (Nietsche, 1998).

Essa abordagem valoriza o homem como ser social, construtor da sua história e de uma nova sociedade, o qual, ao integrar-se ao seu contexto de vida, permite-lhe refletir sobre ela e dá respostas aos desafios que encontra.

Assim sendo, a Escola Técnica de Saúde fundamentou-se nos pressupostos dessa pedagogia por considerar o homem “[...] *um ser concreto, sujeito da sua história e da educação, situado no tempo e no espaço e inserido num contexto sócio-econômico-cultural e político*” (Nietsche, 1998).

Buscou-se construir, na escola, as possibilidades de capacitação de um professor criador de oportunidades para as situações de ensino-aprendizagem, sendo que o seu papel consiste em facilitar esse processo. Ele representou uma força motivadora, uma vez que trabalhava com experiências compartilhadas, valorizando sempre o conhecimento e experiências prévias do estudante (Silva, 1997).

Esse processo baseia-se numa relação de autêntico diálogo, no qual o educador educa e o educando educa o educador, estabelecendo uma forma autêntica de pensar e atuar, de “*pensar-se a si mesmos e ao mundo, simultaneamente, sem dicotomizar este pensar da ação*”, conforme ensina Freire (1975).

A escola priorizou, desde a sua criação, a capacitação pedagógica dos seus professores, construída em bases legais e pedagógicas, constituindo-se

numa alternativa adequada e coerente para a qualificação da força de trabalho, preconizada no Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio para o setor da saúde (Brasil, 1994).

Essa capacitação privilegiou a integração entre o ensino e o serviço, buscando reflexões sobre “[...] *o sujeito que aprende, o objeto a ser apreendido, o conhecimento resultante da interação entre o sujeito e o objeto e o instrutor como facilitador deste processo*” (Brasil, 1994).

Ao adotar a capacitação pedagógica como ação estratégica, estabeleceu-se como objetivo: sensibilizar os professores para uma nova forma de aprender e de ensinar, possibilitando discussões sobre o trabalho e a realidade social, favorecendo as relações educando-educador e propiciando uma formação crítica, criativa e libertadora (Reibnitz, 1997).

Para o alcance dessas complexas e desafiantes proposições, foram realizados seminários e oficinas periódicas de trabalho, criando momentos e espaços para os professores refletirem sobre sua prática pedagógica e para a troca de informações e experiências. Propiciou-se, assim, o fortalecimento do processo ensino-aprendizagem como conjunto de atividades organizadas pelo professor e aluno que objetiva a apropriação de um saber próprio, a partir das experiências de vida e do acúmulo histórico da humanidade, e organizado para ser trabalhado na escola: o saber sistematizado, conforme afirma Libâneo (1994). As unidades de ensino-aprendizagem foram definidas como relação de socialização dialógica e construtiva da aprendizagem pela troca de saberes no cotidiano do trabalho dos estudantes.

Nesse processo, a avaliação foi considerada parte integrante e interativa do processo ensino-aprendizagem, estando presente em todas as etapas do desenvolvimento das atividades educacionais, como uma estratégia que garantisse a indissociabilidade do pensar-fazer, criando uma

dinâmica “*que permite acompanhar passo a passo o avanço dos educandos, detectar a tempo suas dificuldades, ajustar e reajustar o ensino e suas características aos diferentes contextos, corrigir e reforçar o processo de ensino*”, em que os instrumentos de avaliação são sempre devolvidos para os alunos, criando novas oportunidades de aprendizagem.

A avaliação, sendo caracterizada como formativa, propiciou a recuperação paralela dos alunos que apresentavam alguma dificuldade no domínio de um conceito fundamental para a continuidade do processo de aprendizagem, em que o professor oferece estratégias pedagógicas para aqueles que não conseguiram o desempenho satisfatório. A avaliação formativa, assim concebida e aplicada, foi uma ferramenta fundamental para garantir a cada aluno o aprender segundo seus esquemas de assimilação e de seus conhecimentos e experiências anteriores em relação a um determinado objeto.

A auto-avaliação também foi estimulada e adotada como um momento de reflexão, retratando o perfil do aluno quanto aos desempenhos esperados, apontando avanços e dificuldades, e contribuindo para a reorientação do planejamento do processo ensino-aprendizagem.

Ao avançar com essa proposta no interior da Escola Técnica de Saúde, em sua sede em Montes Claros, surgiu um novo desafio: o de descentralizar os cursos de qualificação profissional, para atender ao grande contingente de trabalhadores de saúde sem qualificação profissional específica para a função que exerciam, em diferentes áreas do norte do Estado de Minas Gerais, onde está localizada a escola.

A descentralização mostrou-se como uma opção estratégica para facilitar o acesso, aumentar a cobertura, considerando que os trabalhadores de enfermagem residiam em municípios distantes, com realidades peculiares, e não apresentavam condições de realizar seus estudos na cidade de Montes Claros.

O primeiro motivo que explica as dificuldades de acesso do trabalhador ao curso refere-se à impossibilidade da ausência deste do seu trabalho, no município de origem, sendo que essa ausência inviabilizaria, em muitos casos, os serviços. O segundo motivo foi a necessidade de que a qualificação profissional desses trabalhadores levasse em consideração a realidade social e sanitária do local onde estavam inseridos.

Após realização de capacitação técnica e pedagógica dos docentes e da montagem da infra-estrutura necessária, foram firmados convênios entre a Unimontes e as instituições requerentes, estabelecendo-se as responsabilidades nessas parcerias.

Durante a realização dos cursos descentralizados, há acompanhamento e supervisão periódica dos Núcleos, por parte de professores e pelo secretário escolar. Também há acompanhamento contínuo por parte das Superintendências Regionais de Ensino, órgãos descentralizados da Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais, pela sua rede de inspeção escolar.

A operacionalização desse processo de descentralização foi fundamentada na perspectiva de centralização dos processos de administração escolar e descentralização da execução pedagógica, uma das características da Escola Técnica de Saúde, que tem se mostrado importante na realização de seus objetivos (Universidade Estadual de Montes Claros, 1998).

Dessa forma, a área de abrangência da escola vem se ampliando paulatinamente, dependendo da sua capacidade de planejamento, assessoria, controle e avaliação. No mapa 1, visualiza-se a área de atuação da Escola Técnica de Saúde da Unimontes, no período de 1992 a 1999.

Mapa 1

Área de abrangência da Escola Técnica de Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, 1992 a 1999



A Escola Técnica de Saúde, atendendo a necessidades decorrentes dos avanços na organização dos serviços de saúde e sua conseqüente expansão, realizou 33 cursos de qualificação profissional em diversas áreas do saber, no período de 1992 a 1999, titulando:

- 1.001 auxiliares de enfermagem na sede e nos núcleos de qualificação profissional (24 cursos);
- 31 auxiliares de enfermagem do trabalho (1 curso);
- 39 técnicos em administração de serviços de saúde (1 curso);
- 141 técnicos em higiene dental na sede e nos núcleos de qualificação profissional (6 cursos); e
- 33 técnicos em vigilância sanitária e saúde ambiental (1 curso).

Dos 1.454 matriculados no período citado, 1.245 alunos foram titulados, perfazendo 85,62% de aproveitamento.

Informações coletadas em documentos da Unimontes (1998) demonstram que, no período de 1992 a 1998, 66,41% dos titulados eram empregados em instituições

integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), 13,48% de outros serviços e 20,11% eram alunos sem vínculo empregatício, o que demonstra a vinculação da escola com o SUS.

A profissionalização: o desafio enfrentado

O curso para auxiliar de enfermagem foi autorizado pelo prazo de quatro anos, em dezembro de 1991, pelo do Parecer nº 960/91, Processo nº 18.635, pelo Conselho Estadual de Educação de Minas Gerais (CEE-MG) (Conselho Estadual de Educação de Minas Gerais, 1991), sendo que o seu funcionamento ocorreu através da Portaria nº 002/92 da Superintendência Educacional da Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais. Com a oficialização da Escola Técnica de Saúde, em 1993, este curso foi incorporado à mesma.

O Conselho Estadual de Educação de Minas Gerais, em 1997, efetuou a renovação de autorização do curso em questão, sem limite de prazo, por meio do Parecer nº 93/97 e Processo nº 18.635 (Conselho Estadual de Educação de Minas Gerais, 1997).

A carga horária do curso, desde 1991, sofreu pequenas variações e, a

partir de 1995, tornou-se mais permanente, com 1.149 horas, com duração de aproximadamente 14 meses.

Na organização curricular, integram disciplinas instrumentais (pré-requisito para as disciplinas profissionalizantes) num total de 221 horas e as profissionalizantes com 928 horas. O estágio supervisionado, de 440 horas, denominado de período de “dispersão”, é desenvolvido em várias instituições de saúde, proporcionando ao aluno oportunidades de relacionar teoria-prática-teoria e integrar os conteúdos curriculares.

Os conteúdos estão organizados em blocos interdisciplinares, sendo desenvolvidos de forma articulada nos períodos de “concentração”, momento em que ocorre a reflexão teórica sobre as práticas, constituindo oportunidade para troca de experiência e socialização dos alunos e na dispersão, na qual o aluno encontra-se inserido em seu campo de trabalho.

A organização das disciplinas em blocos interdisciplinares se fundamentou em Santomé (1998), que preconiza que a interdisciplinaridade implica uma vontade e compromisso de elaborar um contexto mais geral, em que cada uma das disciplinas é modificada, pela interação entre elas, passando a depender claramente uma da outra, resultando intercomunicação e enriquecimento recíproco.

O plano pedagógico do curso de qualificação profissional para auxiliar de enfermagem prevê, no seu marco conceitual, estratégias para superar a fragmentação na formação do auxiliar de enfermagem, estabelecendo como estratégias: a organização e execução flexíveis dos conteúdos e das práticas, considerando o ritmo de aprendizagem dos alunos; a utilização de profissionais dos serviços de saúde como docentes e instrutores; o planejamento contínuo das atividades pelos diversos atores envolvidos no processo de aprendizagem. Estabelece, ainda, um regimento de curso flexível e apropriado às peculiaridades dos alunos e aos seus contextos;

a articulação dos setores de saúde e educação, como instâncias responsáveis pela formação e pela prática pedagógica centrada no trabalho e integração ensino-serviço.

O trabalho interdisciplinar foi inspirado nas orientações de Santomé (1998) que “[...] *contribui para que professores e professoras sintam-se partícipes de uma equipe com metas comuns a serem encaradas de maneira cooperativa, e responsáveis frente aos demais em suas tomadas de decisões*”.

A escola disponibilizou recursos didáticos, acervo bibliográfico e estrutura física adequada para facilitar o trabalho do professor e dos estudantes com o propósito de garantir a flexibilidade e o modelo pedagógico adotado, considerando que “*a interdisciplinaridade, como um objeto nunca completamente alcançado e, por isso, deve ser permanentemente buscado. Não se constituindo em uma proposta teórica, mas sobretudo uma prática transformadora*” (Santomé, 1998).

Esse processo de trabalho mantém consonância com os princípios filosóficos da escola, contidos nos seus instrumentos legais: projeto político-pedagógico e administrativo e o regimento escolar que regulam e orientam os cursos oferecidos pela escola.

O corpo docente da escola é multiprofissional, contando com profissionais de diferentes áreas: nutricionista, farmacêutico, sociólogo, enfermeiro e psicólogo. A multiprofissionalidade do corpo docente é adotada pela escola com vistas ao enriquecimento que proporciona aos estudantes, além de levar em conta a especificidade dos conteúdos em cada unidade pedagógica.

A seleção dos estudantes para o curso foi realizada pelas chefias de enfermagem das instituições, de acordo com a legislação educacional, que se configurou como dificultadora no acesso à profissionalização, uma vez que vários trabalhadores da área

de enfermagem não possuíam o Ensino Fundamental, requisito legal exigido para sua matrícula no curso para auxiliar de enfermagem.

Em alguns cursos, foram oferecidas vagas para a comunidade, a fim de preparar novos trabalhadores de enfermagem para se inserirem no mercado de trabalho e atender à expansão dos serviços de saúde e à rotatividade da força de trabalho de saúde na região.

O caminho metodológico

Optou-se pela pesquisa qualitativa, com o propósito fundamental de compreender o significado que os outros dão às suas próprias situações e por considerar que o objetivo é o resultado do acordo entre pessoas, advindo da justificação e do diálogo, em que o pesquisador envolve-se com o fenômeno em estudo (Santos Filho, 1997).

Considerou-se, nessa opção, que a pesquisa qualitativa busca captar não só a aparência do fenômeno, mas também a sua essência, a partir da percepção do fenômeno visto em um contexto em que *“ele é real, concreto e, como tal, possível de ser estudado”* (Triviños, 1994).

A partir dessas opções, definiu-se o estudo como exploratório-descritivo seguindo a orientação de Gil (1994) que afirma que essa abordagem permite aumentar a experiência em torno de determinado problema, tendo como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (Triviños, 1994).

A opção pela pesquisa exploratório-descritiva foi também ancorada em Triviños (1994) que orienta *“[...] o estudo descritivo pretende descrever ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade”*.

Reafirmando que o objeto de estudo está imerso em uma realidade social, em constante transformação, que envolve sujeitos e instituições, optou-se pelo referencial teórico-

metodológico do materialismo histórico e dialético, possibilitando, assim, confrontar teoria e prática, pensar e fazer, proposta e ação e por considerar que *“a educação é um fenômeno dinâmico e permanente como a própria vida e o educador busca compreender justamente este fenômeno para compreender melhor o que faz”* (Gadotti, 1995).

Nesse estudo, partiu-se da premissa de que não há idéias, nem instituições, nem categorias estáticas e que *“toda vida humana é social e está sujeita a mudança, a transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica”*(sic) (Minayo, 1998).

O estudo teve, como objetivo, analisar a prática profissional dos egressos do curso de auxiliar de enfermagem, tendo como base a reflexão crítico-reflexiva, denominada, para fins deste estudo, de concepção pedagógica problematizadora, adotada pela Escola Técnica de Saúde da Unimontes.

A Escola Técnica de Saúde configurou-se como cenário do estudo, considerando seu papel como instituição formadora de trabalhadores para o setor da saúde na região do norte de Minas Gerais.

Os sujeitos desse estudo foram 12 auxiliares de enfermagem, sorteados dentre os formados na sede da Escola Técnica de Saúde, no período de 1992 a 1999. Considerou-se que foram privilegiados os sujeitos sociais que detêm os atributos do fenômeno da investigação, número suficiente para permitir uma reincidência das informações, bem como diversificados, partindo da premissa *“[...] que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”*(Minayo, 1998).

Para captação da realidade e construção dos dados primários, foi utilizada a “entrevista coletiva” por meio da técnica de “grupos focais”, no qual os atores sociais desse grupo específico discursaram sobre a questão norteadora: descreva seu cotidiano

de trabalho depois de formado pela Escola Técnica de Saúde da Unimontes.

O grupo focal foi utilizado para favorecer a interação do grupo, permitindo respostas ricas e interessantes, com apresentação de idéias novas e originais por parte dos participantes, em que o pesquisador pôde observar o debate, o que possibilitou a obtenção de conhecimento direto dos comportamentos, atitudes, linguagem e percepções do grupo (Healthcom, 1995).

Ressalta-se que foram prestados esclarecimentos aos auxiliares de enfermagem a respeito das questões éticas norteadas pelo disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e também sobre o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, sendo que os entrevistados assinaram um “Termo de Consentimento” e “Carta de Aceite” relativos a sua participação voluntária, e a pesquisadora também assinou um “Termo de Responsabilidade” pela referida investigação.

No tratamento dos dados, utilizouse a análise do discurso dos sujeitos, para processar o tratamento e a análise dos dados e construir as categorias de significado.

Segundo Fiorin (1999), o discurso dos sujeitos tem “[...] o propósito de exprimir seus pensamentos e falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo [...]. Ele é rigorosamente individual, pois é sempre um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso”.

Orlandi (1996) complementa que as palavras e os textos, do ponto de vista discursivo, “[...] são partes de formação discursiva que, por sua vez, são parte de formação ideológica” em que “[...] não há discurso sem sujeito nem sujeito sem discurso”.

Dos temas captados nos relatos e da análise documental, surgiram as

categorias empíricas, nas quais foram estabelecidas classificações de “[...] elementos ou aspectos com características comuns e que se relacionam entre si” (Minayo, 1998).

A compreensão dos discursos

Por meio dos discursos figurativos, foram construídas as categorias empíricas a partir de elementos do trabalho de campo e análise dos dados, bem como as categorias analíticas advindas do referencial teórico na tentativa de produzir “[...] o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição” (Minayo, 1998). Nesse estudo, a categoria “escola” será descrita em um tear de idéias e de contrapontos entre os autores referenciados, os dados empíricos e o olhar das pesquisadoras.

A escola

A escola é assumida neste estudo como o lugar de ensino e difusão de tecnologias e deve proporcionar aos atores nela inseridos uma formação cultural e científica, a socialização e o compromisso de ajudar os estudantes a tornarem-se sujeitos críticos e reflexivos, capazes de construir elementos facilitadores para a compreensão e apropriação crítica da realidade, nesse caso, intrínseca ao mundo do trabalho em saúde.

A escola surge, também, para preparar as novas gerações para o mundo do trabalho, não só pelos conhecimentos, idéias e habilidades, mas também de formação de atitudes e interesses. Nela, ocorre, também, a formação do cidadão para a vida social, para manter a dinâmica e o equilíbrio nas instituições, bem como as normas de convivência que compõem o tecido social da comunidade humana (Gómez, 1998).

No cumprimento dessas funções a escola, entretanto, apresenta-se contraditória: de um lado, para garantir sua sobrevivência e da própria sociedade, é conservadora e objetiva mantendo a reprodução social e cultural, compartilhada pela

família, grupos sociais e meios de comunicação. Por outro lado, é o espaço da viabilidade da transformação e construção de sujeitos.

Nessa luta das contradições entre a reprodução e transformação, a escola pode provocar a reconstrução crítica do pensamento e da ação, em que os estudantes passam a experimentar e viver a participação real de todos na determinação efetiva das formas de viver, das normas e padrões que governam a conduta, assim como das relações do grupo e da coletividade social.

A Escola Técnica de Saúde da Unimontes tem procurado construir e consolidar-se como um espaço de relações vivas e vividas, no qual o aprender torna-se o elemento mágico da transformação, da desalienação e do ser feliz.

A análise dessa categoria “a escola” foi realizada em relação:

· *Aos conteúdos*

Os enunciados sugerem que os conteúdos de ensino, ou seja, o conjunto de conhecimentos e habilidades, proporcionados pelos conteúdos das disciplinas do curso de auxiliar de enfermagem, estão em coerência com o sistema político-econômico vigente, no qual os egressos conseguiram ultrapassar o saber preexistente, construindo outros saberes e que estão sendo colocados na sua prática de trabalho, conforme expressam os sujeitos do estudo:

“... a gente ganha uma carga de conhecimentos muito grande, e a escola, assim, me deu uma bagagem de conhecimento muito boa, foi um curso assim, muito bom. Então, assim, a escola nos formou numa área geral e que o dia-a-dia quem faz é só você; a sua experiência que vai desenrolar... eu fiz o curso na área todinha né, aprendi muitas coisas, hoje estou trabalhando na área cardiológica, uma área muito diferente, muito sensível, então eu acho que a escola nos formou, me formou total, e hoje eu estou tendo um cotidiano

diferente, muito bom e que toda essa bagagem... com todas as matérias que são incluídas, foi muito válido, que hoje estou em prática...”

Outra reflexão que se pode estabelecer é que a escolha dos conteúdos observou o princípio básico de que “[...] os conhecimentos e modos de ação surgem da prática social e histórica dos homens e vão sendo sistematizados e transformados em objetos de conhecimento; assimilados e reelaborados; são instrumentos de ação para atuação na prática social e histórica” (Libâneo, 1994).

Um fator que pode ser considerado como favorecedor dessa interação é o fato de os professores terem vínculos com os serviços de saúde, que facilita a escolha, a organização e o desenvolvimento dos conteúdos, considerando as exigências teóricas e práticas colocadas pela vida dos estudantes no trabalho, tendo em vista a complexa realidade do pensar e de fazer em saúde.

Os discursos permitem inferir que os professores foram capazes de articular os conteúdos às necessidades dos estudantes, tornando-os exequíveis face às suas condições socioculturais e de aprendizagem. Assim sendo, reafirma-se a hipótese de que a inserção dos professores no contexto da prática social facilita o estabelecimento de relações entre os conteúdos e sua relevância social, como explica Libâneo (1994):

“[...] frente às exigências de transformação da sociedade presente e diante das tarefas que cabe ao estudante desempenhar no âmbito social, profissional, político e cultural”.

As enunciações dos egressos permitem inferir ainda que o trabalho docente no curso para auxiliar de enfermagem superou, em parte, a contradição de que o saber sistematizado pode estar distanciado da realidade social concreta, como acontece nos currículos orientados por concepções pedagógicas tradi-

cionais. Essa evidência sugere que a opção pedagógica da Escola Técnica de Saúde favoreceu o trabalho com conteúdos vivos e significativos, articulados aos problemas da prática cotidiana dos estudantes, facilitando a busca de solução para os mesmos.

Outro aspecto revelado nos enunciados é a formação do auxiliar de enfermagem com um perfil generalista. Ao construir o projeto político-pedagógico do curso, contextualizado com a realidade do mundo do trabalho, a escola procurou formar um profissional com um perfil capaz de transitar em vários campos de sua área profissional, procurando desenvolver competência geral pertinentes à sua prática profissional. Ressalta-se também que os alunos-trabalhadores que se apresentavam para realizar o curso, eram provenientes de diversos setores de trabalho na área ambulatorial e hospitalar. O enunciado a seguir evidencia essa situação:

“... o cotidiano é essa correria, esse jogo de cintura que a gente tem... é que a escola no início do curso, ela abrange aquela área toda, você acha para quê isso, para quê aquilo, mais assim, depois que você vai no hospital, ou vai em outro, você vê, que tem que ter jogo de cintura... o auxiliar ele tem que estar apto... então eu acho que a escola em si está certa em variar as matérias, é um todo, porque você vê de tudo um pouquinho... eu tenho pessoas que estão com mais práticas, mas para isso eu tenho que mostrar que eu sei...”

A formação generalista proposta pela escola facilitou o processo de trabalho do egresso, permitindo-lhe superar as fronteiras de uma área específica e transitar para outros campos, dentro dos limites da atuação de sua categoria profissional. Essa flexibilidade parece favorecer sua permanência no mercado de trabalho, conforme mostra o enunciado a seguir:

“... no... só mexe com o coração só uma área. O... já mexe com

outras, então o auxiliar ele tem que estar apto a ter esse jogo de cintura no... no berçário... eles te mudam, põe em enfermaria, então, você tem que está apto a ter o jogo de cintura... eu tenho que mostrar que eu sei, para mim ficar no emprego, eu tenho que mostrar que eu sei...”

O enunciado permite captar e refletir que a diversidade de saberes, demanda do mundo do trabalho, exige uma formação mais ampla, em que a formação técnica e ética adquirida parece estar compatível com as demandas do emprego, favorecendo a flexibilização que caracteriza o processo produtivo contemporâneo e a adaptação dos trabalhadores às complexas condições do exercício profissional no mercado de trabalho, estando coerente com o exposto por Libâneo (1994). Essa análise é reforçada por outro enunciado:

“... que o curso nosso foi da recepção do SAME até os serviços de Diretoria nós vimos como funciona, não tem uma área dentro do hospital que eu não estou capacitado a partir desse curso.”

Os discursos permitem evidenciar, também, que a formação dos aspectos éticos, explicitando valores e atitudes, foi contemplada no decorrer do curso, conforme expressam os enunciados:

“... a satisfação de você ter o curso, você ter capacidade, e poder usufruir no seu cotidiano, que você quer segurança no que você está fazendo e da responsabilidade que não tem pela vida daquela pessoa... então esse curso de capacitação que você tem prepara você para saber separar uma coisa da outra...”

“... eu era costureira, jamais assim, pensei que fosse me tornar auxiliar, amo o que estou fazendo, vivi muitas experiências lá dentro, aprendi muita coisa, até assim, a me humanizar muito mais, e o curso me qualificou assim, para mim poder ter uma relação com os outros...”

“... mas se você chegar e falar assim, uma pessoa do... e uma pessoa da Escola Técnica, nós somos muito mais aceitos, ele nos aceita bem melhor... só de falar que estudou na Escola Técnica eles me aceitam muito melhor, tudo é importante, mesmo que a gente não fosse atuar em alguma área, o curso é muito importante para a gente.”

Há um outro enunciado que mostra que o egresso do curso para auxiliar de enfermagem percebe o movimento ocorrido entre um período que exercia suas funções no trabalho sem qualificação profissional e o novo período, em que exerce essas mesmas funções, após concluir sua formação profissional na Escola Técnica de Saúde:

“Eu estou comparando com hoje, eu falei que a gente evoluiu com o tempo, porque naquela época não tinha um local para se preparar um profissional para atender e nem dar a ele condições, se eu for mais do que ele e não ter condições não, isso nem com o tempo, à medida que o mercado deu condições e preparou a unidade melhor e veio equipamentos, aí com a preparação do profissional hoje em dia se você falar nessa época é cômico, porque você vê as barbaridades que acontecia antes, anterior a este curso...”

Os egressos realizam sua reflexão, incorporando questões da tecnologia inserida no seu processo de trabalho; da sua inserção no mercado de trabalho; do valor da formação profissional para os postos de trabalho que ocupa e, sobretudo, percebem que o mundo do trabalho está em constante mudança, exigindo cada vez mais “jogo de cintura”, como foi citado por um dos atores-falantes.

Deluiz (1997), corroborando com essas reflexões, afirma que, para enfrentar situações em constantes mudanças, é exigido do trabalhador capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho e de trabalhar em equipe.

Complementa ainda que esse trabalhador deve realizar cada vez mais funções abstratas e intelectuais, uma vez que “o trabalhador polivalente deve ser muito mais ‘generalista’ do que ‘especialista’” (Deluiz, 1997).

Os egressos também expressam que o curso proporcionou aumento de conhecimentos na área da enfermagem, capacitando-lhe para prestar informações e orientações mais adequadas e oportunas aos usuários:

“... após o curso, meu trabalho ficou muito mais facilitado, em forma de dar informações mais especializadas né, na área, e muito assim, experiência... ficou mais fácil de fazer uma orientação né, mais criteriosa, com fundamentos técnicos né, a respeito de acidentes, de medicação que são orientadas ao... a ser utilizada né, orientar... em patologias, a que médico especialista que deve procurar né, durante alguma queixa clínica, faço uma pré-consulta em áreas de admissão, exames que são feitos no laboratório...”

Os entrevistados expressaram, nos enunciados, que conteúdos sobre a atenção em situações de emergência, também se mostram adequados ao seu desempenho, como auxiliares de enfermagem, em seu contexto de trabalho:

“... porque nós sempre lidamos, mexemos com pessoas acidentadas, essas coisas dessa maneira né, dessa forma aí eu optei, vi que seria bom para nós que lá... estava implantando lá um sistema de resgate né, foi eu, vim aqui fiz o curso... onde estou exercendo com grande êxito nessa parte... especial, é só na área mesmo de salvamento... porque nós enfrentamos grandes números de acidentes...”

Brant (1997) afirma que, ao tentar salvar uma vida, o trabalhador da saúde coloca-se no lugar do doente ou imagina que um familiar seu poderia estar naquela mesma situação, o que o impulsiona para uma relação de

ajuda, para buscar uma relação pessoal eu-doente”.

Waldow *et al.* (1995) contribuem, em sua coletânea, com esses argumentos sobre a importância da construção dos vínculos dos trabalhadores de enfermagem com as pessoas sob condições de cuidado de enfermagem.

· *Aos meios de ensino*

Os meios de ensino foram adotados pela escola, como “[...] *todos os meios e recursos materiais utilizados pelo professor e pelos alunos para a organização e condução metódica do processo ensino e aprendizagem*”, conforme afirma Libâneo (1994).

Assim sendo, os equipamentos (carteiras, mesas, quadro-negro, projetor de *slide*, gravador, televisão etc.), bem como os materiais (gravuras, filmes, mapas, fitas, livros, revistas etc.), além de biblioteca, museu, laboratório e outros, são denominados “meios de ensino”. Libâneo (1994) acrescenta que os professores precisam ter segurança e conhecimento dos equipamentos ao utilizá-los, posicionando-se criticamente em relação a eles. Os recursos tecnológicos são meios que facilitam o processo ensino-aprendizagem e não um fim em si mesmo. O professor, como mediador entre o educando e o objeto a ser apreendido ou criado, usa dos recursos para facilitar, abrandar e suavizar as relações intensas no processo de construção do conhecimento.

Os egressos, como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem, perceberam a utilização dos recursos e tecnologias pelos professores, como elemento facilitador da reflexão-ação e que conduziram à construção de conhecimentos, com posterior aplicação nas atividades postas pela vida social, conforme expressam os enunciados:

“... e depois que eu conclui o curso, ele nos oferece muitas

oportunidades né, não abrange só aquilo que a gente fica com um conhecimento, é muitos filmes, muitas coisas que nos abriu mais a mente né, não ficou preso só auxiliar não, então a gente teve muita experiência, teve muitas visitas, então acho que isso que a escola oferece foi muito bom para a gente né, as visitas aos lixões né, várias coisas que a gente tiveram...”

“... então eu acho que a escola nos forma, me formou total, e hoje eu estou tendo um cotidiano diferente, muito bom, com toda essa bagagem, como eu já falei antes né, que ele nos mostrou, com filmes, com isso, com todas as matérias que são incluídas, foi muito válido, que hoje estou pondo em prática...”

Veiga *et al.* (1996) afirmam que os meios de ensino não podem apenas substituir a voz do professor ou do livro, ou a lousa da sala de aula, mas “*deve-se utilizar o melhor dos recursos – do estudante e do professor – para conversas orientadas, para ‘viagens imaginárias’ no mundo do conhecimento*”.

Os enunciados sugerem, ainda, que os professores estão utilizando esses recursos com segurança e de forma adequada capaz de promover “[...] *a interação entre ensino e aprendizagem, entre professor e os estudantes, favorecendo a assimilação consciente dos conteúdos e o desenvolvimento das capacidades cognitivas e operativas dos estudantes*”, conforme orienta Libâneo (1994).

É importante ressaltar que esses meios de ensino utilizados pelos professores do curso estão favorecendo a interdisciplinaridade, presente na construção do currículo do curso para auxiliar de enfermagem, no qual há a elaboração de um contexto mais geral, em que as disciplinas dependem uma da outra, favorecendo a fragmentação do conhecimento, constituindo

uma aproximação à sua realidade de vida e de trabalho.

Outra reflexão acerca dos meios de ensino é que esses, também, foram instrumentos que facilitaram o interesse dos estudantes, a sua colaboração e o seu gosto pelo estudo e o entusiasmo do professor em planejar as atividades de ensino-aprendizagem, de forma sistemática e intencional com centralidade nos estudantes.

· a avaliação: um esforço coletivo em enfrentar o desafio do aprender fazendo

A questão avaliação aparece em um único enunciado que menciona “que não tem mais ou menos, porque não existe mais ou menos, você tem que ser 100%”.

Pode-se inferir que o processo de avaliação adotado no curso estava inserido tão implicitamente no processo ensino-aprendizagem, que não deixou as marcas comumente deixadas no ensino tradicional. O aprender, o avaliar, o recuperar, articulados na dinâmica do processo ensino-aprendizagem, que pode ter influenciado o estudante a não perceber a avaliação com marcas de sofrimento.

Usualmente, as marcas negativas dos processos avaliativos advêm de uma pedagogia centralizada em exames, na qual o estudante se dedica “[...] aos estudos não porque os conteúdos sejam importantes, significativos e prazerosos de serem aprendidos, mas sim porque estão ameaçados por uma prova”, conforme complementa Luckesi (1997).

Complementando, o autor diz que os professores orientados na concepção pedagógica tradicional, utilizam as provas como instrumento de ameaça e tortura prévia dos estudantes, em que o medo os levará a estudar. Afirma, também, que hoje não se usa mais o castigo físico explícito, porém, utiliza-se um castigo mais sutil, o psicológico; que possui duração prolongada, enquanto permanente ameaça. Nesse sentido, a avaliação polarizada pelos exames,

“[...] não cumprirá a sua função de subsidiar a decisão da melhoria da aprendizagem” (Luckesi, 1997).

Partindo dos enunciados dos auxiliares de enfermagem, verificamos suas manifestações de que:

“... estou exercendo com grande êxito... eu já tenho a minha especialidade nesta área...”

“... a partir do momento que eu me qualifiquei e tive mais segurança de exercer a profissão... porque eu estava exercendo o que eu via no curso...”

“... que a gente estava preparado teoricamente... eu estava seguro do que eu estava fazendo...”

“... meu trabalho ficou mais facilitado, dar informações mais especializadas... experiência...”

“... orientar melhor, informar melhor...”

“... a escola assim, me deu uma bagagem de conhecimento muito boa, foi um curso muito bom...”

Pode-se inferir que os egressos são profissionais com compromissos com o seu fazer, que estão conseguindo aplicar conhecimentos e desenvolver habilidades adquiridos no curso no seu cotidiano de trabalho, indicando que a avaliação esteve presente durante o processo de ensino, considerando que a Escola Técnica de Saúde preconiza avaliação, segundo o proposto por Bordenave (1994):

“[...] é um componente de grande importância, sendo considerada como parte integrante do processo de planejamento curricular, estando presente em todos os estágios de seu desenvolvimento e não apenas confinada aos seus resultados finais”.

· Ao clima do curso: a atmosfera que se constrói criando

Os enunciados a seguir revelam o clima saudoso vivido pelos egressos do curso para auxiliar de enfermagem e que permitiu viver emoções e saudades que emergiram na discussão dos grupos focais:

“... aí de repente fui lidar com vidas, isso para mim assim, é muito importante, e assim muita responsabilidade, então depois que eu saí da escola, é tanto que eu voltei né, assim, foi tão bom para mim que estou aqui fazendo o técnico... foi um ganho muito grande como pessoa, como ser humano e espero que eu tenha sido uma boa colega, eu gosto de ser colega, gosto do coleguismo, acho que isso pesa e conta muito né, a cumplicidade acho que pesa muito, a gente tem que ser amiga, não só de criticar, né, mas de auxiliar, de ajudar né, de ir lá e se não está legal, tá com a colega, em vez de ficar criticando, atrapalhando...”

Os enunciados permitem apreender que foi um tempo bom e prazeroso para os alunos, apesar do enfrentamento de limites, das dificuldades ocorridas quanto às relações interpessoais no decorrer do curso. Sugerem também manifestações de saudades e que a dimensão afetiva e o desenvolvimento de valores permearam a convivência durante o curso, expressos nos discursos dos atores-falantes. Sugerem que a escola permitiu a expressão de valores.

Libâneo (1994) reforça essas reflexões quando afirma “[...] que o grupo de professores e especialistas de uma escola precisa explicitar princípios norteadores para a vida prática, decorrentes de acordos mínimos, a partir da busca de sentidos de sua própria existência”.

Pode-se inferir pelas enunciações que o curso realizado pelos egressos buscou assegurar e oportunizar uma formação técnica capaz de ajudá-los a tornarem-se sujeitos críticos e reflexivos, capazes de construir com competência seu cotidiano de trabalho, baseados em princípios, valores, atitudes voltados para a solidariedade, para o respeito à vida e para o convívio de aprender e trabalhar coletivamente, conforme expressão do auxiliar de enfermagem:

“vai além de um ambiente hospitalar o meu conhecimento, hoje na vizinhança, o pessoal me procura

né, ô olha minha pressão, eu tiro a pressão... porque no hospital é mais a parte curativa, a gente já está ali mesmo já, para tratar da patologia que o paciente já chegou com ela, então fora, a gente sabe prevenir a área preventiva, a gente atua nesta área né, a gente está vendo uma coisa errada, sabe que aquilo vai trazer consequência, a gente é capaz de ir lá mesmo, explicar de forma que a pessoa entenda, de forma que sabe que a pessoa vai seguir seus conhecimentos, vai seguir sua fala, que sabe que você tem um curso, você está capacitada para aquilo, enfim, foi muito bom.”

Nas entrevistas, foi explicitado que os egressos aplicam os conhecimentos adquiridos na vida prática e que houve um movimento da prática para a teoria, mediado pelo professor, com a sistematização do conhecimento. Os enunciados revelam traços de respeito, urbanidade, cortesia, consciência de coletividade e sentimento de solidariedade humana, mostrando que o professor esteve voltado para a formação de qualidades humanas e modos de agir em relação ao trabalho (Libâneo, 1994).

O conjunto discursivo dos auxiliares de enfermagem sugere, também, que as relações entre professores e alunos ocorreram em um clima de afetividade, que não se acha excluída do processo de ensinar e aprender, como expressa Freire (1996):

“[...] esta abertura ao querer bem é a maneira que tenho autenticamente de selar o meu compromisso com os educandos, numa prática específica do ser humano”.

Os discursos sugerem que o professor do curso teve “... coragem de querer bem aos educandos e à própria prática educativa...” da qual declarou Freire (1996), em que a atividade docente não separa da discente, transformando-se em uma experiência alegre e o que a experiência pedagógica faz é “[...] despertar, estimular e desenvolver em nós o gosto do querer bem e o gosto da

alegria sem a qual a prática educativa perde o sentido” (Freire, 1996).

A análise dos discursos permite inferir que a prática educativa do curso foi uma vivência de alegria... afetividade... capacidade científica... domínio técnico... saudades... – palavras que aparecem nos enunciados.

Aprendizagem no trabalho: pensar e fazer em situações concretas do trabalhar e viver

Segundo Bastos e Magalhães (2000) o perfil da força de trabalho em enfermagem traz marcas de experiências de escolas tradicionais e de concepções de ensino tecnicista, do modelo biomédico, curativo e centrado nos hospitais. Afirmam, ainda, que os trabalhadores são provenientes de setores socioeconômicos menos favorecidos, com baixos salários, baixa escolaridade, predomínio do sexo feminino e alguns com dupla jornada de trabalho.

Nesse contexto, a Escola Técnica de Saúde procurou buscar, no seu projeto político-pedagógico, construir metodologias críticas e reflexivas, que levassem em conta que esses estudantes-trabalhadores têm algo a dizer sobre sua realidade de trabalho e de vida. Para tanto, o processo ensino-aprendizagem foi ancorado em metodologias nas quais “[...] o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo que se prepara para transformá-la” (Bordenave, 1994), considerando-o como co-partícipe de seu processo de aprendizagem.

A escola assumiu que é na realidade em que estão inseridos os estudantes-trabalhadores e no seu mundo do trabalho que os problemas são identificados e são tomados como ponto de partida para os diálogos do processo ensino-aprendizagem. Assim, o local de trabalho é o desencadeador desse processo, propiciando ao estudante o desenvolvimento da capacidade de observação do que está ao seu redor e construtor de soluções, ações individuais ou coletivas, constituindo a não separação da transformação individual da social (Silva, 1997).

Para tanto, foi necessária e fundamental a escola dar atenção ao papel do professor, como facilitador do processo ensino-aprendizagem, construindo as condições necessárias e adequadas ao raciocínio, construindo “[...] com os alunos-trabalhadores uma lógica para a trajetória pedagógica...” que possibilitou “... a formação profissional do auxiliar de enfermagem crítico, criativo e transformador da realidade” (Silva, 1997).

Quando chegaram à escola, os egressos tinham algo a dizer sobre suas relações de trabalho, apresentavam uma experiência vivida que os educou. Adquiriram conhecimentos no cotidiano do trabalho, resultante de um processo não formal de qualificação profissional. Eram, sobretudo, portadores de um conteúdo que deve ser considerado no processo de aprender e que contribuiu, com certeza, para seu desempenho atual, como expresso nos enunciados a seguir:

“... vim aqui, fiz o curso graças a Deus tudo bem, certinho, onde eu estou exercendo com grande êxito né, nessa parte... porque eu já tenho a minha especialidade nesta área, e tem sido muito útil para mim...”

“... eu formei assim nesta área de enfermagem, nós temos lá sempre a instrução né, e eu sou sempre o cabeça de lá para dar instruções... a gente passa as instruções para eles, tudo que eu aprendi aqui...”

Os enunciados revelam que os momentos que mais aproximaram os egressos do mundo do trabalho foram os de estágio supervisionado, em que foi possível estabelecer estreita e contínua relação entre prática-teoria-prática, integração ensino-serviço:

“... porque não tem coisa pior que você chegar num lugar assim, tipo assim, só tem teoria, teoria e não tem a prática, apesar da gente ter assim os estágios, tudo direitinho né, porque vê a matéria vai lá e faz o estágio...”

“... assim é muito importante você saber teoria para depois aplicar a prática, porque você sabe responder por que você está fazendo aquilo.”

Esses discursos permitem captar que na atividade humana, a articulação entre teoria e prática, movem-se e transformam-se continuamente a um só tempo, “[...] *uma vez que a teoria não exclui a prática e a prática não exclui a teoria na atividade social dos homens*” (Veiga, 1996).

Segundo Vazquez (1977), é na prática que se prova e se demonstra a verdade; fora dela, não há verdadeiro nem falso, uma vez que a verdade não existe em si, mas sim na prática. Esse papel da prática como critério de verdade não ocorre de forma direta e imediata, porque a prática não fala por si mesma, e os fatos práticos necessitam ser analisados e interpretados, porque *“o critério de verdade está na prática, mas só se descobre numa relação propriamente teórica com a prática mesma”* (Vazquez, 1977).

Transpondo tais afirmações do autor para o mundo da educação profissional do auxiliar de enfermagem, pode-se inferir a adequação e importância em proporcionar os momentos de dispersão para os estudantes, por produzirem situações que poderão ser associadas à teoria, que ocorre tanto nos momentos de concentração como de dispersão, no desenvolvimento do curso.

Vazquez (1977) afirma que a atividade teórica proporciona um conhecimento indispensável para transformar a realidade, traçando finalidades que antecipam idealmente sua transformação, porém “[...] *é preciso atuar praticamente*” (Vazquez, 1977).

Entre a teoria e a prática transformadora, que é um pressuposto que a Escola Técnica de Saúde preconiza, insere-se um trabalho de educação de consciências, *“... de organização dos meios materiais e planos concretos de ação, tudo isso com passagem indis-*

pensável para desenvolver ações reais, efetivas” (Vazquez, 1977).

No conjunto discursivo dos auxiliares de enfermagem, pode-se inferir que a escola vem contribuindo adequadamente, pela pertinência dos conteúdos constantes do curso para auxiliar de enfermagem; dos meios de ensino; do seu processo de avaliação; da metodologia de integração ensino-serviço para a construção de uma educação das consciências dos auxiliares de enfermagem, no sentido de fazê-los separar “[...] *a prática como seu objeto próprio, para que esta se apresente diante dela em estado teórico, isto é, como objeto do pensamento*”, como afirma Vazquez (1977).

No enunciado a seguir, percebe-se que *“é a atividade teórico-prática do homem que motiva e promove, criticamente, transformações na realidade objetiva e no próprio homem”*, segundo Veiga et al. (1996).

“[...] aí com a preparação profissional, hoje em dia, se você falar nessa época é cômico, porque você vê as barbaridades que aconteciam antes, anterior a este curso, anterior a esse processo de descartar material, pois eram só coisas erradas[...].”

Esse discurso corrobora outras afirmações de Veiga et al. (1996), uma vez que traduz o movimento, a transformação contínua da teoria e da prática, o avanço do conhecimento e, também, a criticidade do egresso em relação às práticas realizadas no trabalho, possibilitando qualificar o resultado do seu trabalho: o cuidado.

Pelos discursos dos atores-falantes, pode-se perceber que a operacionalização e condução das atividades de ensino proposta nas disciplinas do curso para auxiliar de enfermagem, ou seja, os momentos de concentração e dispersão foram favoráveis quanto à construção do saber sistematizado, confrontando-o com a realidade concreta, expresso no enunciado a seguir:

“a partir da hora que eu fiz esse curso, mas parece que eu tirei um

saco de sal das costas. Enquanto você só vê falar a regrinha das cinco setas, você não leva em conta e você vê o tanto que ela é fundamental, e quando você está lá e vê a prática, uma coisinha é uma seringa que balançou ali, se ela não tiver aquele detalhezinho que tem indicado nela, é coisa que você tem que aprender na teoria, porque na prática ali você vai saber o que está lá dentro, são coisas assim que você tem que estar capacitado, é vida humana que você está mexendo...”

Esse enunciado permite inferir que o egresso consegue refletir sobre questões abstratas e complexas no seu cotidiano de trabalho, revelando que o professor se pautou em princípios que fundamentam o processo de aprender, ou seja, o como se aprende, considerando os esquemas de assimilação, que são “[...] as formas de ação que um sujeito desenvolve para conhecer alguma coisa”, conforme explica Davini (1994).

A escola orientou-se na autora, que afirma que o professor deve desenvolver uma estratégia de ensino que se baseie nas condições reais dos estudantes, partindo dos esquemas de assimilação mais simples aos mais complexos, desde os mais concretos aos mais abstratos. Para que o adulto possa tornar-se independente dos dados concretos e refletir sobre idéias, abstrações e estabelecer relações, que são os esquemas lógico-abstratos, tem que ter percorrido os esquemas mais simples, ou sejam: os esquemas sensório-motores, em que o sujeito conhece ao manipular e os esquemas perceptivos, no qual o sujeito pode conhecer, observando os objetos materiais, não necessitando da manipulação.

Os professores da Escola Técnica de Saúde da Unimontes tiveram um papel fundamental nesse processo de construção do conhecimento, conjuntamente com o auxiliar de enfermagem, no sentido de organizar sistematicamente uma série gradual e enca-

deada de situações para que esse processo se produza, uma vez que “a aprendizagem não se processa em um determinado momento... requer um tempo no qual o sujeito ‘investigue ativamente’, aplicando suas formas de conhecer e aproximando-se cada vez mais da matriz interna do assunto, em um processo de idas e vindas de reflexão e ação” (Davini, 1994).

Alguns enunciados revelam gestos de solidariedade, de responsabilidade e de comprometimento com o trabalho dos egressos:

“... de que com mais conhecimentos você pode doar e atender melhor os seus pacientes.”

“... vivi muitas experiências lá dentro, aprendi muita coisa, até assim a me humanizar muito mais, e o curso me qualificou assim, para mim poder ter uma relação com os outros, que a gente precisa lidar com pessoas é muito complicado né, então foi isso mesmo para orientar melhor, informar melhor coisas que a gente não tem, e quando não tem, também vou atrás, procuro esclarecer, jamais eu deixo a pessoa voltar sem ser informada do que ela está querendo.”

Aproximando da síntese: construindo nova tese

Do reencontro com os auxiliares de enfermagem, por intermédio dos seus discursos, emergiram as categorias e subcategorias que, a medida que foram analisadas, o fenômeno foi-se revelando, no que ele tem de singular e particular, bem como foram identificados os aspectos que se confrontam e suas formas de transformação.

Nesse recorte, na categoria escola, permitiu-se observar, após a confrontação dos achados com os autores consultados:

- que o modelo pedagógico adotado no curso de auxiliar de enfermagem, mostrou-se adequado à formação do auxiliar de enfermagem e que os conhecimentos e habilidades elaboradas, contribuíram para transformar as ações dos egressos no cotidiano dos serviços de saúde;

- que a capacitação dos docentes não ocorreu de forma arbitrária, mas a partir do estabelecimento de uma ação estratégica, adequada e intencional no processo de trabalho pedagógico;

- que os auxiliares de enfermagem demonstram sentimentos sobre o trabalho, ora de valorização, ora destituído de valor, contradição decorrente da divisão técnica do trabalho em enfermagem, revelados pelos egressos, como crítica e indignação;

- que o “clima” que existiu nos espaços do curso propiciou interações entre professores e estudantes, permitindo estabelecer relações de solidariedade, colaboração e de experiência compartilhada, revelando que a dimensão afetiva permeou o processo de aprendizagem;

- que os auxiliares de enfermagem realizam ações que demonstram solidariedade e respeito à vida, tanto no trabalho como em suas comunidades.

“*Aprendizagem no trabalho*” foi outra subcategoria empírica analisada que permitiu reconhecer:

- que o auxiliar de enfermagem, como estudante-trabalhador, chegou ao curso com grande bagagem de conhecimentos adquiridos ao longo de sua história de vida e que esse saber contribuiu na construção de sentido para sua aprendizagem;

- que o modelo pedagógico do curso foi orientado no enfoque da interdisciplinaridade, ainda de forma incipiente;

- que o estágio supervisionado foi o momento, no decorrer do curso, que manteve estreita e contínua relação entre a prática-teoria-prática, possibilitando a integralização dos conteúdos com a prática em serviço;

- que os auxiliares de enfermagem perceberam e expressaram o movimento, a transformação que ocorreu no seu processo de trabalho anterior e posterior ao curso realizado.

Ter reencontrado os auxiliares de enfermagem, sujeitos deste estudo, foi a experiência fundamental desta pesquisa. Tentar interpretar seus discursos, consultar e interagir com vários autores, comparar resultados alcançados com os descritos na revisão da literatura foi um esforço gratificante e que possibilitou às autoras traçarem algumas recomendações.

A Escola Técnica de Saúde deverá, com base nessa experiência, ampliar seus espaços de ensino-aprendizagem, promovendo a requalificação profissional, tão solicitada por parte dos auxiliares de enfermagem. Sugere-se que essa requalificação ocorra, predominantemente, no interior dos serviços de saúde, para facilitar e promover interação entre os trabalhadores que integram a equipe de enfermagem e, destas, com os demais trabalhadores da saúde, na tentativa de superar conflitos nas relações profissionais, romper barreiras, buscando a elaboração de propostas de atenção à saúde que levem em consideração todas as demandas e necessidades de saúde, considerando suas determinações históricas, culturais e sociais. A qualificação requer a implantação de um programa de educação permanente, que deverá ser sustentado em concepções pedagógicas críticas e em metodologias de educação de adulto, considerando que a estratégia com maior potencial de viabilizar mudanças na formação dos trabalhadores da saúde é atuar sobre as práticas de saúde, articulando o mundo do ensino ao mundo do trabalho.

Para concluir, pode-se afirmar que a relação dialética entre possibilidade e realidade encontra-se em construção, uma vez que o fenômeno em estudo está em desenvolvimento e em sucessivas superações.

A nova tese aponta para limites dos cursos de formação profissional que devem ser seguidos por ações estratégicas de educação permanente, que possibilitem o desenvolvimento dos trabalhadores, como fator fundamental e indispensável da qualidade da atenção à saúde, incluindo a satisfação da população e dos trabalhadores.

Referências bibliográficas

- BASTOS, M. A. R.; MAGALHÃES, Z. R. Experiência de la escuela de enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais. In: _____. *Recursos de enfermería: contribuciones al proceso de desarrollo*. Colombia: Editorial Unibiblos, 2000. p. 42-55.
- BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. *O professor de medicina*. São Paulo: Edições Loyola, 1998. 181 p.
- BORDENAVE, J. D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Capacitação pedagógica para instrutor supervisor*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 19-26.
- BRANT, M. J. C. G. C. *Compreendendo o ser atendente de enfermagem*. 1997. 125 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Capacitação pedagógica para instrutor-supervisor – área da saúde*. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 60 p.
- CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS. Parecer n. 960. Examina processo de autorização de funcionamento de curso de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, em Montes Claros. Relator: Carlos Abdalla, 10 dez., 1991. *Diário do Executivo-MG*, Belo Horizonte, 21 dez. 1991. Parte 1, col. 3, [não paginado].
- _____. Parecer n. 93. Examina pedido de renovação de autorização de funcionamento do curso de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Unimontes. Relator: José Januzzi de Sousa Reis. 29 jan. 1997. *Diário do Executivo-MG*, Belo Horizonte, 14 fev. 1997. col. 2, p.2.
- DAVINI, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de capacitação pedagógica para instrutor-supervisor - área da saúde*. Brasília: OPS; OMS, 1994. p. 27-33.
- DELUIZ, N. *Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação de trabalhadores de saúde*. [S.l.: s.n.], 1997. 15 p. Mimeo. 23.
- FIORIN, J. L. *Elementos de análise do discurso*. 7. ed. São Paulo: Contexto, 1999. 93 p.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.
- _____. *Pedagogia do oprimido*. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975. 218 p.
- GADOTTI, M. A dialética: concepção e método. In: _____. *Concepção dialética da educação*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1995. cap. 2, p. 15-34.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas da pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 204 p.
- GÓMEZ, A. I. P. Ensino para compreensão. In: SACRISTÁN, J. G.; GÓMEZ, A. I. P. *Compreender e transformar o ensino*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998a. cap. 4, p.66-97.
- HEALTHCOM. *El manual para excelência em la investigación mediante grupos focales*. Carrasco: Usaid, 1995. 71 p. Mimeo.
- LIBÂNEO, J. C. *Didática*. 15.ed. São Paulo: Cortez, 1994. 261 p.

- LUCKESI, C. C. *Avaliação da aprendizagem escolar*. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1997. 180 p.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1998. 270 p.
- NIETSCHE, E. A. As teorias da educação e o ensino de enfermagem no Brasil. In: SAUPE R. (Org.). *Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis, SC: Editora da UFSC, 1998. cap. 4, p. 119-162. (Série Enfermagem – Repensul).
- ORLANDI, E. P. *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. 4. ed. Campinas, SP: Pontes, 1996. 276 p.
- REIBNITZ, K. S. et al. Capacitação pedagógica: suporte para a implementação do curso. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Enfermagem, Departamento de Saúde Pública. *Fazendo a diferença: profissionalização em enfermagem no Estado de Santa Catarina*. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, v. 5, p. 123-121, 1997.
- SANTOMÉ, J. T. Os motivos do currículo integrado. In: _____ *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1998. cap. 2, p.25-83.
- SANTOS, O. J. *Pedagogia dos conflitos sociais*. Campinas, SP: Papirus, 1992. 146 p.
- SANTOS FILHO, J. C; GAMBOA, S. S. (Org.). *Pesquisa educacional: quantidade-qualidade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997. 111p. (Questões da nossa época, 42).
- SILVA, D. M. G. V. et al. Metodologia problematizadora no processo ensino-aprendizagem. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Enferma-
- gem, Departamento de Saúde Pública. *Fazendo a diferença: profissionalização em enfermagem no Estado de Santa Catarina*. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, v.5, p.111-119, 1997.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS (Unimontes). *Estudo para implantação da Escola Técnica de Saúde*. Montes Claros, 1991. Documento de trabalho.
- _____. *Núcleos descentralizados – a qualificação profissional avançando em Minas, rumo à implementação do Sistema Único de Saúde*. Montes Claros, 1998. (Documento de trabalho).
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1994. 175 p.
- VAZQUEZ, A. S. *Filosofia da práxis*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 454 p.
- VEIGA, I. P. A. et al. *Didática: o ensino e suas relações*. São Paulo: Papirus, 1996. 183 p.
- WALDOW, V. R. et al. *Maneiras de cuidar – maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 202 p.

Análise

A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE¹

The insertion of technical employment in the health services at Brazil, according to the labor grade data by AMS/IBGE survey

Mônica Vieira²

Socióloga, doutoranda em Saúde Coletiva

Ana Luiza Stiebler Vieira

Enfermeira sanitária, doutora em Saúde Pública

Júlio César França Lima

Enfermeiro sanitário, doutorando em Educação

Mônica Rodrigues Campos

Estatística, doutoranda em Saúde Coletiva

Renata Reis

Assistente social sanitária, mestre em Saúde Pública

Sandra Rosa Pereira

Socióloga, mestre em Saúde Pública

Resumo: Este artigo tem como objeto de estudo o conjunto das ocupações técnicas da área da saúde, a partir da análise dos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), anos 1999 e 2002. Seu objetivo principal é observar a inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde do País, considerando as variáveis relativas aos postos de trabalho nos estabelecimentos do setor. A análise realizada apontou para as características institucionais dos postos de trabalho, tais como distribuição regional, setor de atuação e tipo de estabelecimento e permitiu perceber alterações em relação ao nível de escolaridade da força de trabalho que acompanham mudanças tecnológicas e organizacionais que ocorrem no mundo do trabalho, com exigências de maior qualificação de trabalhadores e progressiva flexibilização das relações de trabalho.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde - tendências; Ocupações em Saúde.

Abstract: This article has, as object of study, the whole of technical employment in the health area, based on the data analysis of AMS/IBGE Survey on Medical and Sanitary Assistance, years 1999 and 2002. The main objective is to observe the insertion of Technical Employment in the Country's Health services, considering the relative variables of labor grade in the sector's establishments. The analysis, pointed to the institutional characteristics of labor grades as: regional distribution, branch activity and nature of business organization, thus permitting to perceive alterations related to scholarship level on the labor force, that follows the technological and organizational changes that occurs at the labor sector, with the demand of more qualification to the workers and progressive flexibilization on labor relations.

Keywords: Health Manpower - trends; Health Occupations.

¹ Este artigo é parte do relatório de pesquisa "As ocupações técnicas nos estabelecimentos de saúde: um estudo a partir dos dados da AMS/IBGE", Ministério da Saúde/Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem/Sistema de Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho do Setor da Saúde com Foco em Enfermagem (MS/PROFAE/Samets).

² Equipe de trabalho do Observatório dos Técnicos em Saúde, responsável pelo estudo. *E-mail:* observa@fiocruz.br, telefone: (0xx) 21 3882-9021. Endereço para correspondência: Av. Brasil, 4.036, sala 209, Manguinhos. CEP: 21040-361. Rio de Janeiro - RJ.

Introdução

A recente criação³ da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, com o propósito de desenvolver a Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS, explicita o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no País. É nesse contexto que se evidencia a necessidade de utilizar os diagnósticos da força de trabalho em saúde no sentido de apontar os eixos e as estratégias fundamentais para o equacionamento de distorções relativas à gestão do trabalho e da educação na saúde e que o presente artigo é elaborado, com o objetivo de acompanhar a inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde do País, no período de 1999 a 2002, por meio dos dados de postos de trabalho da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A base de dados utilizada neste estudo apresenta a demanda por trabalho nos serviços de saúde, não devendo ser confundida com a composição do emprego no setor, que ultrapassa o núcleo do setor da saúde. A caracterização do macrossetor da saúde envolve os diversos tipos de prestadores de serviços de saúde, estendendo-se também a muitos ramos da indústria, do comércio e dos serviços em geral. A AMS reporta, exclusivamente, ao núcleo de serviços de saúde, ou seja, os serviços produzidos em estabelecimentos especificamente voltados para a manutenção e recuperação da saúde (Girardi, 2002). No entanto, essa estatística possibilita acompanhar algumas das reconfigurações mais expressivas do setor nos últimos anos: a municipalização e a expansão da flexibilização das relações de trabalho (Girardi, 2002, p.17).

Numa caracterização da saúde como setor que apresenta extensas ramificações, Dedecca *et al.* (2001, p.177) afirmam que qualquer

estimativa da ocupação no setor da saúde tende a ser conservadora, pois é orientada pela busca de segmentos ocupacionais mais visíveis e escapam do conjunto mais amplo de ocupações que se vinculam de forma mais indireta ao setor.

As Políticas de Recursos Humanos, no final da década de 70 e início dos anos 80, foram decisivas na mudança da composição interna das equipes de saúde (Médici, 1987). Passa-se a privilegiar a formação e a qualificação de pessoal de nível técnico e auxiliar, seja em função das necessidades de expansão da rede ambulatorial, seja em decorrência do baixo nível de qualidade de atendimento prestado nos hospitais, em função da polarização do emprego entre médicos e atendentes. Nesse período, foi possível detectar um forte crescimento do número de postos de trabalho de ocupações ligadas aos serviços básicos de saúde, como o técnico e o auxiliar de saneamento e o agente de saúde pública (AMS/IBGE, 1978, 1984). Já nos últimos anos, fica reforçada a importância da participação dos trabalhadores de nível técnico e auxiliar no setor da saúde, que passam a totalizar, aproximadamente, 40% dos postos de trabalho nos serviços de saúde, segundo os dados da AMS/IBGE 1999 e 2002.

Sob a denominação de trabalhadores técnicos em saúde, foi considerada uma pluralidade de nomenclaturas – elementar, auxiliar e técnico – inseridos nos estabelecimentos de saúde. A diversidade de ocupações técnicas é ampla, tanto no que se refere ao quantitativo de trabalhadores, situação organizativa, como na inserção no mercado de trabalho em saúde. Algumas dessas ocupações são mais antigas, datando sua regula-

³ Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, aprova a Estrutura Regimental e o quadro demonstrativo de cargos e funções do Ministério da Saúde e define as competências dos órgãos.

mentação profissional da década de 70 e metade dos anos 80, portanto, com um início anterior à organização do Sistema Único de Saúde. Entre essas ocupações, se destacam as subáreas de Óptica, Radiologia Médica, Nutrição e Dietética, Saúde Bucal, Patologia Clínica e Histologia, Farmácia e a própria Enfermagem. Outras ocupações, como as de registros de saúde, equipamentos médico-hospitalares, citotécnico, hematologia e hemoterapia, e vigilância sanitária e ambiental, possuem uma história associada à organização do SUS, e suas leis, pareceres e resoluções datam do final da década de 80 e início dos anos 90. Com relação às ocupações de nível elementar, cabe destacar a recente regulamentação da ocupação dos agentes comunitários de saúde, que passa por processo de definição do seu perfil de competências profissionais.

Neste artigo, ganham destaque as ocupações mais fortemente implicadas na formulação das atuais Políticas Públicas de Saúde, quais sejam: a enfermagem, a vigilância sanitária, a saúde bucal e os agentes comunitários de saúde. Essas áreas assumem centralidade em programas atuais como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) e o Programa Saúde da Família (PSF), na perspectiva da formação e incorporação dos trabalhadores de nível médio.

Aspectos metodológicos

Este estudo é do tipo descritivo, a partir da análise das informações das últimas Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária, realizadas em 1999 e 2002. A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária é, desde 1975, uma base de dados de responsabilidade do IBGE, e que, atualmente, possui o apoio do Ministério da Saúde, por intermédio do projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus). Seu principal propósito é definir o perfil da capacidade instalada em saúde,

mediante o levantamento de dados cadastrais e gerais de estabelecimentos de saúde no País.

Cabe observar que a definição do período de análise relaciona-se com a impossibilidade de comparação dos diferentes anos de realização da pesquisa, visto que, tanto seu instrumento de coleta de dados, quanto o universo de pesquisa sofreram alterações⁴.

A pesquisa, após sete anos de interrupção, passou por uma reformulação em 1999, quando os estabelecimentos, anteriormente classificados de acordo com o entrevistador e com o responsável pelas informações do estabelecimento⁵, passam a ter os dados coletados sem essa classificação em função de diferenças conceituais nas diversas Unidades da Federação quanto a esta tipologia. No entanto, de acordo com as variáveis coletadas (complexidade tecnológica, recursos disponíveis), seria possível classificar o estabelecimento *a posteriori* (AMS, 1999).

Os serviços contratados ou terceirizados que funcionassem dentro de outro estabelecimento de saúde, prestando serviço ao mesmo, foram contabilizados como sendo do próprio estabelecimento, buscando retratar a real dimensão da oferta desses serviços. Porém, em 2002, houve a inserção da variável “tipo de terceirização”

⁴ Com relação aos anos de estudo, observa-se que em 1999 os laboratórios de análises clínicas que somente realizassem análises de bioquímica, parasitologia e/ou bacteriologia não foram objeto da pesquisa, sendo excluídos do subconjunto relativo às Unidades de Apoio à Diagnóstico e à Terapia (UADT). Entretanto, em 2002, esses laboratórios de análises clínicas são novamente reintegrados à base de dados. Nesse momento, cabe ressaltar que a retirada de tal *locus* terá reflexo na análise das ocupações. Quanto à cobertura, convém esclarecer que os “consultórios particulares” de profissionais de saúde autônomos que, por sua vez, representam o principal recurso da assistência ambulatorial das operadoras de planos privados de saúde, “são excluídos dessa pesquisa”.

⁵ Os estabelecimentos eram classificados em seis tipos: postos de saúde, centros de saúde, unidades mistas, hospitais, clínicas ambulatoriais e unidades de complementação diagnóstica e terapêutica.

– ambulatorial, urgência e emergência, internação, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) –, discriminando-se, diferentemente de 1999, os serviços contratados ou terceirizados que funcionassem dentro de outro estabelecimento de saúde, prestando serviço ao mesmo, não sendo mais computados no mesmo questionário.

Notifica-se, ainda, que a partir das informações da AMS, não é possível estimar, para os estabelecimentos que declaram prestar serviços ao SUS e aos clientes de planos privados de saúde e àqueles particulares, que parte de um mesmo estabelecimento destinasse a cada segmento assistencial (Viacava; Bahia, 2002).

Quanto aos dados relacionados ao pessoal de saúde, a AMS informa o conjunto de postos de trabalho ocupados nos estabelecimentos de saúde. A principal particularidade dessa base de dados relaciona-se às características do conjunto de postos de trabalho nos estabelecimentos do setor. Nesse sentido, não é possível conhecer o perfil socioeconômico e demográfico dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho em saúde, mas sim, analisar as características institucionais dos postos de trabalho. Como o objetivo principal foi acompanhar a inserção das ocupações técnicas nos estabelecimentos de saúde do País, foram selecionadas as seguintes variáveis: 1) composição da força de trabalho de nível técnico, auxiliar e elementar; 2) distribuição regional; 3) distribuição dos postos de trabalho por tipo de estabelecimento: com internação, sem internação, e serviços de apoio à diagnose e terapia; 4) postos de trabalho por esfera administrativa do estabelecimento: público (federal, estadual e municipal) e privado; 5) postos de trabalho por forma de vínculo do trabalhador com o estabelecimento: próprio (contrato direto com o estabelecimento), intermediário (contrato por empresa, cooperativa ou outro tipo de entidade diferente do estabelecimento) e outros (prestação de serviço, autônomo).

Composição das ocupações técnicas em saúde

O exame da composição da força de trabalho em saúde, no período de 1999 a 2002, reforça a tendência, já verificada em meados da década de 80, da elevação do grau de escolaridade dos trabalhadores em saúde, particularmente de nível técnico. Enquanto os postos de trabalho dos técnicos e auxiliares de saúde representavam 27,30% do total dos postos de trabalho existente em 1984 (AMS, 1984), passam a representar, nos anos de 1999 e 2002, respectivamente, 37,9% e 39,1% do total dos postos ocupados em saúde. Já o nível elementar, contava, em 1984, com 42,9% do total de postos de trabalho; nos anos de 1999 e de 2002, passa a constar com reduzida participação na composição da força de trabalho em saúde, 13,67% e 15,29. No entanto, essa parcela foi a que apresentou a maior taxa de crescimento anual, entre 1999 e 2002, como observado na Tabela 1. Esse fato está relacionado com a estratégia do Ministério de Saúde de fortalecer e ampliar a implementação dos programas de Agente Comunitário de Saúde (Pacs) e Saúde da Família (PSF) no Brasil.

Os incentivos financeiros criados pelo Ministério da Saúde ocasionaram uma rápida expansão do PSF. Em dezembro de 1994, no Brasil, existiam 328 equipes do PSF em apenas 55 municípios brasileiros e 29.098 agentes comunitários de saúde em atividade. Em outubro de 2002, eram 16.463 equipes em cerca de 74% das cidades brasileiras, e mais de 172 mil agentes comunitários de saúde foram contratados para o PSF em todo o País (Informe Saúde, 2002). Observa-se, na Tabela 2, que os postos de trabalho relacionados aos agentes comunitários de saúde passaram de 67.503 postos, em 1999, para 142.696 em 2002; uma taxa de crescimento anual de 49,5%.

A análise da distribuição de postos de trabalho de nível técnico e auxiliar, segundo ocupação, aponta para predominância da subárea de enfer-

Tabela 1

Evolução dos Postos de Trabalho segundo Nível de Escolaridade. Brasil – 1999, 2002

Nível de escolaridade	1999		2002		Taxa de Crescimento Anual
	Nº. Abs.	%	Nº. Abs.	%	
Superior	665.512	48,39	729.747	45,59	4,3%
Técnico/Auxiliar	521.735	37,94	626.160	39,12	8,9%
Qualificação Elementar	187.991	13,67	244.809	15,29	13,4%
Total	1.375.238	100,00	1.600.716	100,00	7,3%

Fonte: IBGE – AMS 1999/2002.

Tabela 2

Postos de Trabalho segundo Ocupações de Nível Técnico/Auxiliar e Elementar em Saúde. Brasil – 1999, 2002

Ocupações por nível de escolaridade	1999		2002		Taxa de Crescimento Anual
	Nº	%	Nº	%	
Total Nível Técnico / Auxiliar	521.735	100,00	626.160	100,00	8,9%
Biodiagnóstico	17.319	3,32	43.138	6,89	66,3%
Téc./Aux. em histologia	987	0,19	626	0,10	-16,3%
Téc./Aux. em patologia clínica/ laboratório	14.738	2,82	41.187	6,58	79,8%
Téc. em citologia/citotécnica	1.594	0,31	1.325	0,21	-7,5%
Enfermagem	389.370	74,63	471.904	75,36	9,4%
Aux. de enfermagem	339.766	65,12	389.277	62,17	6,5%
Téc. de enfermagem	49.604	9,51	82.627	13,20	29,6%
Farmácia	10.021	1,92	12.878	2,06	12,7%
Téc./Aux. de farmácia	10.021	1,92	12.878	2,06	12,7%
Hematologia/Hemoterapia	5.449	1,04	3.257	0,52	-17,9%
Téc./Aux. em hematologia / hemoterapia	5.449	1,04	3.257	0,52	-17,9%
Nutrição e Dietética	7.331	1,41	8.876	1,42	9,4%
Téc./Aux. em nutrição e dietética	7.331	1,41	8.876	1,42	9,4%
Radiologia	20.231	3,88	24.347	3,89	9,0%
Téc. em radiologia médica	20.231	3,88	24.347	3,89	9,0%
Reabilitação	4.306	0,83	4.874	0,78	5,9%
Téc./Aux. em fisioterapia e reabilitação	4.306	0,83	4.874	0,78	5,9%
Saúde Bucal	22.380	4,29	14.666	2,34	-15,3%
Téc. em higiene dental	2.834	0,54	-	-	-
Aux. de consultório dentário	18.785	3,6	-	-	-
Téc./Aux. de saúde oral ⁽¹⁾	-	-	14.666	2,34	-14,3%
Téc./Aux. em prótese dentária	761	0,15	-	-	-
Equipamentos Médico-Hospitalares	2.072	0,4	3.202	0,51	24,2%
Téc. em equipamentos médico-hospitalares	2.072	0,4	3.202	0,51	24,2%
Vigilância sanitária e ambiental	8.083	1,55	6.713	1,07	-7,5%
Agente de saneamento	4.116	0,79	-	-	-
Fiscal sanitário	2.602	0,5	4.260	0,68	28,3%
Téc./Aux. em vigilância sanitária e ambiental	1.365	0,26	2.453	0,39	35,4%
Outros - nível técnico/auxiliar	35.173	6,74	32.305	5,16	-3,6%
Total Nível Elementar	187.991	100,00	244.809	100,00	13,4%
Atendente/Aux. de serviços diversos assemelhados	82.040	43,64	60.639	24,77	-11,6%
Parteira	3.470	1,85	2.546	1,04	-11,8%
Agente de saúde pública	11.753	6,25	10.468	4,28	-4,9%
Agente comunitário de saúde	67.503	35,91	142.696	58,29	49,5%
Guarda endemias/Agente controle de zoonose/Agente controle Vetor	9.986	5,31	16.805	6,86	30,3%
Outros – nível elementar	13.239	7,04	11.655	4,76	-5,3%

Fonte: IBGE – AMS/1999/2002.

⁽¹⁾ Saúde Oral inclui os técnicos em higiene dental e os auxiliares de consultório dentário.

Obs.: A designação saúde oral deve ser entendida como saúde bucal.

magem, concentrando 74,6% dos postos de trabalho em 1999 e 75,3% em 2002. Nenhuma das outras ocupações de nível técnico e auxiliar alcança a faixa dos 10% (Tabela 2). Essa concentração de postos de trabalho em enfermagem faz com que muitas ocupações possam ser classificadas como “categorias minoritárias”, o que não é verdadeiro, pois, para Nogueira (2002), o pequeno contingente de trabalhadores em áreas “cruciais” para o funcionamento dos serviços deve ser atentamente verificado, especialmente, num momento em que são ampliados as propostas de qualificação profissional e o papel das Escolas Técnicas do SUS.

Na subárea de enfermagem, considerando as três ocupações — o técnico, o auxiliar e o atendente de enfermagem —, observou-se entre os anos de 1999 e 2002 um intenso decréscimo dos postos de trabalho dos atendentes de enfermagem e também grande crescimento dos postos de trabalho dos auxiliares de enfermagem. Os atendentes, em 1999, representavam 43,6% do total da força de trabalho de nível elementar no País, diminuindo sua participação para 24,8% em 2002. Os auxiliares, nesse contexto, passam a representar a maior força de trabalho da enfermagem. No entanto, entre 1999 e 2002, os técnicos de enfermagem, crescem a uma participação de 29,6% nesse período, enquanto os auxiliares de enfermagem crescem apenas a uma taxa de 6,5%, indicando um aumento no número de trabalhadores com Ensino Médio completo.

Tal fato parece refletir o impacto de resoluções regulamentadoras do exercício profissional da enfermagem no País⁶ e de projetos específicos de profissionalização na área, como o Projeto Larga Escala e o Profae. Com o incentivo para a formação técnica na atualidade, a tendência é que a força de trabalho da subárea de Enfermagem torne-se cada vez mais qualificada. A perspectiva é ainda maior tendo em vista que, com o Parecer CEB/CNE/MEC 10/2000, a qualificação profissional de auxiliar

de enfermagem integrará o itinerário de profissionalização do técnico de enfermagem, bastando para isso, curso de complementação da carga horária teórica e prática. Essas mudanças parecem apontar que, a médio e longo prazo, os trabalhadores com Ensino Médio completo constituam a maior parcela da força de trabalho da enfermagem no País.

A subárea de saúde bucal, composta pelas ocupações de técnico em higiene dental, técnico ou auxiliar em prótese dentária e auxiliar de consultório dentário, apresentou o segundo maior quantitativo de postos de trabalho de nível técnico no País em 1999. A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação de ações nessa área, no setor público, levou o Ministério da Saúde a publicar, em 28 de dezembro de 2000, a Portaria MS/GM nº 1.444⁷, que estabelece o incentivo e o financiamento de ações voltadas para a promoção da saúde bucal e a inserção de profissionais dessa subárea no Programa Saúde da Família.

⁶ Os atendentes de enfermagem não são reconhecidos oficialmente, desde 1986, como uma categoria da equipe — em função da Lei nº 7.498, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem — por não possuírem formação específica regulada em lei (Cofen, 1990a). Todos os exercedores de tarefas elementares de enfermagem nos estabelecimentos de saúde do País, segundo a Resolução Cofen nº 111, de 1989, estariam autorizados para esse exercício até 26 de junho de 1996, findo o qual, seriam considerados ilegais caso não obtivessem formação profissional em enfermagem (Cofen, 1990b). O objetivo do Cofen era incentivar essa formação profissional para melhor qualificação da equipe de enfermagem. Em 1994, com a Lei nº 8.967, de 28 de dezembro, assinada por Itamar Franco, os atendentes admitidos nos serviços de saúde até a data dessa lei, tiveram assegurado novamente o direito do exercício das tarefas elementares de enfermagem sob a supervisão dos enfermeiros (DOU, 1994); os admitidos após 1994, além de não comporem legalmente a equipe de enfermagem, são considerados pelo Cofen, como exercedores ilegais da enfermagem, sujeitos tanto quanto seus empregadores, a processos e penalidades.

⁷ Essa Portaria foi regulamentada pela Portaria MS/GM nº 267, de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2002, foram implantadas 3.943 equipes de saúde bucal, distribuídas em 2.157 municípios, beneficiando aproximadamente 24,3 milhões de brasileiros (Brasil, 2002). Dentre as 3.943 equipes implantadas, 3.540 equipes eram compostas por um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário, e apenas 403 equipes eram compostas por um cirurgião dentista, um técnico de higiene dental e um atendente de consultório dentário. Os recursos financeiros destinados à implantação de equipes de saúde bucal no PSF tendem a ampliar os postos de trabalho, principalmente do atendente de consultório dentário.

Entretanto, a análise dos dados da AMS, no período de 1999 e 2002, não nos permite afirmar tal expansão. Enquanto no ano de 1999 a AMS classificou três ocupações da subárea de saúde bucal: o técnico em higiene dental, o auxiliar de consultório dentário e o técnico e auxiliar em prótese dentária, no ano de 2002, classificou apenas uma ocupação denominada de técnico e auxiliar de saúde oral. Segundo o manual de instrução do questionário deste ano, essa ocupação inclui os técnicos de higiene dental e os auxiliares de consultório dentário⁸. Ao considerar o total de postos de trabalho do grupo de saúde oral (técnicos em higiene dental e auxiliar de consultório dentário), verificou-se um decréscimo de 14,3% dos postos de trabalho desse grupo, no período de 1999 e 2002 (Tabela 2).

Em relação à subárea de vigilância sanitária, em 1999, a AMS disponibilizou dados desagregados de três categorias de trabalhadores: o agente de saneamento, o fiscal sanitário e o técnico e auxiliar em vigilância sanitária e ambiental. Na pesquisa de 2002, o agente de saneamento não aparece especificado, dificultando a análise desse grupo ocupacional. Essas terminologias podem gerar dúvidas quanto às suas especificidades e, portanto, considera-se útil definir o que a base de dados entende

de cada uma dessas ocupações. O fiscal sanitário atua na vigilância ou fiscalização sanitária junto aos domicílios, estabelecimentos de produção, comércio e serviços de interesse para a saúde, verificando o cumprimento da legislação sanitária vigente em sua área de atuação. Enquanto o técnico e auxiliar em vigilância sanitária ou ambiental atuam sob a supervisão de um profissional de nível superior desenvolvendo ações nas áreas de controle de zoonoses e de vetores, abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos, segurança no trabalho, situações de emergência e calamidade pública, e fiscalização sanitária.

Segundo a AMS/2002, no Brasil, existem 4.260 postos de trabalho de fiscal sanitário e 2.453 de técnico ou auxiliar em vigilância sanitária, representando respectivamente 0,68% e 0,39% do total de postos de trabalho de nível técnico.

Em recente artigo, Nogueira (2002) faz uma análise do contexto atual da área de recursos humanos em Saúde e define quatro tipos de categorias que impõem estratégias novas de qualificação e gestão dos trabalhadores de nível técnico: categorias que são decorrentes e dependentes da ação do Estado; as que são ou deveriam ser estimuladas pela ação do Estado; as que correspondem a um contexto técnico e social ultrapassado e estão em processo de ajuste; e as que compõem um rol múltiplo de funções tanto no setor público quanto no privado. Conforme sinalizado, as ocupações citadas anteriormente: enfermagem, saúde bucal, vigilância sanitária e os agentes comunitários de saúde, conformam um grupo fortemente correlacionado às Políticas Públicas para o setor.

⁸ Com essa mudança no instrumento de coleta de dados da AMS, não será possível uma análise específica da distribuição de postos de trabalhos segundo as ocupações da subárea de Saúde Bucal.

Distribuição regional das ocupações técnicas em saúde

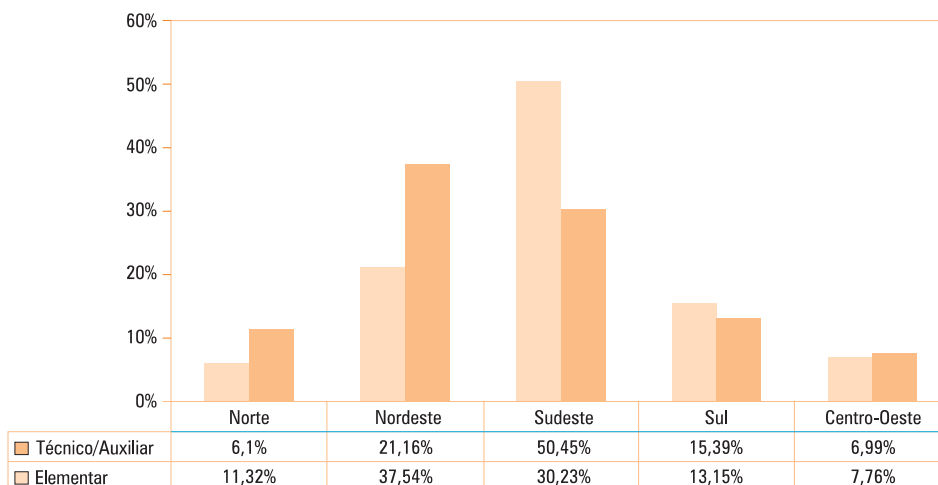
O Sudeste permanece concentrando a oferta de postos de trabalho no Brasil (Gráfico 1). Verifica-se que, em 1999 e 2002, mais da metade dos postos de trabalho das ocupações técnicas e auxiliares em histologia, radiologia médica, equipamentos médico-hospitalares e as ocupações de auxiliar de enfermagem e de técnico de enfermagem também se concentram nessa região. Em 1999, 50,8% e 51,9% dos postos de trabalho de citologia ou citotécnica e de hematologia ou hemoterapia, respectivamente, localizavam-se no Sudeste e, em 2002, ambas as ocupações diminuíram em cerca de três pontos os percentuais de postos de trabalho. A ocupação de técnico e auxiliar em reabilitação também se concentraram no Sudeste. O Sudeste localiza a maior rede instalada do setor da saúde (38,2% em 1999 e 37,3% em 2002 do total dos estabelecimentos em saúde), bem como os grandes hospitais, muitos dos quais são centros de referência e boa parte detém alto nível de complexidade, incorporando expressivo contingente de trabalhadores. A região ainda concentra a maior rede formadora de técnico e auxiliar. Segundo Lima *et al.* (2002), aproximadamente 70% dos estabeleci-

mentos de ensino de Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde concentravam-se nessa região em 2001.

O Nordeste era, segundo a AMS 2002, a segunda região com maior quantitativo de postos de trabalho de nível técnico e auxiliar, com 21,2%; seguido do Sul, com uma oferta de 15,4%; do Centro-Oeste, com 6,9%; e do Norte, com 6,0%. Em relação ao total de 244.809 postos de trabalho de nível elementar, estes se distribuem em 37,5% no Nordeste, 30,2% no Sudeste, 13,2% no Sul, 11,3% no Norte, e 7,8% no Centro-Oeste.

Em relação à distribuição dos postos de trabalho de nível elementar, observa-se que esses concentram-se no Nordeste, 41,1% em 1999 e 37,5% em 2002. Destacamos a ocupação de agente comunitário de saúde que, em 1999, concentrou 57,3% dos 67.503 postos de trabalho. No ano de 2002, verifica-se que apenas 35,8% do total dos postos de trabalho dessa ocupação estavam localizados nessa região. Nesse mesmo período, percebe-se no Sudeste crescimento significativo da oferta de trabalho para essa ocupação. Os agentes comunitários de saúde se inserem principalmente na Estratégia de Saúde da Família. De acordo com Ministério da Saúde, em maio de 1999, do total de 90.777 agentes

Gráfico 1
Percentual de Postos de Trabalho de Ocupações Técnicas/Auxiliares e de Qualificação Elementar segundo distribuição regional. Brasil – 2002



Fonte: IBGE – AMS 1999, 2002.

comunitários de saúde que trabalhavam no Saúde da Família, 60,5% estavam trabalhando no Nordeste, 15,0% no Norte, 6,9% no Centro-Oeste, 8,7% no Sul e apenas 8,9% no Sudeste.

Tipo de estabelecimento de saúde⁹

Na análise dessa variável, consideraram-se dois tipos de atendimentos prestados pelos estabelecimentos de saúde: com e sem internação. São considerados estabelecimentos com internação aqueles destinados à acomodação de pacientes internados (leitos) para permanência por um período mínimo de 24 horas¹⁰. Os estabelecimentos sem internação são aqueles que permitem o atendimento ambulatorial ou de emergência (AMS, 2002).

Verifica-se que, nos anos de 1999 e de 2002, a maior parte dos postos de trabalho de nível técnico e auxiliar no Brasil está localizada nos estabelecimentos com internação. Em 1999, os estabelecimentos com internação somavam cerca de 70% dos postos de trabalho das ocupações de nível técnico e auxiliar, caindo para 67,8% em 2002 (Quadro 1). As ocupações que compõem a subárea de enfermagem influenciam esse resultado em função do grande quantitativo de trabalhadores.

Verifica-se que, entre as ocupações de nível técnico e auxiliar que apresentam múltipla inserção, ou seja, distribuem-se tanto em estabelecimentos com e sem internação, como nos estabelecimentos de serviço de apoio diagnóstico, destacam-se a enfermagem, a histologia, a patologia clínica, a citologia, a hematologia e a hemoterapia, a radiologia médica, a reabilitação e os equipamentos médico-hospitalares. Entretanto, analisando mais detidamente cada ocupação de nível técnico e auxiliar, verifica-se que, das ocupações citadas acima, a de reabilitação é a que apresenta percentuais mais diluídos entre os três tipos de estabelecimentos. Apenas dois grupos ocupacionais de nível técnico e auxiliar –

saúde bucal e vigilância sanitária – apresentam percentuais acima dos 70% de postos de trabalho em estabelecimentos sem internação.

Os postos de trabalho de nível elementar estão, majoritariamente, localizados nos estabelecimentos sem internação devido à participação dos agentes comunitários de saúde, dos agentes de saúde pública, de controle de zoonoses e vetores, e dos guardas de endemias. Entre 1999 e 2002, os empregos nesses estabelecimentos apresentaram um extraordinário crescimento, passando de 56,9% para 74,7%. Como mencionado anteriormente, esse crescimento está associado à implementação dos programas Pacs e PSF nos municípios, particularmente, à ampliação do número de agentes comunitários de saúde no Brasil.

A Pesquisa de Assistência Médica Sanitária de 2002 confirma a maior absorção no País das ocupações de enfermagem nos estabelecimentos com internação (75,31% dos técnicos, 72,52% dos auxiliares e 54,31% dos atendentes), demonstrando que o *locus* privilegiado do trabalho da enfermagem é o hospital. Isso constitui um fato já histórico na área, podendo ser verificado desde a criação da profissão e do início da utilização dos “práticos de enfermagem” no sistema de saúde do País. A formação desses profissionais esteve voltada, primordialmente, para o âmbito hospitalar ou para a assistência curativa, ainda que a qualificação dos trabalhadores tenha se iniciado com o Departamento Nacional de Saúde Pública e dos Serviços de Enfermagem de Saúde Pública no

⁹ Cabe explicitar que a AMS não considera objeto da pesquisa os consultórios particulares, ambulatórios médicos ou dentários da rede escolar ou de empresas, estabelecimentos destinados exclusivamente à pesquisa ou ensino e os criados provisoriamente em caráter de campanha. Ressalta-se que tal fato subestima o total dos postos de trabalho de ocupações da subárea de saúde bucal.

¹⁰ O hospital-dia não é considerado estabelecimento com internação.

Quadro 1
Distribuição Percentual de Postos de Trabalho segundo Ocupações Técnicas/Auxiliares e Elementares em Saúde por Tipo de Estabelecimento. Brasil – 1999, 2002

Ocupações por Nível de Escolaridade	1999			2002		
	Com Internação	Sem Internação	SADT	Com Internação	Sem Internação	SADT
Total Nível Técnico/Auxiliar	70,21	25,92	3,86	67,84	25,75	6,42
Téc./Aux. em histologia	41,64	5,67	52,68	39,46	4,47	56,07
Téc./Aux. patologia clínica/laboratório	72,96	27,04	0,00	44,57	17,71	37,71
Téc. em citologia/citotécnica	43,54	17,82	38,64	32,08	18,11	49,81
Aux. de enfermagem	75,58	23,07	1,36	72,52	25,43	2,05
Téc. de enfermagem	78,56	19,15	2,29	75,31	20,54	4,15
Téc./Aux. de farmácia	79,29	20,71	0,00	78,06	21,94	0,00
Téc./Aux. em hematologia/hemoterapia	58,56	10,52	30,92	63,16	10,16	26,68
Téc./Aux. em nutrição e dietética	98,01	1,99	0,00	96,91	3,09	0,00
Téc. em radiologia médica	64,17	16,02	19,82	60,02	15,04	24,94
Téc./Aux. em fisioterapia ou em reabilitação	39,85	28,66	31,49	34,30	36,87	28,83
Téc. em higiene dental	9,00	91,00	0,00	-	-	-
Aux. consultório dentário	14,70	85,30	0,00	-	-	-
Téc./Aux. de saúde oral	-	-	-	6,14	93,86	0,00
Téc./Aux. em prótese dentária	19,05	80,95	0,00	-	-	-
Téc. em equipamentos médico-hospitalares	66,99	15,64	17,37	74,20	15,46	10,34
Agente de saneamento	13,70	86,30	0,00	-	-	-
Fiscal sanitário	24,02	75,98	0,00	23,71	76,29	0,00
Téc./Aux. em vigilância sanitária e ambiental	24,98	75,02	0,00	16,55	83,45	0,00
Outros - nível técnico/auxiliar	55,78	27,54	16,68	60,45	28,61	10,95
Total Nível Elementar	40,24	56,92	2,85	22,96	74,70	2,34
Atendente/Aux. de serviços diversos assemelhados	62,63	32,66	4,71	54,31	38,74	6,95
Parteira	83,54	16,46	0,00	81,11	18,89	0,00
Agente de saúde pública	17,60	82,40	0,00	19,91	80,09	0,00
Agente comunitário de saúde	14,02	85,98	0,00	7,24	92,76	0,00
Guarda Endemias/Agente controle de zoonose						
Agente controle vetor	12,94	87,06	0,00	9,09	90,91	0,00
Outros – nível elementar	64,48	24,30	11,22	62,33	24,69	12,97

Fonte: IBGE – AMS 1999/2002.

início do século XX, tendo como objetivos o saneamento e o controle de epidemias que assolavam as cidades, principalmente as portuárias. Embora a maioria dos empregos da enfermagem se localize nos hospitais, a tendência tem sido de aumento da sua absorção nos estabelecimentos

sem internação, e mais recentemente, nos estabelecimentos de apoio à diagnose e terapia.

Setor de atuação e esfera administrativa

Os dados da AMS dos anos de 1999 e 2002 evidenciam que enquan-

to os empregos de nível superior e de técnico e auxiliar estavam distribuídos entre os setores públicos e privados de forma semelhante, uma grande parcela dos postos de trabalho que exigiam apenas a quarta série do primário estava localizado no setor público.

As ocupações técnicas e auxiliares que estão predominantemente associadas ao setor público são: o agente de saneamento, vigilância sanitária e ambiental, fiscal sanitário, técnico de higiene dental, o auxiliar de consultório dentário e o auxiliar de enfermagem¹¹. Já o setor privado oferta grande parcela dos postos de trabalho das ocupações técnicas e auxiliares de histologia e reabilitação, de equipamentos médico-hospitalares, citologia e citotécnica, hematologia e hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia médica, prótese dentária, farmácia e de técnico em enfermagem (Quadro 2).

No nível elementar, todas as ocupações são predominantemente públicas. Com percentuais de postos de trabalho acima de 95,0% estão os agentes de saúde pública, os agentes comunitários de saúde, os guardas de endemias, de controle de zoonoses e de vetores. Já as ocupações de parteiras e de atendentes apresentam mais de 60% dos postos de trabalho no setor público.

Em relação à subárea de enfermagem, o mercado de trabalho pouco se modificou ao longo das décadas, mantendo, de forma geral, as suas características. Os auxiliares de enfermagem se caracterizam, desde a década de 70, como trabalhadores públicos. Os técnicos de enfermagem eram absorvidos, até o final da década de 80, principalmente pelas instituições privadas do setor da saúde, embora a partir de 1992, após a reforma setorial, perceba-se que as instituições públicas vêm aumentando a oferta de empregos para esses profissionais. A absorção dos atendentes no mercado de trabalho apresentou modificações, já que desde os anos 70 até o início dos anos 90, esses trabalhadores eram mais absor-

vidos pelo setor privado e, já no final da década de 90, passaram em sua grande maioria, a serem trabalhadores do setor público. Como a força de trabalho dos atendentes decresceu em números absolutos nos dois setores, pode-se apontar para o fato das instituições estarem deixando de empregar esses trabalhadores e/ou investirem na qualificação profissional de auxiliares de enfermagem. As instituições públicas, por terem em princípio contratos mais estáveis, vêm diminuindo essa força de trabalho por aposentadoria ou por transposição de cargo, para auxiliar ou técnico de enfermagem, tendo em vista o prazo inicial de 26 de junho de 1996 para a qualificação dos atendentes conforme a Resolução nº 111, de 1989, do Cofen, os quais seriam considerados ilegais caso não obtivessem formação profissional em enfermagem (Cofen, 1990). A explicação para um maior número de atendentes no setor público está relacionada à dependência de concurso público para a transposição de cargo. Dessa forma, mesmo sendo qualificados como auxiliares, esses trabalhadores continuam em postos de trabalho como atendentes. É necessário bastante cuidado ao mencionar que as instituições privadas, aparentemente, mantêm uma força de trabalho mais qualificada do que as instituições públicas, já que estas últimas empregam mais auxiliares e atendentes, e as primeiras absorvem mais os técnicos e os auxiliares de

¹¹O setor público que concentrava, em 1999, 68,2% dos postos de trabalho de ocupação técnica e auxiliar em patologia clínica; passa a ofertar 49,5% do total dos empregos existente em 2002. Tal fato está relacionado à mudança na cobertura da AMS entre os anos de 1999 e 2002, uma vez que em 1999 foram excluídos da pesquisa os laboratórios de análises clínicas que somente realizavam análises de bioquímica, parasitologia e/ou bacteriologia, sendo assim excluídos do subconjunto relativo às Unidades de Apoio à Diagnóstico e à Terapia (UADTs). No ano de 2002, os laboratórios de análises clínicas são novamente reintegrados. A análise da distribuição dos estabelecimentos que prestavam exclusivamente serviços de Apoio à Diagnóstico e à Terapia demonstra que 94,9% desses pertenciam ao setor privado em 2002.

Quadro 2
Distribuição Percentual de Postos de Trabalho de Ocupações Técnicas/Auxiliares e de Qualificação
Elementar segundo Setor de Atuação dos Estabelecimentos de Saúde. Brasil – 1999 e 2002

Ocupações por Nível de Escolaridade	1999		2002	
	Público	Privado	Público	Privado
Total Nível Técnico/Auxiliar	53,44	46,56	52,59	47,41
Téc./Aux. em histologia	17,63	82,37	28,91	71,09
Téc./Aux. em patologia clínica/laboratório	68,20	31,80	49,55	50,45
Téc. em citologia/citotécnica	36,45	63,55	34,11	65,89
Aux. de enfermagem	53,92	46,08	55,72	44,28
Téc. de enfermagem	45,93	54,07	42,14	57,86
Téc./Aux. de farmácia	45,85	54,15	42,42	57,58
Téc./Aux. em hematologia/hemoterapia	38,98	61,02	41,14	58,86
Téc./Aux. em nutrição e dietética	37,65	62,35	35,02	64,98
Téc. em radiologia médica	36,90	63,10	35,03	64,97
Téc./Aux. em fisioterapia ou reabilitação	17,81	82,19	29,54	70,46
Téc. em higiene dental	86,84	13,16	-	-
Aux. de consultório dentário	79,08	20,92	-	-
Téc./Aux. de saúde Oral	-	-	82,01	17,99
Téc./Aux. em prótese dentária	43,10	56,90	-	-
Téc. em equipamentos médico-hospitalares	30,60	69,40	40,79	59,21
Agente de saneamento	97,18	2,82	-	-
Fiscal sanitário	83,01	16,99	89,23	10,77
Téc./Aux. em vigilância sanitária e ambiental	96,34	3,66	97,84	2,16
Outros - nível técnico / auxiliar	52,78	47,22	52,90	47,10
Total Nível Elementar	78,13	21,87	88,27	11,73
Atendente/Aux. de serviços diversos assemelhados	60,36	39,64	68,82	31,18
Parteira	69,22	30,78	72,03	27,97
Agente de saúde pública	98,32	1,68	97,95	2,05
Agente comunitário de saúde	98,02	1,98	97,55	2,45
Guarda Endemias/Agente controle de zoonose/Agente controle vetor	98,12	1,88	99,30	0,70
Outros – nível elementar	56,14	43,86	2,95	2,95

Fonte: IBGE – AMS 1999, 2002.

enfermagem. Mas, não se pode deixar de destacar que os enfermeiros, mais absorvidos nas instituições públicas, contrabalançam o nível de escolaridade da equipe de enfermagem.

Pode-se depreender que entre as mudanças no mercado de trabalho em saúde no País, na última década, a mais significativa refere-se à municipalização da oferta dos empregos como resultado da efetiva implantação da descentralização do sistema

de saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, em 1999, 97% dos municípios brasileiros já assumiriam responsabilidade na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis pela operação de quase 92% dos estabelecimentos de saúde existentes no País, predominantemente direcionados à provisão de serviços de atenção básica. Essa maior proximidade entre os beneficiários da Política de Saúde e o *locus* de decisão tem

permitido responder melhor a quadros epidemiológicos regionais, adequar as ações às necessidades da população, ampliar a cobertura e disponibilizar serviços a áreas antes desprovidas (CNS, 2002). No setor público, não mais existem ocupações de nível técnico e auxiliar que apresentem postos de trabalho predominantemente ofertados nos estabelecimentos federais. Percebe-se que os postos de trabalho das seis ocupações de nível técnico e auxiliar, predominantemente públicas, e os de todas as ocupações de qualificação elementar mencionadas anteriormente são majoritariamente ofertados por estabelecimentos municipais e revelam além do impacto dos Pacs e do PSF, que os municípios têm assumido ações de prevenção e controle em saúde pública.

Formas de vínculo com os serviços de saúde

Essa temática, que surge na última década, reflete a principal preocupação do campo de recursos humanos em saúde e vem recebendo atenção para se buscar reorientações voltadas para a “desprecarização” das relações de trabalho.

A AMS apresenta três formas de vínculo dos postos de trabalho nos estabelecimentos do setor: a) o “vínculo próprio”, quando o contrato é efetuado direto com o estabelecimento de saúde; b) o “intermediário”, quando o contrato se dá por meio de empresa, cooperativa ou entidade diferente do estabelecimento; c) e “outro”, que constitui a prestação de serviços e trabalho autônomo nos estabelecimentos, englobando ainda outras formas informais de vínculo. Embora entre as formas de vinculação pesquisadas pela AMS, seja retratada a terceirização dos trabalhadores da saúde – via empresas e cooperativas –, não se detalha outras formas de vinculação dos trabalhadores, englobando em “outro” a prestação de serviços, o autônomo e outras modalidades informais de vinculação ao trabalho nos estabelecimentos de saúde. Também não são especificados

os quantitativos de trabalhadores que ocupam cargos comissionados ou outros tipos de vinculação precária como vinculação do trabalhador por bolsa de trabalho, pró-labore, ou outras formas de bolsas.

Nota-se, a partir do Quadro 3, que a flexibilização dos vínculos de trabalho relativos às ocupações de nível técnico e auxiliar e de nível elementar, apresenta-se ainda restrita, considerando os altos percentuais de vinculação própria. Entretanto, relacionando os dados de 1999 com os de 2002, é possível detectar ligeiros sinais de flexibilização numérica que, segundo Lagos (1994), encontram-se associados à renúncia de algumas normas jurídicas entre as quais, os direitos trabalhistas.

De forma geral, prevalece no País a vinculação formal para todas as ocupações de nível técnico, auxiliar e elementar. Com percentuais acima de 80,0%, encontram-se os técnicos e auxiliares de enfermagem, de farmácia, de nutrição e dietética, em patologia clínica, em reabilitação, em vigilância sanitária e ambiental, os fiscais sanitários, os atendentes, as parceiras e os agentes de saúde pública. Observa-se que os técnicos e auxiliares em equipamentos médico-hospitalares, histologia, citologia e citotécnica, hematologia e hemoterapia, reabilitação e radiologia médica apresentam, entre todas as ocupações técnicas e auxiliares, maiores percentuais no País de vinculação intermediada por empresas ou cooperativa, e ainda, da prestação de serviço e do trabalho autônomo. Entre as ocupações do nível elementar, chamam atenção os altos percentuais de vinculação “intermediária” e “outro” dos agentes comunitários de saúde e dos guardas de endemias, agentes de controle de zoonoses e de vetores. Um aspecto importante a ser considerado em relação à tendência à flexibilização refere-se ao processo de trabalho. O pressuposto de que quanto mais pontual e parcelar o trabalho, maior a possibilidade de ser terceirizado, temporário ou autônomo; também se

Quadro 3
Percentual de Postos de Trabalho de Ocupações Técnicas/Auxiliares e de Qualificação Elementar segundo Forma de Vínculo com os Estabelecimentos de Saúde. Brasil – 1999 e 2002

Ocupações	1999		2002	
	Próprio	Intermediário e Outro	Próprio	Intermediário e Outro
Total Nível Técnico/Auxiliar	89,73	10,27	89,61	10,40
Téc./Aux. em histologia	73,45	26,54	84,03	15,98
Téc./Aux. em patologia clínica/laboratório	82,44	17,56	86,89	13,11
Téc. em citologia/citotécnica	78,73	21,27	80,00	20,00
Aux. de enfermagem	91,78	8,23	91,16	8,84
Téc. de enfermagem	91,61	8,39	91,31	8,69
Téc./Aux. de farmácia	91,66	8,34	90,46	9,54
Téc./Aux. em hematologia/hemoterapia	78,91	21,08	85,17	14,83
Téc./Aux. em nutrição e dietética	90,66	9,34	89,58	10,42
Téc. em radiologia médica	78,04	21,95	80,05	19,95
Téc./Aux. em reabilitação	86,60	13,4	83,89	16,11
Téc. em higiene dental	90,79	9,21	-	-
Aux. de consultório dentário	90,65	9,35	-	-
Téc./Aux. em prótese dentária	68,99	31,01	-	-
Téc. em equipamentos médico-hospitalares	69,06	30,94	76,76	23,24
Agente de saneamento	81,56	18,44	-	-
Fiscal sanitário	90,43	9,57	90,92	9,09
Téc./Aux. em vigilância sanitária e ambiental	84,54	15,46	88,71	11,29
Total Nível Elementar	85,14	14,86	81,99	18,01
Atendente/Aux. de serviços diversos assemelhados	92,89	7,11	89,75	10,26
Parteira	85,97	14,04	88,85	11,16
Agente de saúde pública	82,07	17,92	82,30	17,70
Agente comunitário de saúde	76,54	23,46	78,82	21,18
Guarda Endemias/Agente controle zoonose/Agente controle vetor	75,11	24,90	74,36	25,64

Fonte: IBGE – AMS 1999, 2002.

verifica nas ocupações técnicas e auxiliares, embora com taxas inferiores às dos profissionais de nível superior. Quanto às ocupações de nível elementar, cabe considerar não apenas o processo de trabalho, mas, primordialmente, a utilização dessas formas pelos gestores municipais para a contratação desses trabalhadores no Pacs e PSF, e ainda, devido a já conhecida descontinuidade das ações de controle e prevenção de endemias e epidemias que, sazonalmente, assim como as contratações, ocorrem no cenário sanitário do País.

Além do pressuposto do trabalho parcial e pontual, evidencia-se o

distanciamento do trabalho em relação ao sujeito das intervenções em saúde. Esses casos caracterizam-se principalmente pelo trabalho meio, de apoio ao diagnóstico e tratamento, e ainda, de manutenção de equipamentos. Assim, devido à natureza dos seus trabalhos, essas ocupações também têm maior autonomia para inserção no mercado, oferecendo seus serviços pontuais e parcelares. No entanto, também são sujeitos com mais facilidade à opção dos gestores em utilizar formas mais flexibilizadas de contrato.

O trabalho da enfermagem, especialmente dos técnicos e dos auxi-

liares, centra-se no “ato de cuidar”. Caracteriza-se, principalmente, pela continuidade das ações, em contraponto às intervenções parciais e pontuais. À equipe de enfermagem cabe implementar as intervenções prescritas por diferentes profissionais. Sendo o seu trabalho, o processo de “acompanhar cuidando”, não perde em princípio a noção da totalidade das necessidades, das intervenções e, principalmente, a visão mais ampla, tanto da clientela como do processo de trabalho. Nota-se no Quadro 3, que mais de 91% dos postos de trabalho dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem e cerca de 90% dos atendentes possuem vínculo formal.

Conclusões

De forma geral, pode-se apontar que o setor da saúde no Brasil, nas últimas décadas, apresentou nítidas mudanças em relação ao nível de escolaridade da sua força de trabalho. A partir dos anos 90, essas mudanças no setor, acompanham as mudanças tecnológicas e organizacionais que ocorrem no mundo do trabalho, com exigências de maior qualificação de trabalhadores e progressiva flexibilização das relações de trabalho. A partir da análise realizada, com base nas variáveis selecionadas para o estudo, foi possível verificar que:

1) a grande parcela dos postos de trabalho de nível técnico e auxiliar encontra-se ocupada pelos trabalhadores de enfermagem; e os postos de nível elementar, pelos agentes comunitários de saúde, revelando o substancial decréscimo dos empregos de atendentes de enfermagem e, ao mesmo tempo, o impacto da criação de empregos em programas como o Pacs e o PSF;

2) o mercado de trabalho das ocupações técnicas e auxiliares concentra-se ainda na Região Sudeste e, das ocupações elementares, no Nordeste, principalmente devido à implementação dos referidos programas;

3) existe uma distinção entre a natureza do trabalho das ocupações de nível técnico e auxiliar e as de

nível elementar. Enquanto as primeiras concentram-se em estabelecimentos com internação, as ocupações de nível elementar atuam majoritariamente nas unidades sem internação;

4) de forma geral, o setor público constitui o importante mercado tanto para as ocupações de nível técnico e auxiliar quanto para as de nível elementar, e a esfera municipal, hoje, representa a grande demanda por postos de trabalho no setor público;

5) embora a contratação formal prevaleça para as ocupações de nível técnico, auxiliar e elementar, detectam-se sinais de flexibilização dos seus trabalhos, no mercado setorial do País.

Finalizando, cabe registrar que a partir do estudo fica reforçada a tendência de diversificação do leque de ocupações de nível técnico, auxiliar em saúde, conforme já salientado por Buss (editorial da revista Formação 06). Enquanto nos anos 1978 e 1984¹² a base de dados utilizada identificava somente seis categorias profissionais relacionadas aos postos de trabalho de nível médio, nos anos de 1999 e 2002, a AMS passa a especificar dezoito ocupações de nível técnico e auxiliar. Vale observar a importância no registro dessa diversidade nas fontes de dados, já que possibilitam análises mais coerentes com o real na medida em que permitem retratar a complexidade do setor da saúde brasileira.

¹² Mais informações em: “As Ocupações Técnicas nos Estabelecimentos de Saúde: um estudo a partir dos dados da pesquisa AMS/IBGE”. Relatório de Pesquisa encaminhado ao Ministério da Saúde em março 2003.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB n. 10/2000, aprovado em 5 de abril de 2000. Dispõe sobre Orientações e procedimentos para implantação da educação profissional de nível técnico. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000*. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 267/GM de 6 de março de 2001*, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Formação*, Brasília, v.2, n.6, 2002.

_____. Secretaria-Executiva; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária*, 2002. Tabulações especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen n. 111, de 02 de setembro de 1989. In.: *DOCUMENTOS básicos do Cofen*. Rio de Janeiro: Cofen, 1990. p.150-152. v.2.

DEDECCA, C. S. et al. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANI, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Unicamp, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Relatório aprovado pelo plenário. Brasília: Ministério da

Saúde, 2002. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

GIRARDI, S. et al. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. In: *Formação: PROFAE*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, v.2, n.6, set./dez. 2002.

INFORME SAÚDE. Atenção básica, Brasília: Ministério da Saúde, ano 6, n. 186, quarta semana de out. 2002. 2 p. ISSN 1519-9959.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1978. 70 p. v.3.

_____. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1984. 66 p. v.9.

_____. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária 1999*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 106 p.

LAGOS, R. Que se entiende por flexibilidad del mercado de trabajo? *Revista de la Cepal*, Santiago do Chile, n. 54, p. 81-95, diciembre 1994.

LIMA, J. C. F. et al. Educação profissional em enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001. In: *Formação: Profae*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, v.2, n.6, set./dez.2002.

MEDICI, A. C. A força de trabalho em saúde no Brasil nos anos 70: percalços e tendências. In: MEDICI, André César (org.). *Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP-ABRASCO, 1987, p. 39-50.

NOGUEIRA, R. P. Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. In.: *Educação Profissional em Saúde e Cidadania*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIACAVA, F.; BAHIA, L. *Oferta de serviços de saúde: um análise da pesquisa assistência médica sanitária de 1999*. Texto para discussão. n. 915. Brasília, IPEA, nov. 2002.

VIEIRA, M. et al. *As ocupações técnicas nos estabelecimentos de saúde: um estudo a partir dos dados da pesquisa AMS/IBGE*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Profae, março 2003.

Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática

Health professional: the inter-relationship between education and practice

Eliana de Fátima Catussi Pinheiro

Enfermeira especialista em Gerontologia, mestranda em Educação

Maria Lúcia Silva Lopes

Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva

Regina Hitomi Fukuda Ohira

Enfermeira sanitária, mestranda em Educação

Sônia Cristina Stefano Nicoletto

Enfermeira sanitária, mestre em Saúde Coletiva

Resumo: O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que buscou demonstrar a inter-relação do sistema formador com a prática do profissional de saúde. A análise enfatizou o caráter estratégico e decisivo dos recursos humanos; a necessidade de reformulação dos currículos das escolas de saúde e a avaliação na educação. A opção foi pelo método qualitativo de pesquisa, entendendo que revela melhor adequação ao objetivo. Por meio de estudo de caso, buscou-se compreender a intrínseca relação entre a formação e a prática do enfermeiro atuante, tanto em serviços de saúde como na educação. As conclusões apontam para a importância do aparelho formador como ator da reforma do Sistema de Saúde no Brasil, na perspectiva que forma e transforma profissionais de saúde para práticas de cuidado individual e práticas de saúde coletiva, além de estar a frente do processo de permanente construção do conhecimento como estrutura educacional.

Palavras-chave: Formação Profissional; Recursos Humanos em Saúde; Profissional da Saúde.

Abstract: This article intends to demonstrate the inter-relationship between the educational system with health professional practice. The analyses focuses on the strategic and decisive character of human resources, the need of health schools curricula reformulation with special attention to the population's health, and evaluation in education. The choice for the qualitative method is due to a better appropriation to the goal of a case-study and the understanding of the intrinsic relationship between education and practice of an active nurse, both in health services and in formal education. The conclusions point towards the importance of the educational system as a fundamental role within the health system reform in Brazil, educating and (re)shaping health professionals to act individual and collectively, as well as being in a permanent and constructive process of knowledge as educational agents.

Keywords: Professional Qualification; Health Manpower; Health Professional.

Introdução

O presente artigo evidencia a intrínseca relação entre a prática do profissional de saúde e do sistema formador e adentra, também, no campo da avaliação e na sua relevância, tanto para a saúde como para a educação.

A formação e desenvolvimento de profissionais de saúde que atendam às exigências do Sistema Único de Saúde (SUS) têm se configurado em grande preocupação por parte dos atores sociais interessados na plena consolidação do sistema. Princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade, a hierarquização e descentralização e a participação da população, estão ancorados na necessidade de uma nova organização dos serviços de saúde e da prática sanitária. Assim, se reconhece nos recursos humanos a capacidade propulsora de gerar e conduzir processos transformadores no campo da saúde. O Sistema de Saúde está intimamente ligado à formação profissional. A organização social dos serviços de saúde influencia a educação dos profissionais, mas ao mesmo tempo as universidades influenciam a formação dos profissionais que irão interferir na organização dos serviços de saúde, facilitando ou dificultando as mudanças necessárias ao fortalecimento do SUS (Paim; Teixeira, 2002).

O campo da educação, também, vem passando por processos de mudança. Um dos aspectos das novas diretrizes curriculares nacionais para a saúde é a necessidade de que os currículos sejam construídos visando a que os profissionais tenham habilidades e competências para atuar de forma consciente e reflexiva frente às reais necessidades e prioridades de saúde da população, identificadas por meio de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. A articulação entre a educação e a saúde proporciona uma formação dos egressos e profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (Brasil, 2001). Segundo Feuerwerker (2001, p.4), “*existe uma*

pressão social significativa no sentido de que as universidades busquem maior relevância social, tanto no campo da produção de conhecimentos como no campo da formação profissional.”

A avaliação é outra dimensão importante que vem sendo considerada na saúde e na educação. Essa atividade é “*tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem*” (Contandriopoulos *et al.*, 1997, p. 29). A avaliação é um instrumento utilizado sempre, mas, ainda, requer avanços e inovações.

Referencial teórico

O caráter estratégico e decisivo dos recursos humanos no desenvolvimento e realização do SUS

Com a implantação do SUS, vem ocorrendo um processo de reorientação das estratégias e dos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde e, conseqüentemente, provocando algumas repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender (Brasil, 2003).

A relevância dos recursos humanos na efetivação do SUS pode ser ancorada, entre outras, na necessidade de naturalizar o conceito de “saúde como qualidade de vida”, na “qualidade no atendimento” e na incorporação da dimensão de “coletividade” nas ações de saúde.

A construção de um novo paradigma que permita tratar da saúde como qualidade de vida está em meio a conflitos de interesses. O paradigma flexneriano da saúde como ausência de doença ainda têm sustentado, em grande parte, as práticas sanitárias (Mendes, 1996). Isso tem levado profissionais de saúde à especialização, distanciando-se da visão de integralidade da saúde. Evidencia-se, portanto, a necessidade de reorientação das práticas dos profissionais, por meio de processos de educação permanente para que atinjam a dimensão da promoção da saúde, superando a restrição às ações de diagnóstico e tratamento. Assim,

o aparelho formador necessita assumir a responsabilidade de formar profissionais de saúde capazes de lidar e se comprometer com os desafios do SUS.

A qualidade no atendimento à saúde, almejado no SUS, está intimamente vinculado à questão dos recursos humanos. A prática de um profissional de saúde tecnicamente competente e socialmente comprometido, somada a outros componentes – políticos, administrativos, dentre outros – favorece um atendimento com qualidade. Portanto, a relação que o profissional tem com o usuário tem sido considerada a âncora para melhorar a qualidade do serviço de saúde, tendo como pressupostos, a assistência personalizada, o acolhimento, o direito do usuário de ter informação e ser sujeito ativo no processo de proteção e recuperação de sua saúde (Caprara; Franco, 1999).

Os usuários dos serviços de saúde precisam ter acesso tanto a intervenções individuais como coletivas. A idéia de **coletividade** na prestação de serviços no SUS se contrapõe à história dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos cuja luta pela absoluta autonomia técnica e pela construção corporativa de seus interesses (Nogueira, 1994). Campos (1994, p.163), refere que uma *“parcela significativa de profissionais de saúde ainda resiste à mudança dos modos de funcionamento dos serviços de saúde, expresso tanto por posturas profissionais inadequadas como por movimentos políticos de contra-reforma”*. Nessa perspectiva, superar a hegemonia do agir isolado, exclusivista e auto-suficiente, conquistando e construindo espaços para o trabalho em equipe, interconsultas, consultas conjuntas, dinâmicas de grupo e formação de grupos de educação permanente, por exemplo, é algo a ser alcançado na realidade do SUS.

A necessidade de reformulação dos currículos das escolas de saúde, em função das necessidades de atenção à saúde da população

A formação de profissionais para a saúde deve estar voltada para a visão integral dos problemas de saúde da população brasileira. Também, a assistência à saúde oferecida aos usuários necessita ser humanizada, contextualizada e resolutive. Assim, os currículos das escolas de saúde precisam permitir a construção de práticas sanitárias de orientação holística e com comprometimento social.

Construir mecanismos que superem o conceito de que o conhecimento prático é simplesmente a aplicação do conhecimento teórico é um aspecto importante a ser considerado na reformulação dos currículos escolares. Na maioria dos currículos de formação de trabalhadores de saúde, primeiramente vem sendo dispensada uma carga horária para as aulas teóricas, depois uma carga horária para aulas práticas e, finalmente, uma carga horária para os estágios. Nessa perspectiva, muitos docentes acabam trabalhando os conteúdos das disciplinas de forma fragmentada. Nesses moldes, o papel do professor é o de estabelecer tudo que o aluno deve aprender, transmitir as informações consideradas relevantes e avaliar a capacidade dos alunos de reter e reproduzir as informações apresentadas (Brasil, 2003).

Com a crescente incorporação de tecnologias na saúde e a dinâmica dos contextos sociais e econômicos, há, no processo de trabalho em saúde, uma oscilação de movimentos e uma variedade de demandas nos serviços de saúde que surgem com as diferentes necessidades da população. O profissional de saúde está inserido nesse processo de mudança e incertezas, portanto necessita ter a capacidade de “aprender a aprender”, tendo compromisso com a sua permanente educação, visando sempre contextualizar o conhecimento científico, sendo reflexivo e criativo frente

às novas necessidades de saúde dos usuários. Assim, o currículo necessita ser estruturado de forma a permitir que o aluno seja parte ativa no processo de aprendizado, estimulando-o à auto-aprendizagem com aspectos significativos da realidade.

A idéia de currículo integrado sustenta seus argumentos na idéia da necessidade de uma compreensão global do conhecimento e na interdisciplinaridade dos saberes com o objetivo de corrigir os erros da fragmentação e do isolamento disciplinar da ciência (Rede Unida, 1999). Essa integração dos saberes também deve considerar a integração dos saberes escolares com os saberes cotidianos dos alunos. Dessa maneira, o aluno consegue vincular o ensino formal com sua realidade subjetiva. Isso permite que os egressos tenham maior habilidade para refletir sobre os problemas de saúde da população e propor soluções viáveis tanto em saúde individual como coletiva (Lopes, 2000).

A integração entre ensino-serviço-comunidade é fonte e parâmetro para a rearticulação da teoria-prática. Um movimento que busque mudança na formação dos profissionais deve considerar a intersecção dos espaços escolares, dos serviços de saúde e da população como capazes de criar uma nova proposta de formação (Blejmar; Almeida, 1999). Isso é possível porque:

“[...] nestes espaços que, embora não sejam novos, constituem-se em campos de ação de sujeitos sociais que, no modelo hegemônico, não dispõem de recursos de poder para exercer suas práticas, a não ser as ideológicas que, desacompanhadas de práticas empíricas, políticas e teóricas, resultam em baixa eficácia nos processos de luta contra-hegemônica” (Blejmar; Almeida, 1999, p.26).

Feuerwerker (1998), compartilha essa idéia quando salienta que o arranjo de novos cenários no campo do ensino pode desempenhar papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados.

O homem é um ser biopsicossocial e precisa ser considerado em todas as suas dimensões. Assim, também, os conteúdos dos currículos necessitam ser revistos, pois somente conteúdos das ciências biológicas não têm conseguido dar conta da compreensão do ser humano em sua integralidade e dos determinantes que atuam sobre sua saúde. Portanto, conteúdos da sociologia, antropologia, políticas públicas e sociais, economia, planejamento, comunicação e outros, necessitam ser incorporados aos currículos atuais da área da saúde.

A avaliação no campo da educação

Quando se avalia, faz-se apreciações. No sentido amplo, a avaliação pode ser definida como um processo que visa à coleta e ao uso de informações para a tomada de decisões (Vasquez, 1993). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define avaliação como um processo de determinar qualitativa e quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou acontecimento (Gomes, 1997).

Existem concepções conservadoras e transformadoras sobre avaliação. Freitas (2000, p.95), reflete que a *“escola capitalista encarna objetivos (funções sociais) que adquire do contorno da sociedade na qual está inserida e encarrega os procedimentos de avaliação, em sentido amplo, de garantir o controle da consecução de tais funções”*. Nessa lógica, a avaliação é considerada uma forma de pressão ou mesmo de punição, mas atualmente uma nova abordagem vem tomando campo e evidenciando uma visão positiva (Provenzano; Moulin, 2000).

Na nova perspectiva, a avaliação pode ser considerada como um *“processo interativo, através do qual educandos e educadores aprendem sobre si mesmos e sobre a realidade escolar no ato próprio da avaliação”* (Hoffmann, 1995, p.18).

No campo da educação, a avaliação pode ter como objeto a instituição, o corpo docente e o corpo

discente, podendo-se lançar mão de várias técnicas e instrumentos para realizá-la.

No processo de avaliação das atividades pedagógicas, devem ser desenvolvidos instrumentos que possibilitem verificar se o educador e o educando constroem criticamente os conhecimentos específicos de cada área, relacionando-os com outros conhecimentos e se produzem novos conhecimentos a partir de uma perspectiva ética, visando à dignidade humana (UEL, 2004).

A avaliação do desempenho do docente não pode ser isolada, mas dentro do processo de avaliação da instituição. Nesse aspecto, é importante ressaltar que o corpo docente não pode ser avaliado sem critérios previamente definidos ou centrados somente na visão do corpo discente, embora a participação do aluno, na avaliação do professor, seja fundamental (Provenzano; Moulin, 2000). Precisa ser um processo conduzido com ética, participação de todos e com o propósito de melhorar a qualidade do ensino. Com uma avaliação bem conduzida, o docente consegue tomar consciência, naquele momento histórico, de seus limites e possibilidades, podendo diante dessa compreensão transformar a si mesmo.

Em relação ao corpo discente, existe uma reflexão acerca das práticas avaliativas que são aplicadas, mas o que se pretende do aluno ou o tipo de aluno que se anseia formar é a base do processo de avaliação. *“Na escola conservadora, geralmente, os padrões estabelecidos de modo autoritário pelo professor acompanham o caráter quantitativo da avaliação”* (Provenzano; Moulin, 2000, p.75). Na abordagem pedagógica transformadora, a avaliação é um processo que parte do conhecimento do aluno e, posteriormente, verifica os avanços na aprendizagem. Portanto, há necessidade de se desenvolver uma avaliação formativa, utilizando-se diferentes técnicas e instrumentos e fazendo com que o

aluno aprenda com os seus próprios erros e acertos e desenvolva sua capacidade de reflexão sobre a teoria-prática e seu senso de investigação.

O caminho percorrido

O presente estudo foi desenvolvido sob a perspectiva qualitativa, dada a natureza do objetivo da pesquisa, estruturado como um estudo de caso. Para Tull e Hawkins (1976, p.323), *“um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular”*.

Este trabalho compreendeu uma fase inicial de revisão bibliográfica, para construção do referencial teórico.

Durante a Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde, subárea enfermagem, oferecida por meio do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), uma das avaliações do corpo discente foi estruturada sobre a seguinte questão:

“descreva um caso conflituoso do qual você tenha participado na sua área profissional ou solicite a um colega ou aluno que relate um episódio que tenha vivenciado envolvendo uma situação-problema.”

Dentre todos os respondentes dessa questão, se elegeu um para este estudo. Os critérios de escolha do entrevistado foram: trajetória profissional acumulada em mais de quinze anos, prática profissional tanto em serviços de saúde como na educação, história de permanente formação – formal e informal – e que a situação-problema descrita na questão fosse sobre avaliação.

A condução do estudo se realizou por meio de uma entrevista focada, na qual o respondente é entrevistado por um curto período de tempo e pode assumir um caráter aberto-fechado (Bressam, 2000). O roteiro para a entrevista (anexo) foi preparado e utilizado, primeiramente, com uma enfermeira que não fazia parte da pesquisa de forma que pudesse ser

validado como instrumento. Após, foi realizada a entrevista para a coleta de dados. Esses foram transcritos e analisados à luz do referencial teórico, visando estabelecer relação entre a realidade e a teoria.

O estudo de caso

A descrição do caso

Curso de graduação (1980–1983) estruturado por disciplinas, turma de 60 alunos, postura dos professores, em geral, autoritária. Eles definiam os conteúdos que deveriam ser apreendidos, a metodologia empregada era a da transmissão de conteúdos e a avaliação era baseada na capacidade do aluno estudar o que era informado e reproduzir o apreendido nas avaliações escritas, quase sempre, de múltipla escolha.

O processo de aprendizagem era baseado em uma visão dicotômica entre teoria e prática. A teoria era aplicada durante os estágios com ações mecânicas. Isso, inicialmente, produziu uma postura profissional individualizada, mantenedora da divisão do trabalho em enfermagem, hierarquizada e sem muita capacidade de problematizar a realidade.

Durante o curso, a experiência mais marcante sobre avaliação relatada pela entrevistada, foi a vivenciada na disciplina de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia. A disciplina iniciara já com a informação, dos alunos da turma anterior, de que a professora era extremamente rígida e que os alunos que conseguiam promoção sem exame eram considerados “supercapazes”. Todos os dias a professora entrava em sala de aula, fazia a chamada e começava “*a ditar a matéria com breves interrupções para uma explicação.*” Suas avaliações eram baseadas na análise quantitativa, com questões fechadas.

Em uma das avaliações, ocorrida quase no final do semestre, a professora solicitou que estudassem uma dada matéria no livro e não somente nas anotações realizadas nos cadernos de aula. Procurando ser “*a aluna*

dedicada de sempre”, a entrevistada estudou da forma como foi solicitado. Relata que no dia da avaliação todos estavam nervosos, inclusive ela, mas que conseguiu fazer a prova e sair contente e confiante do resultado.

Após vários dias, a professora chegara para ministrar nova aula, entregando, ao final, a prova corrigida para que os alunos olhassem rapidamente. Na prova, a entrevistada conta que foi capaz de averiguar que uma questão, considerada errada, comparada com as explicações do livro, estava correta e que estando com o livro, tomou coragem de aproximar-se da professora, e explicar o que estava ocorrendo. A professora, mal olhou o livro e afirmou que se havia apresentado a questão como errada então ela estava errada, não haveria discussão. Pela grosseria, não houve seguimento de argumentações. A nota obtida ao final da disciplina permitia a aprovação sem exame. A questão, no entanto, não era mais a nota e sim a dúvida gerada sobre o conteúdo e a incapacidade de tomar uma atitude diferente em relação ao acontecido.

Durante os anos que sucederam à graduação, ao mesmo tempo em que foi adquirindo experiência profissional, participou de capacitações, congressos, seminários, sensibilizações, além de duas pós-graduações de especialização e mestrado em saúde coletiva. Passou a ter uma atuação nos serviços de saúde e na educação. Atuou durante dois anos como conselheira do Conselho Municipal de Saúde do seu município e participou de processos interessantes com os representantes dos usuários, na questão do controle social do SUS.

Quando começou a atuar como professora, nos cursos de nível médio, relatou nunca ter assumido uma postura autoritária perante os alunos, mas confessou que diante das condições de trabalho que lhe foram impostas, sempre teve dificuldades com a questão da avaliação do aluno. Atualmente, sendo docente, no nível médio e na graduação, tem procurado

desenvolver uma avaliação participativa, utilizando instrumentos de medida tanto quantitativos como qualitativos. Todavia, considera uma tarefa muito difícil devido à cultura de avaliação presente nos alunos, às condições de trabalho (carga horária intensa, turmas muito numerosas, baixa remuneração, materiais didáticos inadequados, e outros); à forma não participativa das instituições de ensino ao desenvolverem seus planos de ação e à adoção de regras administrativas apresentadas de cima para baixo, por essas organizações.

Dentro das várias aproximações apresentadas entre ensino e serviços de saúde, a entrevistada relatou ter desenvolvido, cada vez mais, a capacidade de problematizar a realidade e de propor soluções mais viáveis diante dos problemas, ser reflexiva e crítica diante do conhecimento científico e da realidade que a cerca. Iniciou processos de trabalho coletivos e interdisciplinares. Mencionou que, a permanente formação tem influenciado a sua prática tanto nos serviços de saúde como na formação do pessoal de nível médio e de graduação e, sobretudo, que as suas novas práticas têm questionado, muitas vezes, a teoria.

Concluiu seu relato afirmando que, certamente, a sua participação de forma ativa na Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde, subárea Enfermagem, oferecida por meio do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), vem contribuindo ainda mais para sua atuação efetiva como enfermeira, trabalhadora, docente e cidadã, mas reconhecendo que os contextos aos quais está inserida, tanto no campo dos serviços de saúde quanto no de ensino, ainda, precisam avançar muito.

A análise do caso

A universidade em que se passou o caso descrito possuía uma concepção educacional tradicional e, possivelmente, os professores eram também avaliados de forma tradicional,

se é que essa avaliação ocorria. Esse contexto, evidentemente, potencializou, em muito, a situação-problema relatada.

A forma de avaliação da disciplina em questão era de enfoque seletivo e eliminatório, usado com a função de medir quantitativamente quanto conteúdo ensinado o aluno era capaz de acumular.

A prática da avaliação está diretamente relacionada com o projeto pedagógico adotado pela instituição e pelo perfil profissional que a escola se propõe a formar. Diante da concepção conservadora “*a avaliação tem caráter de ‘medida’ e consiste essencialmente na aferição e constatação da quantidade do conteúdo da matéria ensinada/depositada (...) que o aluno foi capaz de aprender/adquirir*”, por outro lado, quando o alicerce é a concepção transformadora, na avaliação da aprendizagem, “*a ênfase está no caráter diagnóstico e formativo da avaliação, levando o aluno a conhecer, analisar e superar seus erros*” (Provenzano; Moulin, 2000, p.18).

Na cultura capitalista, o principal foco da educação é preparar a mão-de-obra para o mercado de trabalho e não formar cidadãos com percepções críticas e reflexivas diante da sociedade. Assim, dependendo da própria visão de mundo dos docentes e das concepções presentes na instituição, a avaliação poderá ser tomada como uma função seletiva, eliminatória, classificatória, burocrática, de controle e outras (Provenzano; Moulin, 2000).

Esse tipo de avaliação pode trazer sentimentos negativos para o acadêmico. Em uma pesquisa realizada em um curso de graduação em enfermagem, foi solicitado aos alunos que se “*manifestassem sobre ‘o que significa a avaliação na forma como vem sendo realizada’*, o resultado evidenciou sentimentos de aversão, medo, ansiedade, frustração, injustiça, indiferença e descrença” (Sordi apud Provenzano; Moulin, 2000, p.66). O caso descrito na entrevista ocorreu em 1983, mas ainda constatamos em

estudos que muitas instituições de ensino superior possuem a mesma postura em relação à avaliação dos alunos, hoje.

O erro ocorrido não foi analisado de forma adequada, pois a professora sequer pensou na hipótese de ter cometido um engano na ocasião da correção da prova. Talvez, o que possa ter potencializado a atitude dessa professora, na ocasião, fosse o fato de estar instalada uma cultura em que se um professor que admitisse um erro, poderia ficar desmoralizado perante os alunos. Em contraponto, a atitude da aluna foi tímida diante do medo de confrontar uma professora que apresentou uma postura autoritária e rígida. Maeda (2001, p.171), reflete sobre o senso comum de aconselhamento nas escolas:

“dançar conforme a música do professor” e assim, o aluno “tomado pela incerteza, muitas vezes, prefere não tomar atitudes de confronto e que possam colocá-lo em posição de conflito com o professor (...) acaba aceitando pacificamente as proposições do professor, mesmo que tenha opiniões contrárias sobre suas atitudes.”

A professora, no caso descrito, estava dentro de uma “*idéia de avaliação como instrumento punitivo*” contexto totalmente desfavorável à pedagogia transformadora e às práticas avaliativas do aluno, evidentemente com enfoque quantitativo para indicar progressão ou não. No entanto, mesmo dentro desse contexto, a professora poderia ter respeitado a aluna e, se estivesse expondo o problema em um momento não adequado como ao final de uma aula, ela poderia ter marcado uma conversa em um outro horário e local, estabelecendo um diálogo em que ambas pudessem aprender com o fato ocorrido.

O docente que deseja educar pessoas para deterem conhecimentos que as tornem competentes em resolver problemas, compreendendo criticamente a realidade, necessita

assumir e exercitar, de modo consciente, uma postura que alie, ao mesmo tempo, despojamento, no sentido de ter humildade suficiente para realizar a autocrítica em relação ao próprio desempenho, reconhecendo seus limites e, rebeldia, para se dispor a questionar e enfrentar dogmas tendo a coragem de ousar (Amâncio Filho, 1997).

Luckesi *apud* Provenzano e Moulin (2000, p.68), elucida que com os erros podemos aprender se tivermos a capacidade de “*tirar deles os melhores e os mais significativos benefícios*”. Parece que essa habilidade não foi explorada pela professora no caso analisado.

Outra questão a ser considerada é que a turma era grande, 60 alunos, o que limita muito as condições de trabalho do professor, bem como, a aplicação de técnicas e instrumentos de enfoque qualitativo na avaliação. Também, na época em questão, na formação da aluna não se buscava o desenvolvimento pessoal e sim qualificar a mão-de-obra.

Atualmente, se fala da necessidade da aquisição de competências e habilidades pelo aluno durante a sua formação. A concepção transformadora da educação se propõe a permitir que o aluno tenha a oportunidade de desenvolver as habilidades e competências que deverão ser adquiridas. Nesse contexto, há possibilidade de ser desenvolvida uma avaliação capaz de medir as transformações ocorridas em cada aluno.

Enfim, há necessidade de se compreender a educação como tendo um papel essencial para “*conferir a todos os seres humanos a liberdade de pensamento, discernimento, sentimentos e imaginação de que necessitam para desenvolver os seus talentos e permanecerem, tanto quanto possível, donos do seu próprio destino.*” (Delors, 2001, p.100).

Considerações finais

O relato apresentado permite dizer que há inter-relação entre a formação

e a prática do enfermeiro. Além disso, à medida que o profissional de saúde deixa o exercício subordinado do trabalho e passa a assumir uma prática crítica diante da realidade, colabora com o combate às exclusões e autoritarismos.

A implantação e implementação das novas diretrizes curriculares no curso de graduação em enfermagem apontam para a formação de um profissional tecnicamente competente, mais crítico e comprometido com a saúde da população, indicando o redirecionamento do conteúdo teórico-prático e a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem. Isso se estende também aos cursos de formação de técnicos e auxiliares de enfermagem já que o trabalho em equipe nos serviços também os envolve.

Mudanças precisam ocorrer, sendo a primeira, talvez, dentro dos próprios cursos, com a formação de colegiados com participação de representantes do corpo docente e discente para elaboração, aplicação e avaliação do projeto político-pedagógico. Se o docente não participar desse processo, não terá um compromisso assumido junto à instituição sobre a formação do profissional de saúde, continuando a ter a mesma postura de docente transmissor de informação e, portanto, não formando os alunos na perspectiva do pensamento crítico e com capacidade de atender às demandas do SUS.

A segunda mudança necessária é na postura do docente diante de seus conteúdos, devendo este passar a pensar e a atuar de forma interdisciplinar, relacionando as informações prévias dos alunos com os novos conhecimentos.

Por fim, a terceira mudança seria para procurar cenários novos para a aprendizagem, integrando os espaços das escolas com os serviços de saúde e a população, visando rearticular a teoria e a prática no ensino do cuidado em enfermagem para potencializar a possibilidade de formar trabalhadores de saúde com responsabilidade técnica e social.

A reflexão sobre a importância que o docente tem no processo de construção do SUS se sustenta na compreensão de que ele forma os recursos humanos setoriais, estimulando ou não a crítica e o compromisso com a saúde da população. As transformações na educação e na saúde precisam acontecer dentro de processos coletivos, com responsabilidade, compromisso e participação ativa de todos os atores envolvidos.

Referências bibliográficas

AMÂNCIO FILHO, A. *Educação politécnica na saúde: um desafio na construção do possível*. 1997. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação, Rio de Janeiro, 1997.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M. Mudança organizacional e transformação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento em mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p.17-45, v.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS*. Brasília, 2003.

BRESSAN, F. O método do estudo de caso. *Administração On Line*. São Paulo, v.1, n.1, jan./fev./mar. 2000. Disponível em: <www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm>. Acesso em: 5 dez. 2000.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 647-654, jul./set. 1999.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1133/2001. Sobre Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovado em 7 de agosto de 2001, homologado e publicado em 3/10/01 no DOU. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. In: BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Princípios das Diretrizes Curriculares*. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap.2, p. 29-47.

DELORS, J. *Educação: um tesouro a descobrir*. 6. ed. São Paulo: Cortez, p. 89-102, 2001. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI.

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v.8, n.2, p.4-6, maio/ago. 2001.

FREITAS, L. C. *Crítica da organização do trabalho pedagógico e da didática*. Campinas: Papirus, 2000.

GOMES, D. L. S. Avaliação em Saúde. Ribeirão Preto, 1997, 166 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997. In: Organización Mundial de la Salud. Administración de los servicios de higiene materno-infantil. *Serv. Inf. Tec.*, v. 115, 1957.

HOFFMANN, J. *Avaliação: mito & desafio. Uma perspectiva construcionista*. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1995.

LOPES, A. R. C. *Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem*. Núcleo estrutural. Proposta pedagógica: o plano de ação. Módulo 7. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Ensp, 2000.

MAEDA, N. S. Professor e aluno: reflexão sobre suas verdadeiras funções. In: REZENDE, L. A. (org.). *Tramando temas na educação*. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 14, p. 171-188.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectiva da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PAIM, J.; TEIXEIRA, C. *Conjuntura atual e formação de pessoal em saúde: problemas, desafios e oportunidades*. Londrina, 2002. Texto elaborado para o Seminário Nacional da Rede Unida.

PROVENZANO, M. E.; MOULIN, N. M. *Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem*. Núcleo estrutural. Proposta pedagógica: avaliando a ação. Módulo 8. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Ensp, 2000.

REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, ano 5, n. especial, p. 8-26, nov. 1999.

TULL, D. S.; HAWKINS, D. I. *Marketing research, meaning, measurement and method*. London: Macmillan Publishing, 1976.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL). Projeto político-pedagógico institucional. Londrina, 2004.

VASQUEZ, A. S. *Ética*. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993. p. 131-52.

Anexo

Roteiro de entrevista semi-estruturada

1. *Fale de forma breve sobre a maneira como ocorreu a sua formação na graduação.*

2. *Qual foi a experiência mais marcante que você vivenciou na graduação no tocante à avaliação da aprendizagem?*

3. *Como é a sua prática como docente e qual a sua forma de avaliar?*

4. *Fale sobre a influência das novas aproximações com a aprendizagem – pós-graduações e aperfeiçoamentos etc. na sua prática.*

Dinâmica de grupo: instrumento de avaliação da experiência discente a distância – NAD/CE/Profae

Dynamics of group: instrument of evaluation of the student's experience at the distance - NAD/CE/Profae

Lucilane Maria Sales da Silva

Enfermeira, doutora em Enfermagem

Maria de Fátima Bastos Nóbrega

Enfermeira, mestre em Educação Especial

Olney Rodrigues Oliveira

Psicóloga, mestre em Educação

Resumo: Este artigo apresenta a análise de um estudo que objetivou caracterizar a percepção dos enfermeiros concludentes da primeira turma do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem – Profae/CE, quanto às mudanças pessoais adquiridas. O estudo foi realizado com 44 alunos que participaram da última atividade presencial, ocorrida em julho de 2002. O artigo divulga os dados que foram coletados por meio de dinâmica de grupo intitulada “a mala”, em que os alunos expressaram as mudanças pessoais ocorridas, após a realização do curso, em duas categorias. Na categoria “o que levam”, foram citados: aquisição de novos conhecimentos e metodologias, enriquecimento teórico-prático, aquisição de novas amizades, segurança e senso crítico. Quanto à categoria “o que deixam”, foram citadas as práticas antigas, pouca leitura, insegurança, angústia, comodismo, desânimo, ignorância, preconceitos e desorganização. A utilização de dinâmica de grupo demonstrou ser um instrumento facilitador para a precipitação de discussões acerca da avaliação do processo ensino-aprendizagem experimentado.

Palavras-chave: Avaliação; Aprendizagem; Ensino; Enfermagem.

Abstract: This article has the objective to characterize the perception of the nurses concluder of the first group of the Course of Pedagogic Formation in Professional Education in the Area of Health: Nursing – Profae/CE, with relationship to the acquired personal changes. The study was accomplished with 44 students that participated in the last presentable activity, happened in July of 2002. The data were collected through the entitled group dynamics “the suitcase”, where the students expressed the personal changes happened after the accomplishment of the course through two categories. In the category “what takes” were mentioned: acquisition of new knowledge and methodologies, theoretical-practical enrichment, acquisition of new friendships, safety and critical census. For the category “what leaves” the old practices, little reading, insecurity, anguish, egotism, depression, ignorance, prejudices and disorganization. The use of group dynamics demonstrated to be a facilitative instrument for the precipitation of discussions concerning the evaluation of the process teaching-learning experimented.

Keywords: Evaluation; Learning; Teaching; Nursing.

Introdução

O Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem – Profae é uma proposta do Ministério da Saúde, por intermédio da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para capacitar os enfermeiros que atuam na formação de auxiliares e técnicos de enfermagem. No Ceará, a primeira turma de enfermeiros especialistas foi formada em parceria com a Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, por meio do trabalho conjunto de sete tutores.

A metodologia utilizada no curso foi o ensino a distância, operacionalizada por contatos virtuais, associados a cinco encontros presenciais, que ocorreram no Departamento de Enfermagem, ocasião em que os alunos e tutores desenvolviam atividades de grupo e aprofundavam reflexões sobre os módulos.

Pensando em oferecer um clima propício para a conscientização das mudanças pessoais, ocorridas ao longo do processo ensino-aprendizagem e avaliação da experiência discente no ensino a distância, foi que se realizou a dinâmica de grupo, proporcionando um clima descontraído, lúdico e agradável ao momento da avaliação presencial.

Militão e Militão (2000), caracterizaram dinâmica de grupo como toda a atividade desenvolvida com um grupo de pessoas (grupo de trabalho, de treinamento, reuniões e eventos) com o objetivo de divertir, “quebrar o gelo”, integrar ou ainda refletir, promover o conhecimento e incitar a aprendizagem.

A aplicação de uma dinâmica de grupo possibilita o exercício de uma vivência. É um momento de laboratório, que pode ir além de um simples “quebra-gelo” a reflexões e aprendizados mais profundos e elaborados. O grupo vivencial não tem nenhum tipo de programa estabelecido, deve acontecer como um processo espontâneo de constituição e de desdo-

bramento das relações interpessoais, intergrupais e grupais imediatas de seus participantes, atendendo a interesses individuais e coletivos (Fonseca, 1988; Militão; Militão, 2000).

A dinâmica de grupo é um instrumento de que se valem educadores, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais que trabalham com grupos. Por meio das dinâmicas, é possível fazer o aluno refletir e avaliar o alcance das mudanças propostas no processo ensino-aprendizagem e permite ao docente realizar uma avaliação informal, aproveitando uma série de orientações básicas para motivar os alunos a estabelecer com ele um relacionamento de maior eficácia educativa (Morales, 2000).

De acordo com Sant’Anna (2001), constata-se que o ensino, em alguns cursos, exemplificando com o Profae, passa a se preocupar com o desenvolvimento integral dos alunos, a construção do conhecimento, a aplicação da capacidade crítica e do raciocínio lógico, com o aprender a aprender e com a formação de pessoas competentes, capazes de pensar, criticar e construir.

Ainda para a autora, no processo de avaliação voltada para esse ensino, deverão sempre estar presentes professores e alunos, que por uma participação ativa e dialógica permanente, buscarão defender resultados condignos com a educação dos novos tempos. Devem, ainda, levar em consideração a necessidade de uma ação cooperativa entre os participantes do processo, uma ação coletiva consensual, e uma consciência crítica e responsável de todos.

Dessa forma, a avaliação assume feições diversas da avaliação tradicional, que se resumia na aplicação de um teste ao final do período letivo. No processo avaliativo moderno, o professor deverá utilizar instrumentos ou procedimentos alternativos de avaliação, como dinâmicas de grupo, para que a interação entre alunos, professor e objeto da aprendizagem se constitua vínculo ativo e reforçador de vivências.

A avaliação consiste em estabelecer uma comparação do que foi alcançado com o que se pretende atingir. Estaremos realizando avaliação quando estivermos examinando o que queremos, o que estamos construindo e o que conseguimos, analisando sua validade e eficiência (Sant'anna *apud* Romão, 2001).

Entende-se como Luckesi (2001), que o ato de avaliar implica coleta, análise e síntese dos dados que configuram o objeto da avaliação para uma posterior tomada de decisão. O ato de avaliar conduz a uma decisão nova para atuar sobre o objeto avaliado.

Nesse sentido, objetivou-se com esse estudo caracterizar a percepção dos enfermeiros concludentes da primeira turma do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem – Profae/CE, quanto às mudanças pessoais adquiridas após a realização do curso, como forma de avaliar as contribuições do mesmo.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, realizado com os alunos concludentes da primeira turma do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem – Profae/CE.

A população constou de 160 enfermeiros, alunos do curso de especialização a distância. A amostra foi constituída de 44 alunos, escolhidos de forma aleatória e que participaram da última atividade presencial do curso, ocorrida em julho de 2002, no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia, e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

A coleta dos dados ocorreu por meio da dinâmica de grupo intitulada “a mala”, na qual os alunos foram motivados a relatarem as mudanças pessoais ocorridas por ocasião do curso, expressas por meio de duas categorias: “o que levam do curso” e “o que deixam no curso”.

Moscovici (1995, p.5), refere-se ao trabalho em grupo (por ela denominado educação de laboratório) como um “conjunto metodológico que visa a mudanças pessoais a partir de aprendizagens baseadas em experiências diretas ou vivências.” Distintas modalidades de influência social geram diferentes níveis de aprendizagem: nível cognitivo (informações, conhecimentos, compreensão intelectual), nível emocional (emoções e sentimentos, gostos, preferências), nível atitudinal (percepções, conhecimentos, emoções e predisposição para ação integrada) e nível comportamental (atuação e competência).

Para a autora, o nível cognitivo refere-se aos conhecimentos, informações, conceitos teóricos que associados às experiências vivenciadas constituem uma aprendizagem significativa. As leituras individuais servem como inspiração de idéias novas a serem discutidas no grupo e comparadas com a ocorrência do fenômeno ao vivo, para enriquecimento maior da experiência individual e grupal. Cada membro do grupo não traz apenas o simples conteúdo, mas também suas reflexões e experiências anteriores, contribuindo dessa forma para o aprofundamento da experiência pessoal e grupal.

A aprendizagem pelo nível emocional oportuniza a cada componente do grupo a exposição de seus sentimentos, idéias e opiniões, utilizando-se da espontaneidade, autenticidade, troca de experiências, possibilitando a elaboração de um processo diagnóstico da situação vivenciada e da participação de cada um e de todos no desenvolvimento do processo de grupo.

A aprendizagem no nível atitudinal possibilita as mudanças de atitudes, de valores, de conceitos antigos tão predominantes na educação formal.

As mudanças de comportamento (aprendizagem em termos formais) também são experimentadas, as quais poderão ser menor ou maior, parcial ou global, lenta ou rápida, superficial ou profunda, fugaz ou duradoura.

Utilizou-se esses níveis de aprendizagem para a organização do material coletado na dinâmica de grupo, que foram agrupados e categorizados por meio de duas tabelas.

A dinâmica foi aplicada pelos tutores no primeiro momento do encontro presencial. Na ocasião, distribuíram-se folhas de papel em branco aos alunos e foi proposto que se estabelecesse uma comparação imaginária entre a conclusão do curso e a chegada de uma longa viagem. E, como é comum ocorrer na chegada de uma viagem, reportou-se à desarrumação da mala. Posteriormente, pediu-se que refletissem acerca das mudanças pessoais ocorridas por ocasião do curso. Solicitou-se que comparassem essas mudanças à “compra” ou “troca” de acessórios ou instrumentos, contidos na mala, ocorridas no decorrer da viagem.

Resultados e Discussão

Verificou-se, a partir dos relatos, que a dinâmica utilizada no processo de avaliação final do curso criou oportunidade e condições para que os discentes pudessem expor seus sentimentos, idéias e opiniões livremente, com espontaneidade e autenticidade, por meio da troca de experiências, possibilitando a elaboração do processo de avaliação pela identificação das mudanças advindas do processo ensino-aprendizagem vivenciado no curso.

A avaliação de mudanças de atitudes e valores pode ser uma experiência didática muito especial. A pessoa aprende aquilo que interioriza, que torna próprio e que vive como válido (Morales, 2000). No curso de especialização a distância do Profae, tutores e alunos, conseguiram criar situações que permitiram que essa atividade interior fosse possível. No âmbito das mudanças de atitudes e valores que envolvem o processo ensino-aprendizagem, mais que ensinar ou transmitir, temos de pensar em propiciar situações de aprendizado.

Após um tempo para reflexão, motivou-se os alunos a descreverem, de um lado da folha de papel, todas as aquisições pessoais possibilitadas pelo desenvolvimento do curso (denominou-se essa categoria de “o que levam do curso”) e do outro lado, tudo aquilo que consideraram dispensáveis, indesejáveis, ultrapassados, ou seja, aquilo que não desejariam levar de volta da viagem (denominou-se essa categoria como “o que deixam no curso”). Os relatos deveriam ser feitos por palavras ou frases curtas. Após a realização da dinâmica, iniciou-se a análise e a discussão dos resultados.

A ética da pesquisa constou da observância aos aspectos relativos à beneficência, não maleficência, justiça e equidade, conforme a resolução nº 196/96 do código de ética que envolve pesquisas com seres humanos.

A partir do que os discentes referiram na categoria “o que levam”, (Tabela 1) pode-se afirmar que, de certa forma, o curso conseguiu conduzir os discentes a uma reflexão, processo de sensibilização e mudança gradativa na visão da prática docente, principalmente nos aspectos relativos a: no campo cognitivo – aquisição de novos conhecimentos (68,1%) e senso crítico (34%); no aspecto emocional – novas amizades (50%), segurança (22,7%) e estímulo (22,7%); no aspecto atitudinal – trabalho em grupo (18,2%), humanização (11,4%) e visão crítica da prática pedagógica (11,4%); quanto aos aspectos comportamentais – novas experiências pedagógicas (18,2%) e novas metodologias de ensino (15,9%).

As transformações ocorridas ao longo do curso foram frutos de um longo processo de discussão e reflexão, em que os alunos não somente tomaram consciência da necessidade de mudança, mas dispuseram-se a vivenciá-la. Entre os aspectos enumerados, destacou-se a aquisição de novos conhecimentos como consequência natural indiscutível de um curso que oferece um arcabouço teórico fundamentado em bases

Tabela 1

Distribuição das mudanças pessoais referidas pelos alunos durante a realização da dinâmica de grupo, na categoria “o que levam do curso”, de acordo com os níveis de aprendizagem. Fortaleza – CE, 2002

Níveis de aprendizagem: mudanças pessoais “O que levam do curso”	Nº (n=44)	%
COGNITIVO		
Aquisição de novos conhecimentos	30	68,1
Visão filosófica da educação	01	2,3
Senso crítico	15	34,0
EMOCIONAL		
Novas amizades	22	50,0
Segurança	10	22,7
Maturidade	02	4,5
Inovação	01	2,3
Estímulo	10	22,7
Grande etapa vencida	01	2,3
Vontade de estudar mais	05	11,4
ATITUDINAL		
Humanização	05	11,4
Dinamismo	01	2,3
Autodisciplina	01	2,3
Criatividade	01	2,3
Trabalho em grupo	08	18,2
Nova visão da enfermagem	01	2,3
Visão crítica da prática pedagógica	05	11,4
COMPORTAMENTAL		
Novas metodologias de ensino	07	15,9
Enriquecimento teórico e prático	03	6,8
Vontade de aprender e ser atuante	01	2,3
Novas experiências pedagógicas	08	18,2
Superação de dificuldades	01	2,3

filosóficas, científicas, técnicas e políticas, capaz de proporcionar uma prática docente crítica, significativa e emancipadora. Quanto ao senso crítico, compreende-se que uma prática refletida criticamente e complementada por trocas de experiências é grandemente formadora da cidadania.

A segurança refere-se à aquisição de competências pedagógicas para formar outros profissionais de enfermagem no nível técnico. O contato constante com o tutor e o debate com outros discentes estimulou os alunos a refletirem sobre as relações entre educação e trabalho, ensino e serviço e as Políticas de Saúde, assim como, consolidaram laços de amizade e trocas de experiências.

A visão crítica da prática pedagógica, sem dúvida nenhuma, está relacionada com a análise da educação no Brasil, a compreensão das principais idéias pedagógicas, as bases legais de educação e o privilégio da construção de um projeto político pedagógico como estratégia de definição de objetivos coletivos na educação profissional em saúde. A humanização resultou de uma sensibilização do aluno quanto à importância da interação entre professores e alunos, necessária para o processo ensino-aprendizagem.

As novas experiências pedagógicas traduziram-se em novas metodologias de ensino capazes de superar as propostas tradicionais, atuando com ética, rompendo com a divisão do trabalho intelectual e manual, oferecendo formação pedagógica baseada

na reflexão e proporcionando espaço para discussão em grupo sobre responsabilidade social do trabalhador de enfermagem.

Assim, os depoimentos deixam claro que o curso permitiu ao discente levar para a docência uma reflexão crítica permanente sobre sua prática, resultando em uma avaliação do seu próprio fazer como educador.

A Tabela 2 revela a percepção dos discentes quanto às mudanças ocorridas na prática docente, a partir das reflexões e discussões propiciadas no curso a distância. Na categoria “o que deixam no curso”, os aspectos mais referidos foram: no campo cognitivo – pouca leitura (34%) e práticas antigas (22,7%); no aspecto emocional – insegurança (18,2%), medo (15,9%), angústia (11,4%) e saudades (11,4%) e; no aspecto atitudinal – comodismo (4,5%) e egocentrismo (4,5%); quanto aos aspectos comportamentais – velhos hábitos pedagógicos (22,7%).

O curso de Formação Pedagógica do Profae tem como meta, entre outras coisas, formar docentes em educação profissional, comprometidos com as necessidades sociais, desenvolver uma sólida formação teórico-prática para a adoção de uma docência crítica, oferecer uma formação pedagógica pautada na reflexão, e, finalmente, proporcionar situações para que os docentes de enfermagem reflitam sobre a responsabilidade social de transformar os trabalhadores ocupacionais em trabalhadores de enfermagem (Brasil, 2003).

A partir do que os discentes referiram na categoria “o que deixam” pode-se afirmar que ocorreram mudanças no modo de pensar e fazer a educação. Isto foi possível a partir dos princípios da concepção pedagógica adotada pelo Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem.

Entre esses princípios, citamos: a teoria como reflexão para a prática;

Tabela 2
Distribuição das mudanças pessoais referidas pelos alunos durante a realização da dinâmica de grupo na categoria “o que deixam no curso”, de acordo com os níveis de aprendizagem. Fortaleza – CE, 2002

Níveis de aprendizagem: mudanças pessoais “O que levam do curso”	Nº (n=44)	%
COGNITIVO		
Práticas antigas	10	22,7
Desconhecimento total sobre educação profissional	02	4,5
Pouca leitura	15	34,0
Ignorância	01	2,3
EMOCIONAL		
Insegurança	08	18,2
Angústia	05	11,4
Saudades	05	11,4
Desânimo	02	4,5
Medo	07	15,9
ATITUDINAL		
Comodismo	02	4,5
Egocentrismo	02	4,5
Timidez	01	2,3
Preconceitos	01	2,3
COMPORTAMENTAL		
Velhos hábitos pedagógicos	10	22,7
Desorganização	01	2,3

o respeito à prática e ao conhecimento já adquirido; o tratamento dos conteúdos por temas, de forma a superar a clássica estrutura disciplinar; abordagem crítica, reflexiva e contextualizada dos conteúdos e a busca da autonomia (Brasil, 2003).

Os relatos quanto às transformações de práticas antigas (22,7%) e velhos hábitos pedagógicos (22,7%), conforme a Tabela 2, corroboram com a visão de Cruz (2002), segundo o qual a prática pedagógica tradicional se encontra ainda fortemente centrada na “transmissão de conteúdos”, presente na cultura docente, o que não satisfaz as necessidades e demandas da sociedade atual. Tal afirmação reforça que o processo ensino-aprendizagem, vivenciado pelo docente, conseguiu despertá-lo para a necessidade de estabelecer mudanças pessoais na condução da educação profissional.

Segundo Bagnato e Cocco (2002), as práticas de ensino devem mostrar a inter-relação da teoria com a prática, superar uma visão e uma prática dicotomizada, fragmentada, descontextualizada e alienada. O docente deve partir das vivências e experiências dos alunos, valorizando e compreendendo suas participações, suas idéias, concepções e a partir de reflexões e discussões, reconstruir e ampliar seus referenciais, tecendo outras concepções de mundo, sociedade e educação. Essa concepção permeou todo o desenvolvimento do curso de Formação Pedagógica do Profae e, apesar de alguns erros, de inúmeras dificuldades vivenciadas pelos tutores no decorrer do curso, os depoimentos revelam o desejo e início de mudanças nas atitudes, comportamento e emoções daqueles que experimentaram o processo.

Conclusões

A utilização de dinâmica de grupo demonstrou ser um instrumento facilitador para a precipitação de discussões acerca da avaliação do processo ensino-aprendizagem experimentado. A sensibilização dos alunos para as mudanças, necessárias à

prática docente democrática e cidadã, constituiu-se em um processo oportunizado, a nosso ver, plenamente contemplado a partir das colocações por eles apresentadas.

De acordo com os resultados do estudo, verificamos que a opção pedagógica do curso, no tocante aos princípios propostos, entre eles a teoria como reflexão para a prática, abordagem crítica, reflexiva e contextualizada dos conteúdos e a busca de autonomia, foi contemplada, em maior ou menor grau, o que pode ser comprovado pela interpretação dos relatos dos alunos, por meio dos níveis de aprendizagem.

No nível cognitivo, os alunos apontaram o abandono de práticas antigas e pouca leitura. Uma vez que o curso oferece uma formação teórico-prática com bases filosóficas, científicas, técnicas e políticas, permite o despertar do aluno para a adoção de novos hábitos.

No aspecto emocional, a insegurança, angústia, saudade e medo foram trabalhados a partir do desenvolvimento de competências para a docência, concretizada no estímulo à reflexão crítica e à capacidade de atuar de forma fundamentada em situações concretas.

Quanto à dimensão atitudinal, o comodismo e o egocentrismo foram confrontados com valores como a solidariedade, a cooperação e o respeito às diferenças, desenvolvendo a capacidade de atuarem de forma efetiva como cidadãos.

No aspecto comportamental, os alunos referiram abandonar os velhos hábitos pedagógicos. O curso permitiu a reflexão da prática pedagógica numa perspectiva que possibilitou pensar o homem em sua totalidade e em sua singularidade, sem dicotomizá-lo da sua prática educativa. Conseguiu, ainda, conduzi-los a uma reflexão, a um processo de sensibilização e uma mudança gradativa na visão da prática docente democrática e cidadã, transformando os velhos hábitos pedagógicos, ou seja, o modo de pensar e fazer a educação.

Os objetivos do curso que se relacionam à busca da autonomia por meio da reflexão sobre a própria prática, respeitando os conhecimentos adquiridos anteriormente, mas contextualizando-os dentro de uma abordagem crítica e transformadora, foram alcançados, em maior ou menor grau, conforme a sensibilidade e disponibilidade dos alunos.

A superação da fragmentação do conhecimento, das formas tradicionais de ensino, da falta de contextualização entre a teoria e a prática foram objetos de discussão no curso, sensibilizando o educando para a necessidade de uma mudança gradativa na ação docente por ele vivenciada. No entanto, considera-se que a formação é um processo contínuo, que não se reduz ou se esgota na realização de um curso, sendo necessária a capacidade do aluno em continuar aprendendo, descobrindo alternativas para uma prática pedagógica contextualizada e sintonizada com o momento histórico.

Referências bibliográficas

BAGNATO, M. H. S.; COCCO, I. M. Memória educativa e tessitura de conceitos educacionais – experiência vivenciada na licenciatura em Enfermagem. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p.439-45, maio/jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem; Fundação Oswaldo Cruz. *Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem: livro do tutor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CRUZ, C. H. C. *Competências e habilidades: da proposta à prática*. Brasília: Edições Loyola, 2002.

FONSECA, A. H. L. *Grupo fugacidade ritmo e forma: processo de grupo e facilitação na psicologia humanista*. São Paulo: Ágora, 1988.

LUCKESI, C. C. *Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições*. 11 ed., São Paulo: Cortez, 2001.

MILITÃO, A.; MILITÃO, R. *Jogos, dinâmicas e vivências grupais: como desenvolver sua melhor “técnica” em atividades grupais*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. 4. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

MORALES, P. *A relação professor-aluno: o que é, como se faz*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

ROMÃO, J. E. R. *Avaliação dialógica: desafios e perspectivas*. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire, 2001.

SANT’ANNA, I. M. *Por que avaliar? Como avaliar? - critérios e instrumentos*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Análise do projeto pedagógico de uma escola técnica de enfermagem

Analysis of a pedagogical project of a school nursing technique

Linda Tsuiko Tatakihara

Enfermeira, especialista em Administração Hospitalar

Mara Lúcia Garanhani

Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem

Márcio Alex de Almeida Moura

Enfermeiro, especializando em Administração Hospitalar

Marina Viana Fernandes

Enfermeira, especialista em Administração Hospitalar

Resumo: O artigo descreve a análise do projeto pedagógico de uma Escola Técnica de Enfermagem, visando identificar facilidades, dificuldades, possibilidades e sua potencialização no desenvolvimento do mesmo. O levantamento de dados abrangeu o projeto pedagógico, o perfil profissional, a seleção de conteúdos, as práticas pedagógicas e a avaliação. O artigo reporta-se às observações dos pesquisadores que entenderam tratar-se de um projeto pedagógico predominantemente tecnicista e formal; que há um descompasso entre o perfil do profissional estabelecido pelos órgãos oficiais e o perfil delineado pela escola, a qual mantém a ênfase no saber fazer; que os conteúdos apresentados referem-se, em sua maioria, ao saber fazer e às habilidades, com bastante especificidade; que as avaliações precisam ser aprimoradas para buscar critérios para a construção das competências estabelecidas. Constatou-se, ainda, esforços da escola no sentido de nortear os professores quanto às práticas pedagógicas propostas. Assim, evidencia-se a necessidade de adequação dos projetos das escolas profissionalizantes às propostas emancipadoras preconizadas pelas escolas voltadas para a saúde.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem; Ensino; Aprendizagem.

Abstract: This study analyzes a pedagogic project at a Technical School in Nursing, and has the purpose of pointing out difficulties, possibilities, and the potential to develop the project at this school. The data were collected from: the pedagogic project, the professional profiles, the selection of contents, the pedagogic practices and the evaluation. The project has a technical and formal approach. There is a difference between the professional's profile established by official education departments and the profile established by the school. The focus is on knowing how to do it. The presented contents mostly refer to know-how and skills. The evaluation models need to be improved and find criteria to make established competences come true. Efforts are made to guide the teachers to the proposed pedagogic practices. Therefore, there's a need to adjust the projects from Vocational Schools to what is proposed and recommended by Health Schools.

Keywords: Nursing Education; Teaching; Learning.

Introdução

As escolas formadoras dos profissionais de nível técnico devem oferecer aos alunos conhecimentos atualizados e possibilitar o desenvolvimento das habilidades requeridas ao futuro profissional de nível médio na área da saúde, uma vez que o panorama da atualidade impõe mudanças constantes na educação e, conseqüentemente, no ensino profissionalizante.

Para tal, o delineamento do ensino para o saber fazer, pensar e ser enfatiza o aprender a aprender. Dessa forma, o principal papel da escola profissional é ensinar o estudante a refletir, a analisar, a propor novas alternativas e soluções para os problemas, conciliando com os interesses da sociedade. Assim, o aluno dos cursos de educação profissional na área de saúde deve estar apto para identificar a natureza dos problemas referentes ao processo saúde-doença e para propor soluções que visem resolver, atenuar e melhorar esses problemas.

A construção de um projeto pedagógico adequado passa a ser um grande desafio para as escolas cujos objetivos sejam privilegiar a formação de profissionais críticos, reflexivos, independentes, com facilidade para concentração e resolução de conflitos, com hábito de leitura, com capacidade para redigir, além de conhecimentos técnicos específicos conforme exigências da realidade atual.

Para que o profissional de nível técnico tenha as características acima, é imprescindível que a metodologia de ensino adotada pela escola, seja baseada na concepção do aluno como construtor de seu conhecimento, a partir da reflexão e da indagação sobre sua prática atual e futura, quando já atuar como profissional.

Desse modo, antes de tudo, é imprescindível analisar os projetos pedagógicos existentes na realidade brasileira para, a partir desta, optar-se por aquele que melhor possa atender às necessidades de formação

do profissional para o contexto atual. Essa análise conduzirá à reflexão sobre o fazer pedagógico e a possibilidade de transformá-lo.

Segundo Davini (1983), o currículo é um *“plano pedagógico e institucional para orientar a aprendizagem dos alunos de forma sistêmica e deve estar fundamentado e organizado conforme o que se entende por aprender e ensinar.”*

Sordi (1995), refere que:

“um projeto pedagógico revela a existência de uma intenção e, por conseguinte, descarta qualquer possibilidade de atitudes neutras. A importância dessa definição para a instituição é que o projeto dá um rumo, imprime um sentido que deve orientar todas as ações desenvolvidas por sua comunidade.”

Para o mesmo autor:

“a instituição se particulariza na singularidade de suas opções, o que permite que possam ser reconhecidos os resultados de seu processo de ensino, através da forma como se inserem no mercado de trabalho os profissionais por ela formados. Adotar um projeto pedagógico implica reconhecer sua dinamicidade, entendê-lo de forma abrangente, sem fragmentá-lo, posto que seu todo é mais do que a somatória de suas partes. Adotar um projeto pedagógico como norteador para as ações que envolverão alunos-professores-administração exige uma atenção rigorosa, no sentido de captar a existência de coerência entre as diferentes etapas do trabalho pedagógico, que devem, ao complementar-se, evidenciar os pressupostos gerais contidos na proposta global.”

Portanto, a elaboração de um projeto pedagógico não é tarefa fácil, pois as escolas e professores ainda estão aprendendo o exercício da democracia, do trabalho coletivo, da responsabilidade social na participação dos processos de transformação da sociedade. Assim, as escolas

também necessitam se adequar aos processos de democratização, para a construção de seus currículos.

Considerando também as tendências pedagógicas contemporâneas para a educação profissional técnica, em nível médio de enfermagem, chamamos a atenção para a necessidade de construção de projetos pedagógicos dos cursos técnicos de enfermagem, fundamentados nas propostas das escolas voltadas para a saúde, visto que, os profissionais em formação, vivenciarão dentro da própria escola uma gestão democrática, cujas estratégias pedagógicas deverão ser compatíveis com a saúde e com o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse projeto também deve promover a articulação educação-saúde e aproximar a escola de sua principal função que é a social.

As práticas sociais adotadas pela escola voltada para a saúde devem abranger valores como: vida, solidariedade, educação, democracia, cidadania, desenvolvimento e participação coletiva. Essa escola deve proporcionar ao aluno e professor, a integração das ações preventivas, curativas e de promoção à saúde e incluir também, temas sobre o cuidar em enfermagem, responsabilidade social e profissional, vislumbrando a reorientação da sua práxis, em termos pedagógicos e assistenciais.

As escolas voltadas para a saúde devem promover a capacitação do coordenador da escola, para que o mesmo assuma o papel de gestor democrático, possibilitando a superação da fragmentação das disciplinas e a ampliação das “visões” do seu corpo docente sobre o papel social da escola.

Portanto, nos currículos dessas escolas devem constar conteúdos que favoreçam a compreensão da realidade de saúde e possibilitem a preparação de sujeitos capazes de atuar de maneira transformadora. Deve também proporcionar conhecimentos, habilidades e competências formais e políticas para que os profissionais de nível médio desempenhem suas funções criticamente. Assim, os

professores e toda equipe envolvida no projeto pedagógico devem estar prontos para enfrentar o desafio de construir a escola voltada para a saúde, uma vez que o trabalho em saúde é altamente complexo e dinâmico. Assim, a escola deve vislumbrar a aproximação educação-saúde. Além desses aspectos, as competências para a formação dos técnicos de enfermagem, como habilitação profissional no nível médio, devem ser estabelecidas preferencialmente de forma provisória e flexível, possibilitando o acompanhamento da dinâmica estabelecida pela globalização, comunidade externa e necessidades da comunidade interna.

Diante do apresentado, questionamos: as escolas formadoras de profissionais técnicos em enfermagem apresentam projetos pedagógicos emancipadores e são voltadas para a saúde? Esse questionamento surgiu da observação e análise do perfil do aluno que as escolas estão formando, uma vez que estes, ao exercerem suas atividades nas unidades de trabalho, não apresentam atitudes transformadoras e resolutivas, permanecendo estagnados na aplicação dos conhecimentos supostamente adquiridos nos cursos técnicos de enfermagem. Observamos, também, que muitas escolas trazem no perfil do profissional que pretendem formar, ação puramente tecnicista, de saber fazer e não delineiam efetivamente ações para o desenvolvimento do conhecer e do saber ser.

Assim, o trabalho teve por objetivo analisar o projeto pedagógico do curso técnico de enfermagem de uma escola do Paraná, quanto aos seguintes aspectos: fragilidades, dificuldades, potencialidades e potencialização das possibilidades.

Ao realizarmos o estudo esperamos fornecer subsídios para a construção de projetos pedagógicos das escolas de cursos técnicos de enfermagem do Paraná e do País, pautados nas propostas emancipadoras das escolas voltadas para a saúde, visto que a abordagem é relativamente nova

e complexa para as escolas profissionalizantes de nível médio de enfermagem.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa descritiva com análise qualitativa, desenvolvida em uma escola formadora de técnicos em enfermagem, localizada na região norte do Paraná. A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2003. Os pesquisadores, para a realização do estudo, analisaram algumas das atividades desenvolvidas no Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem.

A pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas: 1) solicitação de autorização junto à coordenação da escola para a realização do trabalho; 2) seleção das questões utilizadas como referência para a análise dos dados; 3) levantamento dos dados necessários junto ao plano de curso; 4) classificação das diretrizes curriculares e análise da seleção dos conteúdos, das práticas pedagógicas e de avaliação, segundo as facilidades, dificuldades, possibilidades e potencialização das possibilidades do projeto pedagógico.

O estudo pautou-se exclusivamente na análise dos seguintes documentos: a) grade curricular; b) projeto pedagógico da escola, construído com enfoque nas Normatizações e Diretrizes da Educação Profissional, pela extinta Agência para o Desenvolvimento do Ensino Técnico do Paraná (Paranatec) da Secretaria de Estado da Educação.

Resultados

Os dados apresentados foram discutidos entre os autores, destacando os seguintes aspectos: projeto pedagógico, diretrizes curriculares, perfil dos alunos, seleção dos conteúdos, práticas pedagógicas e avaliação.

1. Quanto ao projeto pedagógico

Dificuldades - o projeto pedagógico não exerce sua função social de maneira integral; existe integração

parcial entre os módulos; os conteúdos não garantem a visão de totalidade da área de atuação do profissional técnico de enfermagem, não havendo o despertar para uma proposta pedagógica politicamente emancipadora. O fato de muitos dos alunos serem procedentes de outras escolas dificulta a integração, sendo que para melhorar os efeitos dessa integração, a unidade em estudo promove a adaptação dos conteúdos faltosos, a fim de atender aos requisitos mínimos exigidos pela Secretaria de Estado da Educação, e dando continuidade na assistência especializada (3º módulo), com o objetivo de oferecer certificação de técnico em enfermagem. Os conteúdos apresentados são predominantemente tecnicistas, já que a maioria dos itens refere-se ao saber fazer. Também não abordam temas relacionados à condição humana (mente, cultura, razão, afeto, indivíduo, sociedade e espécie), ao enfrentamento das incertezas, à compreensão e à ética do gênero humano como enfatiza Morin (2001). Portanto, acreditamos que os critérios utilizados para a seleção desses conteúdos tomaram por base os livros técnico-científicos existentes e experiências dos elaboradores, refletindo o modelo educacional formal, predominante em quase todo o País.

Possibilidades – inclusão de temas que possam proporcionar ao aluno e ao professor visando à integração das ações preventivas, curativas e de promoção da saúde. É desejável incluir também no processo ensino-aprendizagem, temas sobre o cuidar em enfermagem, responsabilidade social, responsabilidade profissional, ética e humanismo, vislumbrando a transformação da práxis educativa e assistencial.

Potencialização das possibilidades – o corpo docente da escola não é fixo e a maioria dos conteúdos é ofertada por profissionais convidados, aspecto este que acaba promovendo a fragmentação das disciplinas. Frente a essa realidade, enfatiza-se a necessidade da socialização entre os professores sobre o plano pedagógico da

escola e sobre o perfil do aluno proposto. A socialização estratégica dessas informações pode proporcionar o início da superação da fragmentação das disciplinas e da sensibilização do corpo docente sobre o papel social da escola. À aproximação dos docentes com as propostas do SUS, bem como com a articulação existente e necessária entre educação e saúde, vislumbrariam um planejamento para a criação de novas bases para as suas práticas. Alertamos que o profissional técnico de enfermagem deve ser norteado quanto ao desenvolvimento do saber ser, pois a realidade atual necessita de profissionais proativos, flexíveis, sensíveis, éticos e humanitários.

2. Quanto às diretrizes curriculares – perfil do aluno que se pretende formar

O plano de curso foi desenvolvido de acordo com o estabelecido na Lei nº 9.394/96, atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB); no Decreto nº 2.208/97; nas Normas do Conselho Nacional de Educação (CNE), em especial no Parecer CNE/CEB nº 16/99 e na Resolução nº 04/99, ambos da Câmara de Educação Básica (CEB) do Conselho Nacional de Educação, na Deliberação CEE/PR nº 002/2000 e na Resolução SE/PR nº 34/2000, respectivamente, do Conselho Estadual de Educação e da Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Também foi adotada como estratégia a realização de oficinas de trabalho com a participação de uma comissão composta de auxiliares de enfermagem e enfermeiros que trabalham em hospitais da cidade, de professores do curso auxiliar de enfermagem e de cursos de graduação em enfermagem, em conformidade com os artigos 12 e 13 da LDB. Segundo informações da coordenadora do curso, as oficinas possibilitaram a reflexão sobre a formação do técnico de enfermagem pelas discussões sobre o seu papel social, técnico-científico e humanitário. Ao final, os participantes elaboraram o perfil profissional e as competências necessárias para a sua formação. Portanto,

consideramos que houve uma tentativa de construir um plano pedagógico coletivamente. Gostaríamos de reforçar essa iniciativa e tecer algumas considerações, pois considerando a complexidade do processo de construção coletiva de um projeto pedagógico, sugerimos que o coordenador da escola, todos os professores e funcionários envolvidos, se utilizem também das etapas sugeridas por Andrade; Amboni (2000) para facilitar esse processo.

Perfil do aluno com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais – este perfil deve ser delineado baseado nas necessidades sociais e políticas da realidade dessa profissão, que atualmente exigem profissionais com: polivalência profissional; facilidade de adaptação às rápidas mudanças; capacidade para superar os limites de uma ocupação ou campo circunscrito de trabalho, evidenciando a capacidade de trabalho multiprofissional; capacidade para transcender a fragmentação de tarefas e compreender o processo de trabalho em saúde, criatividade, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa e capacidade para monitorar desempenhos.

Perfil do aluno proposto pela escola – o aluno, ao terminar o curso, deve estar apto para: elaborar e ministrar palestras e orientações sobre saúde a clientes e pacientes, familiares e comunidade em geral; executar atividades pertinentes à proteção e prevenção a clientes e pacientes e comunidade; executar os procedimentos durante a recuperação e reabilitação do cliente e paciente; auxiliar médicos e enfermeiros nas ações de apoio diagnóstico e tratamento; auxiliar enfermeiros na elaboração e supervisão do gerenciamento da unidade e equipe de enfermagem.

Potencialização – há uma preocupação em desenvolver nos alunos o saber, as habilidades e o delineamento da atuação do profissional junto à população, uma vez que deve estar apto para trabalhar junto à comunidade. Reforça-se também, a atuação desse profissional em questões relativas à supervisão e gerenciamento.

Possibilidades – aprofundar o plano pedagógico incluindo, no perfil do aluno, competências cujo foco seja o saber (conhecimento) e o saber ser. Além desses, a escola pode incluir conteúdos que abarquem o cuidar em enfermagem, como responsabilidade social e outras práticas pedagógicas que permitam a integração ensino-serviço-comunidade, a rearticulação entre teoria e prática, o conhecimento sobre os serviços existentes na região e os municípios que integram a regional de saúde, possibilitando o acolhimento efetivo do cliente em todo o seu processo saúde-doença.

Potencialização das possibilidades – faz-se necessária a formação de alunos cidadãos, cuja participação deve ser ativa junto às Políticas de Saúde estabelecidas pelo município que, integrado ao SUS, estimula a participação dos profissionais de saúde e da comunidade nos processos para o aprimoramento do atendimento à saúde do próprio município; além de facilitar a compreensão do aluno quanto à atuação da saúde pública junto às instituições de saúde e à comunidade, para que analise os reflexos dessa atuação na realidade da comunidade e nas instituições de saúde. Deve-se ainda, estimular os alunos a refletir e a buscar soluções para a resolução dos problemas levantados, iniciando sua inserção nas políticas municipais de saúde, promovendo a sua participação no Conselho Municipal de Saúde e nos projetos de extensão da prefeitura.

3. Quanto à seleção de conteúdos

Seleção dos conteúdos da escola em estudo – cada módulo ou disciplina é composto por competências, habilidades e bases tecnológicas. Os conteúdos foram selecionados conforme as funções e subfunções do módulo.

Potencialização – os conteúdos apresentados referem-se ao saber fazer, com bastante especificidade e possibilita ao aluno o desenvolvimento de suas capacidades técnicas, o que também é necessário no desempenho de suas funções. Ressaltamos que o

desenvolvimento dessas habilidades não deve ser prejudicado. Portanto, acreditamos que os critérios utilizados para a seleção desses conteúdos tiveram por base livros técnico-científicos existentes e a vivência dos elaboradores, refletindo o modelo de educacional formal.

Possibilidades – com relação aos princípios do conhecimento referentes à área de atuação, a escola deve desenvolver no aluno temas relacionados à condição humana e ao enfrentamento das incertezas cotidianas. Deve assim, incluir funções e subfunções que contemplem o desenvolvimento do saber ser, ajudando ao aluno desenvolver sua competência para ser transformador da realidade, dinâmico, flexível, hábil em resolver problemas e em relacionamento interpessoal, ético, inovador e criativo em todas as situações que se apresentam no seu dia-a-dia de trabalho e pessoal. Associado a esses temas, a prevenção e a promoção da saúde podem ser solidificados.

Potencialização das possibilidades – sugerimos que a escola vislumbre a possibilidade de revisão e reformulação do seu projeto pedagógico, tendo sempre em vista que a construção de um projeto pedagógico é um processo coletivo e em contínua transformação. Para essa construção é importante a participação dos professores convidados, dos alunos egressos, dos representantes das demais instituições de saúde, do município e das escolas profissionalizantes de enfermagem. Destacamos também que para a elaboração do novo projeto, um dos modelos que pode ser adotado é o proposto por Andrade e Liboni (2000) que preconiza:

- fase 1 - sensibilização e pressupostos: a necessidade da mudança;
- fase 2 - objetivos do projeto pedagógico;
- fase 3 - o resgate histórico do curso e do mercado;
- fase 4 - a realidade atual do curso e do mercado: diagnóstico estratégico;

- fase 5 - a busca da identidade própria: a questão do currículo;

- fase 6 - checagem do currículo proposto em relação às realidades interna e externa; e

- fase 7 - implementação e monitoração. Esta é uma sugestão que não exclui outras possibilidades de caminhos a serem percorridos.

4. Quanto às práticas pedagógicas

Práticas pedagógicas da escola em estudo – estágios intra-hospitalares, visitas técnicas a asilos, creches, centros de recuperação infantil, Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma (Siat) e corpo de bombeiros, com a intenção de integração da escola com a comunidade, promove palestras, dinâmica de grupos, estudos de caso, aulas expositivas, seminários e dramatizações.

Potencialização – a escola preconiza as práticas pedagógicas que devem ser adotadas pelos professores, demonstrando que há uma preocupação em nortear os mesmos.

Possibilidades – a escola deve promover com os professores um estudo sobre as práticas pedagógicas, possibilitando a adoção de práticas mais eficazes para alcançar o aprendizado do aluno, as quais sejam de domínio do professor, bem como promover a aproximação entre teoria e prática, favorecendo a articulação necessária entre educação e saúde, vislumbrando o planejamento para a criação de novas bases para a práxis.

Potencialização das possibilidades – é fundamental promover reuniões com todos os professores para a avaliação, com flexibilidade, da efetividade das práticas pedagógicas adotadas, permitindo a expressão da criatividade, considerando sempre o perfil dos alunos, as características do ambiente físico da sala de aula e dos recursos materiais disponíveis. Essas reuniões devem possibilitar aos professores, reflexão sobre os métodos sugeridos no plano de ação, para tomada de decisões e mudança de atitudes, vislumbrando sempre a satisfação de professores e o aprendi-

zado dos alunos e docentes. Deve promover também a intra-setorização e intersectorização entre escola, hospital e as Políticas Públicas estabelecidas nos diversos órgãos de assistência e promoção da saúde disponíveis no município, associando os princípios do SUS quanto à integralidade, universalidade, equidade, descentralização e regionalização. Incluir a valorização de todas as áreas do conhecimento e relacionando-as às condições sociais em que o indivíduo está inserido. Também, conscientizar os profissionais de saúde sobre os direitos garantidos pela Constituição Federal, por meio da Lei nº 8.080 e pela complementação da mesma que ocorreu em 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essa lei estabelece que compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral e farmacêutica (Maffei; Soares; Júnior, 2001).

5. Quanto à avaliação

Avaliação sugerida pelos órgãos oficiais – segue as modalidades diagnóstica, formativa e somática. São considerados em todas as formas de avaliação os aspectos cognitivos, afetivos e psicomotores, sendo que a avaliação somativa possibilitará a certificação do aluno, caso desenvolva 70% das competências e habilidades. São utilizados testes de aproveitamento oral e escrito, registros de fatos, listas de observação de desempenho, tarefas específicas, trabalhos de criação, observações espontâneas ou dirigidas, relatório de cada prática profissional e estágio, discussões e outros recomendados pela coordenação do curso.

Avaliação da escola em estudo – a escola adotou o sistema sugerido pelos órgãos oficiais.

Potencialização – a avaliação segue as modalidades diagnósticas,

formativas e somáticas que precisam ser aprimoradas no sentido de estabelecer critérios para a construção da avaliação por competências.

Possibilidades – promover o aperfeiçoamento do corpo docente para que o processo de avaliação seja condizente com os objetivos do projeto pedagógico, visto que as avaliações das competências e habilidades envolvem a capacidade de executar tarefas pautadas nos conceitos: sintetizar, analisar criticamente, construir, descrever, identificar e observar.

Potencialização das possibilidades – sensibilizar o corpo docente, por meio de reuniões cujos objetivos sejam de promover o aprendizado sobre avaliação. Adotar, com estratégia, oficinas para a construção coletiva do processo de avaliação, pautada nos conceitos estabelecidos. Capacitar os docentes para a aplicação da metodologia, vislumbrando a validação do método escolhido, testando-o em uma turma, para posteriormente aprimorá-lo e implantá-lo.

Conclusão

Concluimos que o projeto analisado possui uma predominância tecnicista e formal em sua estrutura. A escola vivenciou uma construção coletiva de seu projeto, por meio de oficinas de trabalho, o que evidencia o início de uma transformação coletiva em sua prática pedagógica, muito embora não tenha alcançado a total democratização, visto algumas ausências significativas, como representantes do município, de outras escolas e de instituições empregadoras.

Sugerimos que a socialização do projeto continue sendo um compromisso dessa escola e que os envolvidos busquem continuamente capacitar-se em termos político-gerenciais e pedagógicos.

Há uma integração parcial entre os módulos e os conteúdos apresentados, não garantindo a visão de totalidade da área de atuação do profissional técnico de enfermagem,

e a maioria dos temas refere-se ao desenvolvimento do saber fazer. Portanto, há ainda a necessidade de buscar uma maior coerência entre o perfil do profissional descrito nos documentos dos órgãos oficiais que apresenta uma preocupação com o desenvolvimento do saber ser com o perfil traçado pela escola.

Quanto aos conteúdos apresentados, referem-se ao saber fazer, com bastante especificidade, possibilitando ao aluno o desenvolvimento de suas capacidades técnicas, o que também é necessário no desempenho de suas funções. Salientamos que o desenvolvimento dessas habilidades não deve ser prejudicado, mas faz-se necessária a inclusão de temas que possam proporcionar ao aluno e ao professor a integração das ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, sobre o cuidar em enfermagem como responsabilidade social, vislumbrando a reorientação da sua práxis, em termos pedagógicos e assistenciais, abordando ainda conteúdos e outras práticas pedagógicas que permitam a integração ensino-serviço-comunidade, visando à rearticulação entre teoria e prática.

A escola preconiza as práticas pedagógicas que devem ser adotadas pelos professores, demonstrando que há uma preocupação em norteá-los. Acreditamos ser importante a preparação dos professores para a execução de todas essas práticas sugeridas. Portanto, a escola deve sempre promover junto com os professores, oficinas e espaços de estudo, possibilitando a adoção de práticas mais eficazes para alcançar o aprendizado do aluno.

O aperfeiçoamento do corpo docente quanto à avaliação de competências e habilidades é indicado para que os objetivos do projeto pedagógico sejam alcançados, visto que os critérios para as avaliações das competências não estão evidenciados e não abarcam em sua totalidade os conceitos de observação, comparação, classificação, interpretação, argumentação, análise, síntese e crítica.

Pensamos que há necessidade de existir nas escolas propostas pedagógicas articuladas com toda a vida social, política e cultural de um povo, sintonizadas com as mudanças globais pelas quais a humanidade passa. Somente assim, o aluno poderá compreender o valor de cada conteúdo por meio de um processo de aprendizagem formador de personalidades autônomas.

A realização deste estudo possibilitou perceber que o projeto pedagógico da escola voltada para a saúde deve atender às necessidades e aos desafios para a formação dos trabalhadores de nível médio, frente à construção da saúde como qualidade de vida e direito de todos, conforme preconiza o SUS. Para tal, faz-se necessária uma seleção de conteúdos que abrangam uma visão de totalidade, sem prejudicar a especificidade.

Esta análise proporcionou uma reflexão profunda sobre a construção e implementação de projetos pedagógicos e planos de cursos, fornecendo alguns subsídios para o processo de transformação do projeto político-pedagógico da escola em estudo, bem como poderá subsidiar outras instituições formadoras de profissionais de nível médio em enfermagem no País.

Temos clareza, também, de que esta discussão faz parte de um movimento de mudanças, tanto de modelos de assistência à saúde quanto de modelos educacionais e, por se tratarem de processos muito complexos e dinâmicos, representam uma articulação para construção social, em que cada um de nós tem responsabilidades para sua concretização.

Referências bibliográficas

AGÊNCIA PARA O ENSINO TÉCNICO DO PARANÁ (Paranatec). Instrução Normativa 01/00. Disciplina a implementação da educação profissional no Estado do Paraná. [Curitiba], [2000].

ANDRADE, R. O. B.; AMBONI, N. Projeto pedagógico para os cursos de graduação em administração: uma proposta metodológica. In: _____. *Projeto pedagógico para cursos de administração*. São Paulo: Makron Books. p. 65-70.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB n. 4, de dezembro de 1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional em nível técnico, define por diretrizes o conjunto articulado de princípios, critérios, definição de competências, profissionais e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento nos cursos de nível técnico. [Curitiba], [1999].

MAFFEI, S. A., SOARES, D.A.; JÚNIOR, L.C. (Org.) *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. 268 p.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco, 2001. 118 p.

Análise

O perfil do aluno técnico de enfermagem do Profae

The profile of the technical student of nursing of Profae

Ana Aparecida Sanches Bersusa

Enfermeira, pesquisadora científica do Instituto de Saúde e Mestre de Enfermagem

Maria Mercedes L. Escuder

Enfermeira, pesquisadora científica do Instituto de Saúde e Mestre de Enfermagem

Luci Emi Guibú

Socióloga, diretora do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos do Estado de São Paulo

Resumo: Este estudo teve como objetivo principal verificar o perfil do aluno do curso de técnico de enfermagem - Profae, vinculado aos Centros Formadores de Recursos Humanos da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo (Cefor). Foram aplicados dois inquéritos, um no início do curso, com devolução de 708 instrumentos, e outro no final, com 655. Além do perfil pessoal e profissional dos alunos, foram incluídas questões referentes às expectativas de mudança profissional. Na análise, verificou-se que os alunos tinham em média 37,1 anos e a maioria era do sexo feminino. Quanto à atuação profissional as áreas de unidade predominantes foram as de clínica médica e pronto-socorro, onde eles executavam, em seu cotidiano, atividades de administração de medicamentos, curativos, verificação de sinais vitais e cuidados de higiene. Os alunos se mostraram otimistas quanto às possibilidades de mudanças da qualidade, satisfação e conhecimento, tanto no início como no final do curso. Houve uma queda na expectativa de mudança de salário, do primeiro para o segundo momento. O aprimoramento do conhecimento foi apontado como o principal diferenciador do auxiliar para o técnico de enfermagem. Quanto ao significado do curso, os alunos consideraram que ele foi de boa qualidade, possibilitando-lhes se atualizar profissionalmente. Este estudo pode servir de subsídio para o planejamento de novos cursos e para reflexão sobre a absorção dessa categoria no mercado de trabalho.

Palavra-chave: Educação Técnica em Enfermagem; Educação em Enfermagem.

Abstract: The main objective of this study was to describe the profile of the students of the technical course the Training Center of Human Resources (Cefor) of the Health Secretariat of the State of São Paulo. Two questionnaires were applied, one at the beginning of the course (708 responses) and the other in the end (655 responses). Besides the personal and professional information, the subjects were asked about their expectations of professional changes. The analysis showed that students were in average 37,1 years old, most were married, of the feminine gender. Their professional experience was attained clinical wards and emergency rooms, and they were currently responsible for giving medicine, dressing wounds, verifying vital signs and hygienic. They reported positive changes for the quality of their work, their satisfaction and knowledge, in the beginning as well as at the end of the course; as for their wage, the initial positive expectation was inverted by the end of the course, when the students realized how little it would change. The improvement in knowledge was seen as the main asset for the nursing assistant to become a nursing technician, both in the beginning and at the end of the course. In regard to the meaning of the course for themselves, most believed they had become professionally updated and that the course was of good quality. The results of this study may be important to subsidize the organizers of teachers' training, as well as course coordinators, besides opening a discussion for managers of human resources about integrating that technical nursing category in the work team, with a fair wage policy.

Keywords: Education, Nursing, Associate; Education, Nursing.

Introdução

O Profae foi criado pelo Ministério da Saúde e implantado em 2000, com o propósito de inserir novos conceitos de qualidade nos serviços prestados pela rede de atendimento médico-hospitalar e ambulatorial instalada em todo o País (Brasil, 2003). A extensão de serviços que o Profae alcançou foi inédita na história da saúde pública no País, assim como o número de equipes técnicas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem. Essa experiência pode servir de base para a construção de diretrizes para educação profissional na área da saúde.

Em São Paulo, os Centros Formadores de Recursos Humanos (Cefor) da Secretaria de Estado da Saúde (SES) têm sido um parceiro do Ministério da Saúde na execução desse Projeto no estado.

O presente artigo tem como objetivos analisar o perfil dos alunos do curso de técnico de enfermagem do Profae e avaliar a expectativa deles quanto a possíveis mudanças no trabalho.

Material e Método

O estudo foi realizado nos Cefor do Estado de São Paulo, junto aos alunos participantes do curso de técnico de enfermagem do Profae.

Aplicou-se um questionário em dois momentos distintos. No primeiro, conduzido na primeira semana do curso (abril de 2002), aplicou-se o instrumento A, e no segundo, durante a última semana (fevereiro de 2003), o instrumento B.

Com o instrumento A buscou-se o delineamento do perfil do aluno a partir das seguintes variáveis: idade, estado civil, sexo, escolaridade, procedência, instituição de formação, ano de formatura, tempo de exercício de profissão, áreas de trabalho em que já atuou e atua no momento, função que exerce, tipo de instituição em que trabalha e unidade e atividades que executa em seu cotidiano.

Ainda, nesse momento, procedeu-se a avaliação da expectativa dos alunos. As questões solicitavam que os pesquisados apontassem o seu grau de expectativa de mudanças (em escalas de 1 a 10) em relação a quatro blocos de indicadores: qualidade da assistência por ele prestada, conhecimento técnico, salário e satisfação no seu trabalho, com escalas de respostas de 1 (pouca expectativa) a 10 (muita expectativa), considerando expectativa de mudança um evento qualitativo a ser mensurado. Segundo Pereira (1999), “o dado qualitativo é a representação simbólica atribuída a manifestações de um evento qualitativo. O dado qualitativo é uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à sua observação. Nesse sentido, constitui-se em alternativa à chamada pesquisa qualitativa, que também se ocupa da investigação de eventos qualitativos mas com referenciais teóricos menos restritivos e com maior oportunidade de manifestação para a subjetividade do pesquisador”.

O instrumento B foi semelhante ao primeiro, com acréscimo de perguntas sobre avaliação de mudança profissional relatada pela chefia de onde trabalha, adequação de cargo depois da formatura, significado do curso para o aluno e sua opinião sobre a qualidade do mesmo.

Resultados e Discussão

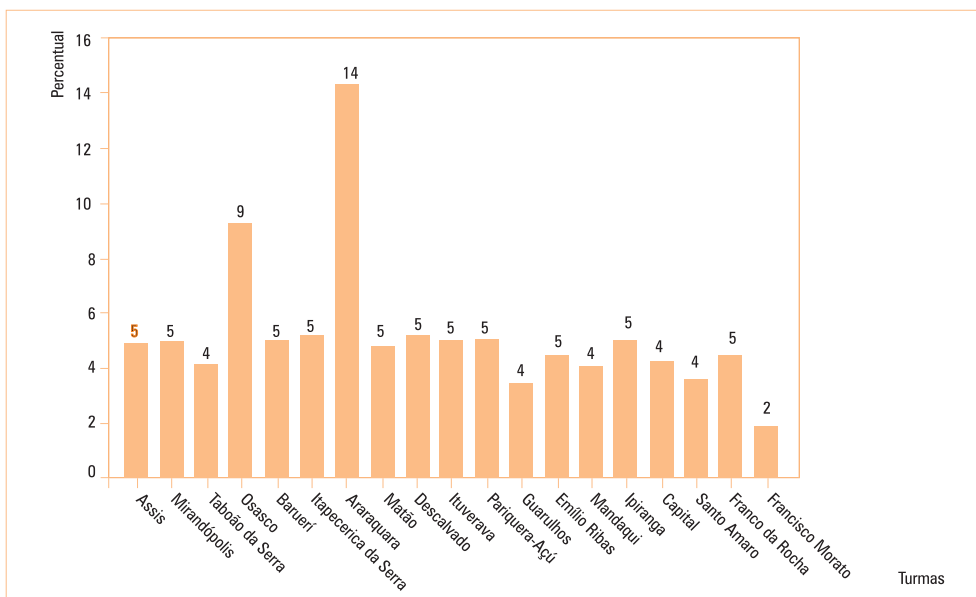
O inquérito A (fase inicial do curso) foi respondido por 708 alunos e o inquérito B (fase final), por 655. A seguir serão apresentados os resultados por temas levantados.

O instrumento A foi aplicado e devolvido por 19 turmas, com a participação percentual de cada uma apresentada no Gráfico 1.

A população estudada apresentou idade média de 37,1 anos, sendo que 80% possuía entre 25 e 45 anos. Também foram encontrados alunos com 20 e 63 anos de idade. Em dados do cadastro de inscrição no Ministério da Saúde, verificamos que 37%

Gráfico 1

Turmas que iniciaram o curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003



dos inscritos têm idade entre 31 a 40 anos e 30%, entre 41 a 50 anos (Brasil, 2001), idades equivalentes às encontradas neste estudo.

Quanto ao estado civil, os alunos casados predominaram (50%), seguidos pelos solteiros (35%).

A presença do sexo feminino (90%) entre os alunos do Profae, apenas reflete o padrão encontrado nos locais de trabalho. A participação feminina entre os trabalhadores de enfermagem, no Brasil, alcança 86,6% desse mercado de trabalho (Brasil, 2001).

Encontramos neste estudo cerca de 3% de alunos com nível superior, sugerindo que exista uma parcela de profissionais buscando formas alternativas de melhoria profissional, não obtida por meio da formação superior.

A maioria dos alunos é procedente do Estado de São Paulo, poucos são os que migraram para esta região em busca de melhor aprimoramento e trabalho. Como este Projeto tem uma abrangência nacional, a tendência de migração para o aprimoramento da profissão tende a ser menor, pois o aluno é atendido no próprio local de origem.

O Profae alcança uma cobertura de 86% dos municípios brasileiros.

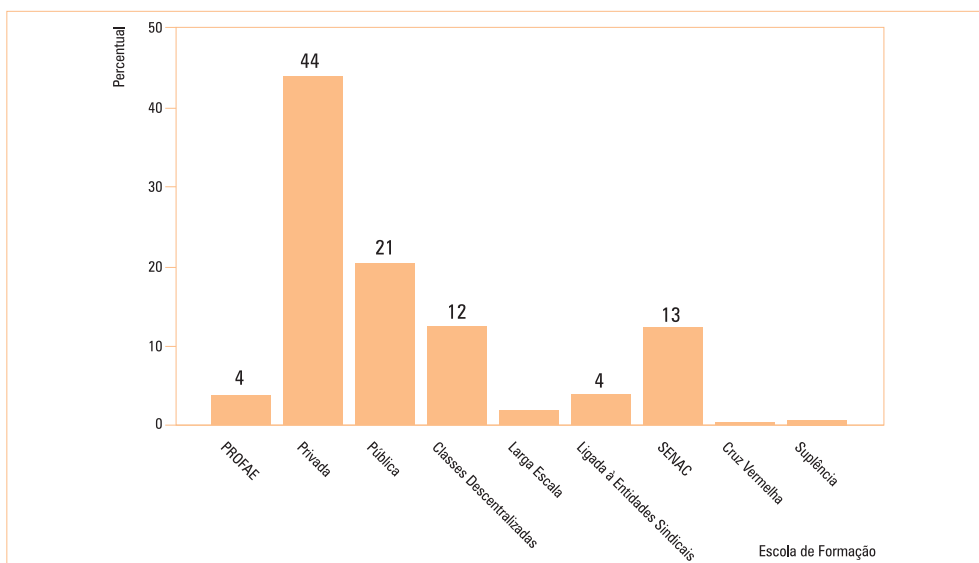
Segundo os dados do ministério, as capitais concentram um grande número de inscritos em todos os estados. Em São Paulo, 28,4 % de inscritos são da capital e cerca de 60% são alunos procedentes de municípios de até 500 mil habitantes (Brasil, 2001).

Uma das metas do Profae é a modernização das escolas técnicas para o SUS, a fim de promover o fortalecimento institucional e a capacitação técnico-científica das Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS, tornando-os centros de referência para formação em saúde nos níveis básico, técnico e pós-técnico da educação profissional (Brasil, 2001). Esse resgate de investimento nos centros formadores pode traduzir-se em melhoria da qualidade da formação desses trabalhadores.

Verifica-se, no Gráfico 2, que 44% dos alunos, formou-se auxiliar de enfermagem em escolas privadas. No período inicial de estruturação do SUS, a carência de formação de pessoal de nível médio foi suprida por meio de desenvolvimento de incentivos próprios advindos tanto do setor privado como do público. Dentre este último, cabe ressaltar que, a partir de 1981, tivemos a formação de auxiliares de enfermagem utilizando a

Gráfico 2

Distribuição percentual dos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003



metodologia de educação em serviço (Projeto Larga Escala e Projeto Classes Descentralizadas). Apesar desses esforços no passado, persistem ainda deficiências no Ensino Fundamental, necessário para admissão de alunos em cursos profissionalizantes de nível médio (Brasil, 2001).

A maioria dos alunos formou-se entre 1994 e 2000, coincidindo com o período em que se extinguiu a atividade do atendente de enfermagem, cujo prazo final foi 1996 (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986). Os cursos de auxiliar de enfermagem foram procurados pelos atendentes para escapar da fiscalização do conselho regional profissional que, no uso de suas atribuições, os enquadraria no exercício ilegal da profissão (Brasil, 2001).

O estudo mostra que 58% dos alunos estavam exercendo a profissão entre 2 e 8 anos. Essa experiência de trabalho tem sido utilizada no processo pedagógico do Profae, servindo de subsídio para discussões em aulas e construção da formação complementar em técnico de enfermagem. Concorda-se com o que dizem Aranha e Frade (2001):

“os adultos trabalhadores possuem uma rica fonte de aprendi-

zagem e construção de conhecimentos, bem como de socialização e emoções diversas: o seu próprio trabalho. Portanto, ao contrário de enxergar o trabalho como elemento dificultador da atividade escolar, procuramos criar formas e mecanismos de fazê-lo cada vez mais presente no processo de aprendizagem e não criar nenhum esquema punitivo, em virtude das dificuldades advindas dessa atividade. Ao contrário, procuramos flexibilizar espaços e tempos escolares que dessem conta dessa diversidade”.

Tanto quanto o tempo de formado, as unidades em que o aluno já trabalhou são importantes para a construção do seu saber. Ao nosso ver, o processo de trabalho, como eixo norteador do curso, não pode ser ignorado, e acreditamos que ele faz toda a diferença à medida em que o aluno se torna ator importante da construção do seu saber e não só um mero receptor de informações e de saberes.

Também concordamos com Peluso (2001), quando diz:

“o aluno, quando é trabalhado pelo professor na direção de

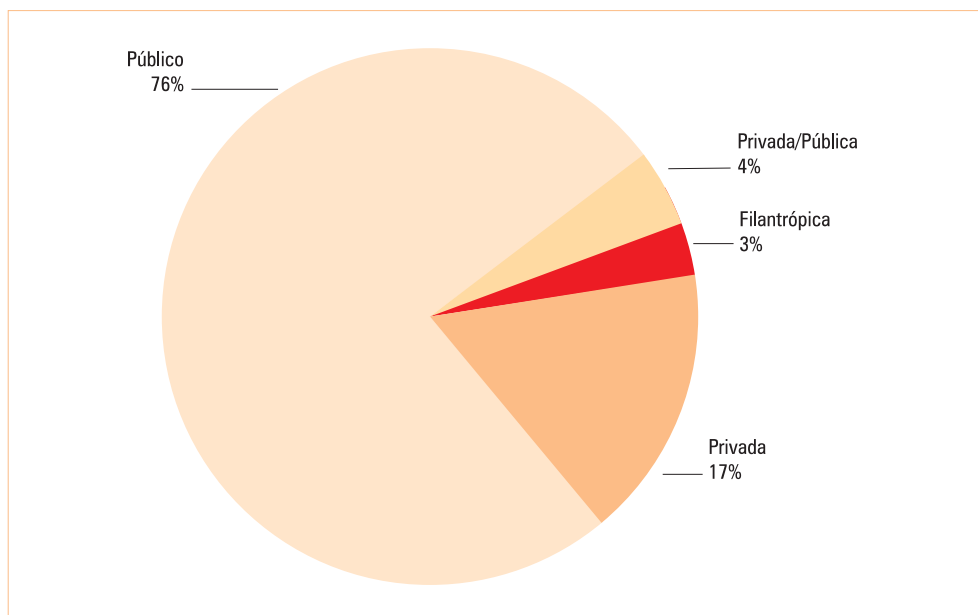
uma reflexão mais profunda sobre o significado do conhecimento, torna-se integrado ao processo de aprendizado, ele não se coloca como alguém de fora, como se o conhecimento se processasse independente da ação transformadora do ser humano. O aluno identifica a experiência do dia-a-dia com o conhecimento das aulas, ampliando o que foi discutido a respeito de outras situações do cotidiano. Cabe, portanto, à escola, como um espaço que tem a função educativa, criar as condições para que o aluno estabeleça as relações entre a vida cotidiana e o conhecimento que vem sendo construído por intermédio de gerações. Esta é uma forma de valorizar o conhecimento do aluno, adquirido por sua experiência de vida, para a partir

daí, com base nessa mesma experiência, proporcionar a recriação do conhecimento formalmente elaborado pela escola”.

Como se pode observar no Gráfico 3, 76% dos alunos trabalham no serviço público. Segundo o Ministério da Saúde, dos cerca de 2 milhões de trabalhadores em atividades de saúde, em 2001, 42,5% têm vínculos no setor público. Quanto ao auxiliar de enfermagem, 39,9% pertencem ao setor público, nas três esferas de governo. (Brasil,2001).

O Gráfico 4 mostra que a procura de aperfeiçoamento por parte do profissional da área hospitalar supera a dos que atuam na atenção básica, que somam 21,5%, considerando juntos o Programa Saúde da Família (PSF) e a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Gráfico 3
Distribuição percentual dos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae - SES, segundo setor da instituição de trabalho. São Paulo, 2003

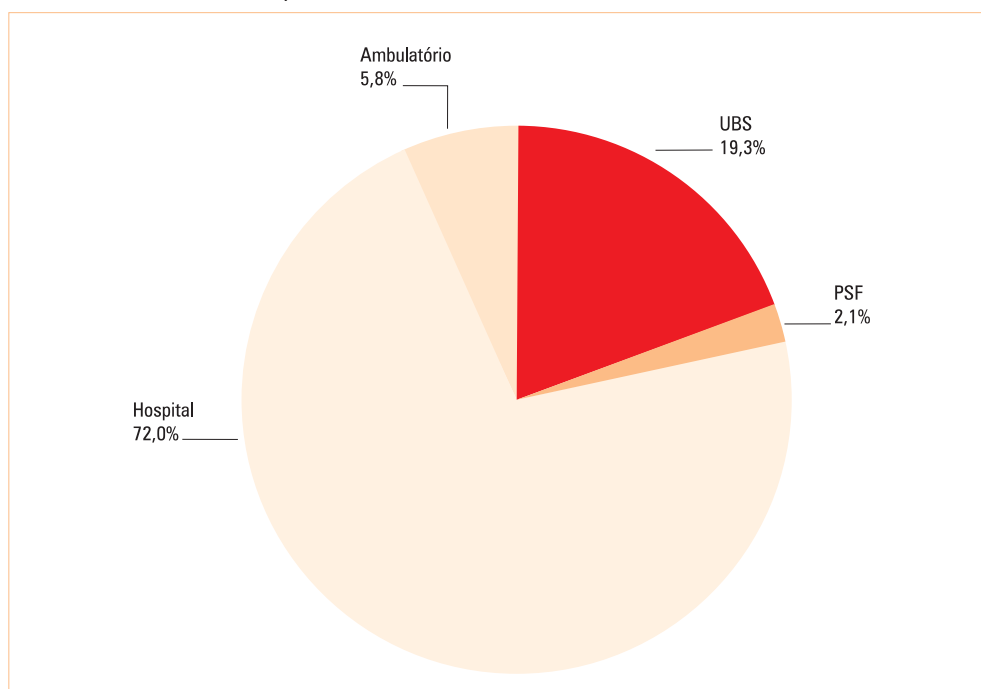


Quanto à função que estão exercendo, a maioria (98,7%) trabalha como auxiliar de enfermagem. Essa significativa proporção pode estar vinculada ao pré-requisito para inclusão desses alunos na formação de técnicos de enfermagem deste Projeto.

A Tabela 1 apresenta os locais de trabalho dos entrevistados e a Tabela 2 sintetiza as atividades desenvolvidas como auxiliares de enfermagem. Uma das questões mais difíceis para a construção da grade curricular dos cursos do Profae/Cefor foi como

Gráfico 4

Distribuição percentual dos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES, segundo a unidade de trabalho atual. São Paulo, 2003



incorporar a interdisciplinaridade em seu projeto pedagógico, para que o aluno possa exercer um papel profissional qualificado e não um mero cumpridor de rotinas básicas. Essa dificuldade pode ser relacionada com as colocações de Peluso (2001). Essa autora, ao discutir a educação como instrumento de mudança, relata que

esse processo de construção e reconstrução do conhecimento é tarefa do aluno e do professor e que:

“uma interpretação radical da educação como instrumento de mudança da realidade está fundamentada na visão pedagógica que favorece a criticidade do aluno adulto”. (Peluso, 2001)

Tabela 1

Freqüência dos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES, segundo as áreas de trabalho que estavam atuando no momento da pesquisa. São Paulo, 2003

Áreas que atuaram	Freqüência
Clinica Médico-Cirúrgica	162
Posto de Saúde	127
Pronto Socorro	95
Unidade de Terapia Intensiva	71
Centro Cirúrgico	43
Ambulatório	40
Maternidade	38
Central de Material	28
Berçário	22
Pediatria	20
Psiquiatria	16
Obstetrícia	14
Programa de Saúde da Família	10
Banco Sangue	6
Dose Certa	3
Outras Áreas	15

Tabela 2 – Frequência de atividades desenvolvidas no trabalho atual pelos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003

Áreas desenvolvidas	Frequência
Medicação (preparo, distribuição e administração)	484
Curativos	326
Verificação Sinais Vitais	244
Cuidado Higiene (banho, higiene oral, íntima)	242
Coleta de Exames (sangue, urina)	214
Sondagens	155
Oxigenoterapia (inalação, nebulização)	125
Vacinação	120
Exames (preparar, auxiliar paciente)	115
Pré e Pós Consulta	113
Prescrições Rotinas Hospitalares (cumprimento)	102
Esterilização de Materiais	85
Resgate/Atendimento Emergência	84
Circular sala de cirúrgica	74
Admissão/Alta do Paciente	70
Alimentação e Hidratação (atender a necessidade)	70
Limpeza de Unidade (arrumação do leito)	60
Orientações à grupo: hipertensos, gestantes, puérperas, cirúrgicos etc	58
Coleta de Papanicolau	52
Anotação	50
Mudança de Decúbito	37
Aspiração	36
Cuidados Integrais	25
Antropometria	23
Visita Domiciliar	22
Observações	21
Tricotomia	19
Retirada de Pontos	17
Apoio Psicológico	17
Organização Prontuários	16
Agendamento consultas/exames	13
Balanco Hidro-eletrolítico	11
Amamentação	11
Acolhimento	6
Enteroclisma	5
Controle Glicemia (urina e sangue)	5
Passagem de Plantão	4
Instrumentação Cirúrgica	3
Auxiliar de Laboratório	3
Tamponamento	2
Checação Material	2
Aplicação de Hemoderivados	2
Lavagem de Roupas	2
Corte de Cabelo	1
Transcrição de dietas	1

Com base nessa idéia, solicitou-se aos alunos uma avaliação de suas expectativas no início e no final do curso, considerando mudanças quanto à qualidade da assistência prestada, ao conhecimento, à satisfação com o trabalho e ao salário.

Em relação à mudança na qualidade da assistência, 87,4% assinalaram escore 8 e 10, como se pode observar no Gráfico 5. Esse dado mostra alta motivação dos alunos no início do curso,

a qual não sofreu alterações importantes na avaliação final. No final do curso, 81,4% dos alunos mensuraram escores entre 8 e 10.

Observa-se no Gráfico 6 que, no início do curso, os alunos tinham uma alta expectativa de mudança de conhecimento, pois 89,9% das avaliações ficaram entre os escores 8 e 10. Ao final do curso, 86,8% das respostas se concentraram entre os valores 8 e 10.

Gráfico 5
Avaliação da mudança na qualidade da assistência no início e no final do curso, pelos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003

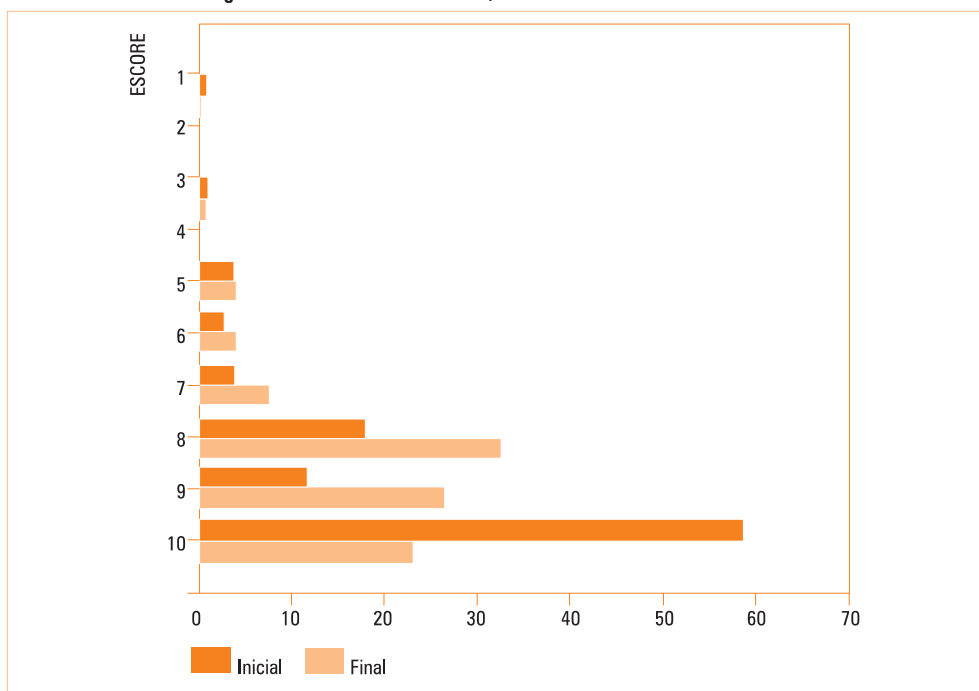
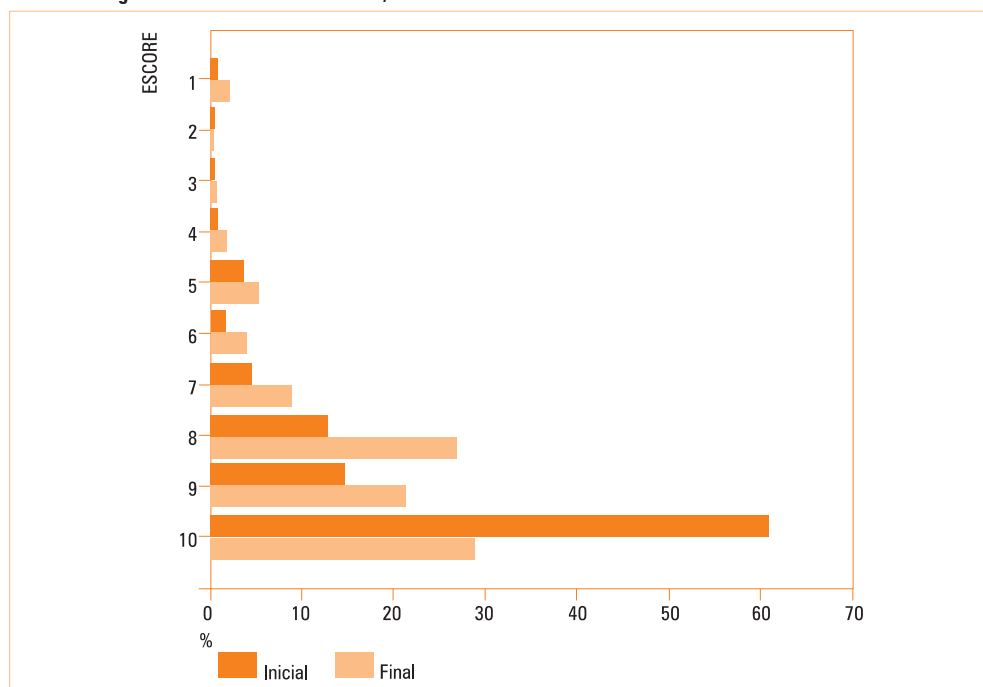


Gráfico 6
Avaliação da mudança no conhecimento no início e no final do curso, pelos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003



Quanto à mudança de satisfação no trabalho, no início do curso verificamos que esses alunos se portaram como nas avaliações anteriores, com registros mais expressivos, 86,9% se situando entre 8 e 10 (Gráfico 7). Na avaliação final esse índice caiu, com

75,4% dos alunos mensurando escores entre 8 e 10. Esses dados apontam para a necessidade de uma reflexão maior sobre o papel exercido por cada categoria profissional de enfermagem.

O fator mudança de salário foi o que mais sofreu diferenças de ava-

liação do início ao final do curso. As expectativas iniciais apontaram 53,8% de escores entre 8 e 10 (Gráfico 8). No fim do curso houve uma inversão dos achados com relação ao início do curso, quando 47,5% assinalaram 1. Esse dado

mostra que a absorção desse profissional no mercado de trabalho pode não estar associada à melhoria salarial. Esta é uma questão que deve ser revista pelos gestores da saúde, a inserção desse profissional deve vir acompanhada de uma política salarial

Gráfico 7

Avaliação da mudança na satisfação no início e no final do curso, pelos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003

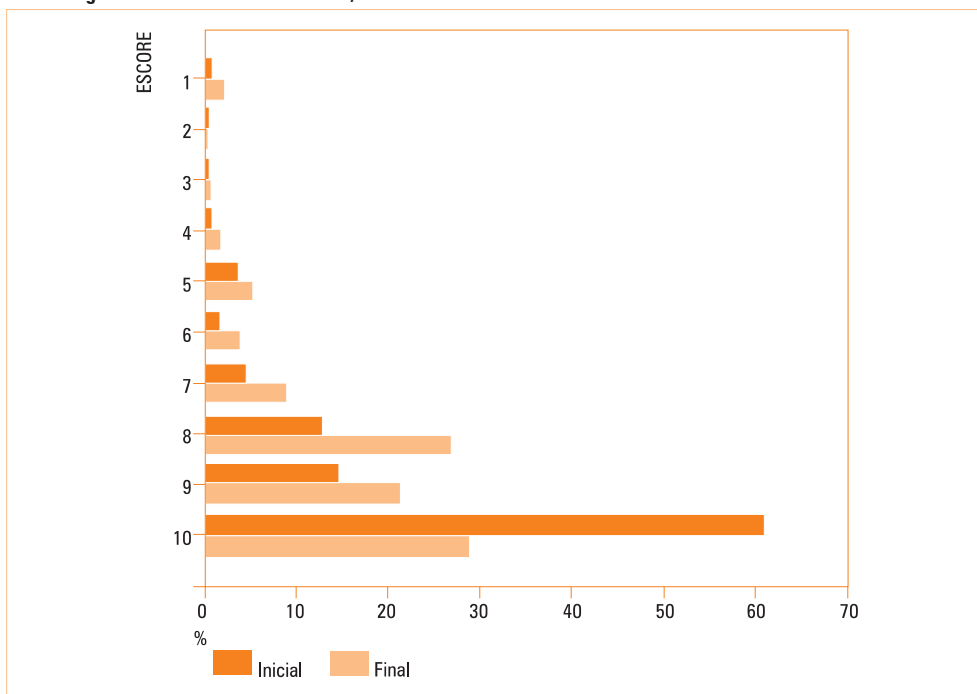
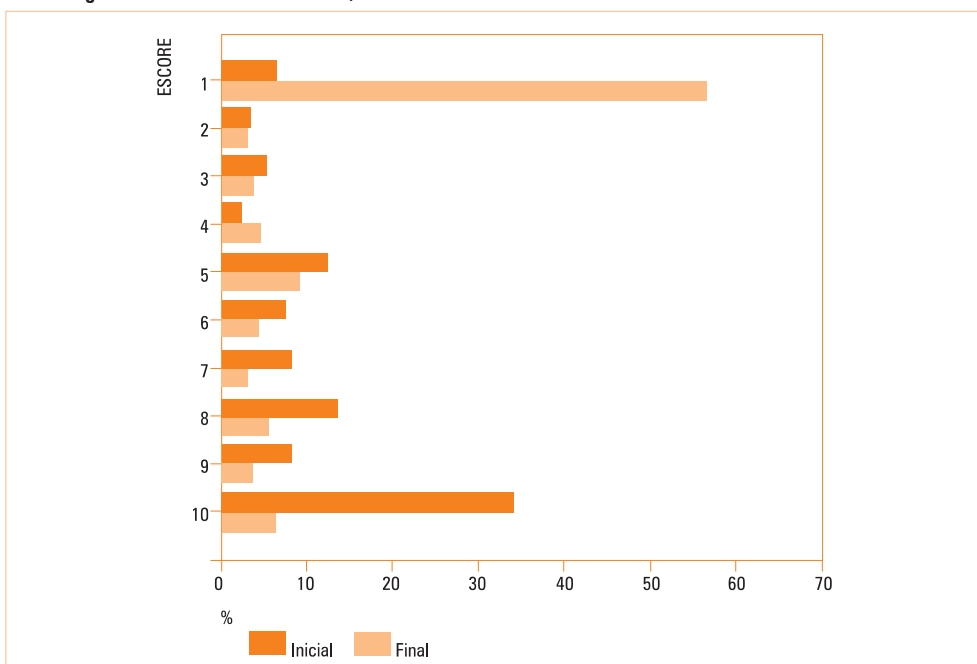


Gráfico 8

Avaliação da mudança no salário no início e no final do curso, pelos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003



justa, compatível com seu novo cargo.

Observou-se que a percepção dos auxiliares de enfermagem quanto às diferenças entre o exercício da sua função e a de técnico de enfermagem está baseada no aprimoramento de seu conhecimento ou na aquisição de novas habilidades, como mostra a Tabela 3. Para 4,7% dos alunos, as diferenças dizem respeito apenas ao Conselho Regional de Enfermagem (Coren).

Solicitou-se ao aluno que levasse o instrumento até o enfermeiro do seu

local de trabalho, para que este, ou o próprio aluno, escrevesse em poucas palavras as modificações encontradas. Esses dados foram categorizados e apresentados na Tabela 4, onde 65,3% assinalaram mudanças técnicas positivas. Aspectos negativos foram apontados por 20,2% dos respondentes, com alguns alunos não se furtando em relatar que:

“não conheciam sua chefia”, “não eram subordinados a ninguém”, e “o chefe nem sabia que eles faziam curso de técnico”.

Tabela 3

Diferenças relatadas entre ser auxiliar e técnico de enfermagem dos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003

Diferença relatada entre auxiliar e técnico de enfermagem	Frequência	Porcentagem
Aprimoramento técnico; mais conhecimento	285	40,3
Maior responsabilidade	68	9,6
Prestação de cuidado com qualidade	58	8,2
Maior experiência em administração	50	7,1
Aumento de salário e conhecimento	37	5,2
Não muda nada, somente para o Coren	33	4,7
Coordenação equipe, planejamento de cuidados	31	4,4
Realização de procedimentos complexos	27	3,8
Mais experiência e segurança	23	3,2
Maior humanização da assistência	12	1,7
Aumento do trabalho burocrático	10	1,4
Poderá trabalhar no UTI	10	1,4
Maior credibilidade profissional	9	1,3
Não respondeu	8	1,1
Técnico não necessita de supervisão, independência na tomada de decisão	7	1,0
Maior satisfação profissional	7	1,0
Visão integral do paciente	6	0,8
Maior autonomia	6	0,8
Aumenta a demanda de trabalho	4	0,6
Cópia das atividades do Coren	4	0,6
Mais informação	3	0,4
Não sabe a diferença	3	0,4
Garantia certa de emprego	2	0,3
Melhor senso crítico	2	0,3
Outros	3	0,4
Total	708	100,0

Tabela 4

Mudança profissional expressa pelo enfermeiro do local de trabalho dos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003

Referência da Mudança	Frequência	Porcentagem
Conhecimento técnico melhor, tecnicamente mais seguro	196	29,9
Melhorou a qualidade do trabalho, melhora do desempenho	80	12,2
Agilidade e segurança	61	9,3
Maior envolvimento com o trabalho, mais atenção no trabalho	37	5,6
Melhorou o contato com pacientes, familiares e colegas	23	3,5
Melhorou a valorização profissional	13	2,0
Visão mais ampla da saúde	10	1,5
Melhorou o conhecimento administrativo da unidade	5	0,8
Criticismo	3	0,5
Subtotal	428	65,3
Não houve mudança e não respondeu	227	34,7
Total	655	100,0

A Tabela 5 mostra a possibilidade de adequação do profissional após a formatura. Assim, 65,5% dos alunos relataram que não iriam sofrer mudanças em seus cargos, continuariam como auxiliares de enfermagem. Apenas 26,9% seriam enquadrados em sua nova categoria profissional. Dos alunos que não sofreriam alterações em seus cargos, 22,1% procurariam outro emprego, 18,8% permaneceriam no mesmo cargo que ocupavam naquele momento e 13,1% aguardariam concurso público para mudança.

Esse dado aponta para a necessidade de reflexão por parte dos gestores e empresários da saúde, no sentido da absorção desses profissionais com melhor qualificação profissional e uma política salarial justa. Do contrário, existe a possibilidade de que os profissionais ligados ao SUS, uma vez qualificados, migrem para o setor privado.

No que diz respeito às diferenças relatadas pelos auxiliares de enfermagem quanto a ser um técnico de enfermagem, no final do curso as referências positivas sobem em relação à sua expectativa inicial, que era de 40,3 %, passando para 41,7% no que tange ao aprimoramento do conhecimento (Tabela 6).

Quanto à arguição do significado do curso para si, os resultados apresentados na Tabela 7 mostram que os alunos viram como positivo para sua profissão, no sentido de atualização profissional, aumento de responsabilidade e confiança ou oportunidade gratuita de se aprimorar. Para 7,8% dos entrevistados, o curso lhes proporcionaria conquista social, profissional e econômica, e 0,6% relataram que ocorreria uma mudança em suas vidas a partir dele. Essas falas denotam um aspecto mais amplo do objetivo principal proposto pelo projeto, revelando o seu

Tabela 5
Atitude frente adequação negativa na mudança da categoria profissional no local de trabalho, pós-formatura, dos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003

Atitude frente adequação negativa da categoria profissional	Frequência	Porcentagem
Procurará outro emprego	145	22,1
Permanecerá no cargo	123	18,8
Esperará concurso para a mudança	86	13,1
Fará movimento para mudança da categoria	16	2,4
Aguardará regulamentação do técnico nos órgãos públicos	42	6,4
Procurará outro ramo de trabalho, outros mercados	3	0,5
Trabalhará em local fechado e receberá adicional	1	0,2
Mostrará a diferença para o empregador diferenciar o salário	13	2,0
Subtotal	429	65,5
Serão adequados e não responderam	226	34,5
Total	655	100,0

Tabela 6 - Diferença percebida entre auxiliar e técnico de enfermagem, pós-formatura, dos alunos do curso de técnico de enfermagem Profae-SES. São Paulo, 2003

Diferença entre auxiliar e técnico de enfermagem	Frequência	Porcentagem
Maior conhecimento na área técnica	273	41,7
Melhor desempenho, trabalho com mais qualidade	125	19,1
Executa procedimentos mais complexos, aumenta responsabilidade	79	12,1
Melhor conhecimento da área administrativa	42	6,4
Ver o paciente de forma integral	29	4,4
Assumir com o enfermeiro ou em sua ausência a responsabilidade da unidade	27	4,1
Melhora do senso ético	18	2,7
Não respondeu	15	2,3
Desempenha o trabalho de forma mais humanizada	13	2,0
Maior autonomia, escalas, planejamento, programação de atividade	12	1,8
Melhor salário	8	1,2
Melhorou a maneira de me comportar no trabalho	6	0,9
Executa atividades que não são de sua competência	4	0,6
Ver paciente de forma integral	3	0,5
Aumentar o valor do Coren	1	0,2
Total	655	100,0

Tabela 7 – Significado do curso, pós-formatura, para os alunos do curso de técnico de enfermagem PROFAE-SES. São Paulo, 2003

Significado do curso	Frequência	Porcentagem
Atualizar-se profissional, adquirir mais conhecimento	210	32,1
Melhorar a confiança no trabalho, ter mais responsabilidade, crescimento profissional	105	16,0
Ser técnico em procedimento	79	12,1
Bom por ser gratuito	73	11,1
Conquista social, profissional e econômica	51	7,8
Ter melhor chance no mercado de trabalho, novos horizontes	31	4,7
Melhora da qualidade da assistência que presta	26	4,0
Ter mais satisfação com o trabalho	25	3,8
Conhecer melhor o sistema de saúde	20	3,1
Não respondeu	16	2,4
Melhora do currículo	7	1,1
Ver o paciente de forma integral	4	0,6
Complementar o que não viu no curso de auxiliar	4	0,6
Mudança de vida	4	0,6
Total	655	100,0

poder transformador, quando oferece a cidadãos a oportunidade de melhorar sua qualificação profissional.

Na avaliação final, os alunos atribuíram notas de 8 a 10 ao curso de técnico de enfermagem Profae-SES, que somadas resultaram em 86% de aprovação.

Considerações Finais

Os dados apresentados nos mostram que este projeto mobiliza tanto os mais jovens como auxiliares já da terceira idade, revelando que o interesse em se qualificar depende também de oportunidades oferecidas pelas Políticas Públicas:

“Mesmo com minha idade quero encerrar minha carreira com mais conhecimento. Graças à Deus que houve um Profae em minha vida” ou *“Sou jovem e preciso me aprimorar cada vez mais, vou chegar na graduação de enfermagem, vocês vão ver”*.

Acredita-se que reconhecer nesse aluno suas expectativas de mudança e as diferenças que percebem em si é um instrumento necessário para diagnosticar e planejar adequadamente a complementação de sua formação. Esse retrato nos tem fornecido subsídios para o gerenciamento das turmas, nas coordenações e capacitações pedagógicas, apontando caminhos que conduzem à melhoria da qualidade dos cursos.

Como síntese do impacto desse projeto na vida dos alunos, poderíamos trazer duas frases que foram

algumas vezes citadas pelos alunos, quando lhes foi inquirido sobre o significado do curso para si. Disseram eles: *“O curso foi uma conquista social, profissional e financeira”*, e para outros ainda *“foi uma mudança de vida”*.

Essas falas ressaltam o compromisso que cada profissional envolvido neste Projeto tem com relação à mudança proporcionada na vida desses trabalhadores e da sociedade.

Referências Bibliográficas

- ARANHA, A. V. S.; FRADE, I. C. A. da S. Educação profissional e básica: integração e omnilateralidade na construção de uma proposta de ensino para atendentes de enfermagem. *Formação: escolarização, profissionalização e saúde: faces da cidadania*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 3, n. 3, p. 25-37, set./dez. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Formação*, Brasília, v. 1, n. 1, 2001.
- PELUSO, T. C. L. A educação de adultos: refletindo sobre a natureza e sua especificidade. *Formação: escolarização, profissionalização e saúde: faces da cidadania*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 3, n.3, p. 5-16 p., set./dez. 2001.
- PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Edusp, p. 21-22, 1999.

Entrevista Antônio Almerico Biondi Lima

PLANO NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO: UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO DOS TRABALHADORES À QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

NATIONAL QUALIFICATION PLAN: UNIVERSALIZATION OF WORKERS RIGHTS TO PROFESSIONAL QUALIFICATION

Antônio Almerico Biondi Lima

Diretor do Departamento de Qualificação – DEQ

Secretaria de Políticas Públicas de Emprego do Ministério do Trabalho e Emprego.

O entrevistado Antônio Almerico Biondi Lima é Diretor do Departamento de Qualificação – DEQ, da Secretaria de Políticas Públicas de Emprego do Ministério do Trabalho e Emprego. É pedagogo, mestre e doutorando em Educação. Atua em Educação Popular, Educação de Jovens e Adultos e Educação Profissional desde 1983. Exerceu atividades como professor em instituições de ensino superior (Didática em Licenciaturas e Metodologia da Pesquisa) e como consultor educacional em entidades públicas e privadas.

Antonio Almerico Biondi Lima is the Director of the Department of Qualification (DEQ) of the Secretariat of Job Public Policies of the Ministry of Labor and Job. He is pedagogue and has a masters and a Doctors degree in Education. He has worked with Popular Education, Education of Young and Adults and Professional Education since 1983. He has been a teacher in superior level teaching institutions (Didactics and Research Methodology) and worked as an educational consultant in private and public entities.

O Departamento de Qualificação – DEQ, da Secretaria de Políticas Públicas de Emprego do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, tem por tarefa elaborar, articular e executar políticas públicas de qualificação que incluem, além de atividades formativas, a certificação e a orientação profissional. Este Departamento coordena, entre outras ações, o Programa de Qualificação Social e Profissional, do qual o Plano Nacional de Qualificação – PNQ, faz parte.

O PNQ, como é conhecido, é uma iniciativa do MTE baseada na premissa de que todo o trabalhador tem direito à qualificação profissional. Esse Plano, concebido visando à articulação, à promoção e à integração das ações de qualificação social e profissional no Brasil, em conjunto com outras políticas e ações vinculadas ao emprego, ao trabalho, à renda e à educação, tem como horizonte a universalização do direito dos trabalhadores à qualificação.

Trata-se de um processo de crescente integração com outros programas e projetos financiados pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, particularmente no que diz respeito à intermediação de mão-de-obra, ao microcrédito, ao seguro desemprego, à economia solidária, entre outras políticas públicas que envolvem a geração de trabalho, emprego e renda.

Formação - O Ministério do Trabalho e Emprego, dentre as suas prioridades de ação, destaca a participação ativa da sociedade nas políticas de desenvolvimento e na construção do Sistema Público de Emprego. Explique-nos o que é este Sistema e como ele funciona?

Almerico Biondi - O Sistema Público de Emprego (SPE) é uma grande conquista das trabalhadoras e dos trabalhadores, fruto das lutas dos movimentos sociais no início do século passado, ampliada no pós-II guerra mundial. No SPE o trabalho é concebido como direito e os recursos públicos devem financiar políticas e programas voltados à obtenção, à permanência e ao desenvolvimento no emprego. Com o advento da Organização Internacional do Trabalho (OIT), os países que ratificam a Convenção 88 (incluído o Brasil), de 1948, são instados a organizar serviços articulados e integrados de promoção do emprego, envolvendo seguro-desemprego, intermediação de mão-de-obra, geração de emprego e renda, estatísticas e indicadores do mercado do trabalho e qualificação

profissional. Mais recentemente, incorporaram-se outros programas como os de orientação e de certificação profissional, de microcrédito, de estímulo à organização produtiva etc.

Em tese, os componentes do SPE deveriam estar articulados, mas, no caso brasileiro, a experiência, ainda que tardia (começou em 1975), levou ao desenvolvimento desigual das políticas. O SPE também deveria ser gerido de forma tripartite; mas isto só veio a acontecer após a promulgação da Constituição de 1988. Neste sentido, há muito o que mudar no Brasil para que possamos ter um SPE maduro e condizente com as demandas das trabalhadoras e dos trabalhadores.

O empenho de nosso Governo, desde o primeiro momento, tem sido no sentido de integrar e articular as políticas, tornar a gestão mais democrática e participativa, priorizar o atendimento às populações mais vulneráveis, garantir mais efetividade social, oferecer qualidade na prestação dos serviços com eficiência e

eficácia e, ainda, capilarizar as políticas de emprego, fazendo-as chegar até o município.

No momento atual, estamos redesenhando o SPE, com uma nova concertação e definição dos papéis dentro do pacto federativo, robustecendo o sistema com um arcabouço legal compatível com a realidade atual.

F - Ao se falar em qualificação social e profissional pensa-se em processo educativo e de inserção no mundo do trabalho. Nesta configuração, na sua opinião, como a qualificação deve ser vista? Em que medida esta qualificação garante cidadania ao trabalhador?

AB - A *qualificação* deve ser vista como um conjunto de políticas que se situam na fronteira do trabalho e da educação, intrinsecamente vinculadas a um *projeto de desenvolvimento* incluyente, distribuidor de renda e redutor das desigualdades regionais. Neste sentido, a qualificação é *parte indissolúvel das políticas de trabalho, emprego e renda*, sejam elas urbanas ou rurais, públicas ou privadas, que resultem em relações assalariadas, empreendedoras, individuais ou solidárias, por sua vez. É, também, uma forma de *educação profissional básica* e deve estar articulada com a educação de jovens e adultos, com a educação do campo e com a educação profissional de nível técnico e tecnológico. É um processo de construção de *políticas afirmativas de gênero, etnia e geração*, ao reconhecer a diversidade do trabalho e demonstrar as múltiplas capacidades individuais e coletivas; e mais, é uma forma de reconhecimento social do conhecimento do trabalhador, ou seja, de *certificação profissional e ocupacional*, que deve estar articulada com as classificações de ocupações, profissões, carreiras e competências. A qualificação, também, é uma necessidade para o/a jovem e o/a adulto/a, em termos de *orientação profissional* para a sua inserção no mundo do trabalho. Por se tratar de

um objeto de disputa de hegemonia, com a *negociação coletiva da qualificação e certificação profissionais* deve integrar um sistema democrático de relações de trabalho.

Enfim, a qualificação é um direito de toda trabalhadora e de todo trabalhador, que está estreitamente vinculado ao direito ao trabalho e ao direito à educação.

F - Em um País como o Brasil, de grande dimensão territorial e muita diversidade social, cultural e econômica como é possível implementar um Plano Nacional de Qualificação que se propõe a atender a “todos” os trabalhadores brasileiros?

AB - As principais diretrizes do PNQ são: qualificação como direito; compromisso e participação da sociedade; efetividade social e qualidade pedagógica. Na resposta à pergunta anterior destaquei a questão da diversidade. Outra questão fundamental que permeia o PNQ é a concepção de território.

Entretanto, acredito que vou levantar uma questão polêmica: o problema da qualificação no Brasil não é, na nossa opinião, falta de agentes sociais capacitados, nem falta de metodologias adequadas, nem de falta de recursos. Nestes aspectos, estamos muito à frente de muitos países do mundo, inclusive dos países mais desenvolvidos. O nosso Plano Nacional de Qualificação (PNQ) é apenas uma das iniciativas neste campo, mas tem o objetivo de contribuir na articulação das ações de qualificação no Brasil. No âmbito dos agentes sociais temos, por exemplo, a rede pública federal (Centros Federais de Educação Tecnológica – Cefet), estadual e municipal de escolas técnicas e agrotécnicas, o Programa de Expansão da Educação Profissional do MEC e inúmeras ações de ministérios, secretarias estaduais e municipais, além de diversos órgãos públicos.

Administradas pelo empresariado estão as milhares de unidades do

Sistema S (que utilizam recursos públicos), além das experiências de educação corporativa, organizadas por grandes empresas. Temos, ainda, os trabalhadores, que por meio de suas centrais sindicais, vêm desenvolvendo experiências inovadoras de articulação entre qualificação profissional e elevação de escolaridade, como por exemplo o Programa Integrar, da Confederação Nacional dos Metalúrgicos, e as iniciativas da Confederação Nacional de Trabalhadores em Saúde e Seguridade (ambas vinculadas à CUT), as ações no campo, com o MST, o Movimento da Agricultura Familiar, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) e as Escolas Família Agrícola e mais um sem número de ações de universidades, Ongs, fundações, institutos, entre outros.

Gostaria de destacar a ação do Ministério da Saúde em relação à qualificação do auxiliar de enfermagem e do agente comunitário de saúde, pela sua qualidade e grau de integração com as políticas de prevenção e atenção à saúde.

Em relação a recurso, estima-se que sejam gastos entre dez e 12 bilhões de dólares/ano em qualificação. Os valores se aproximam do percentual do PIB gasto nos países desenvolvidos, mas o país continua sendo considerado como possuidor de uma mão-de-obra de “baixa qualificação”.

F - E por que isso acontece?

AB - Na nossa opinião, o problema é a dispersão de recursos, a superposição de iniciativas e uma preocupação ainda insuficiente com a efetividade social e a qualidade pedagógica das ações formativas.

Qualificar para quê? Apenas para um mercado que não oferece emprego? Por que não formar também para a economia solidária, para o auto-emprego? Por que não acrescentar conteúdos voltados para a cidadania e os direitos sociais e trabalhistas? Por que não vincular as ações formativas

ao desenvolvimento local? Por que gastar recursos com cursos com pequena carga horária, insuficiente para a aquisição dos conhecimentos necessários à inserção no mundo do trabalho?

Articular as ações, evitar superposições, estimular parcerias e complementaridades, criar sinergias e concentrar esforços. Somente assim poderemos alcançar o horizonte da universalização das políticas de qualificação.

F - Como está prevista a execução do PNQ e em que tipo de estrutura ela acontece? O principal financiador do PNQ é o Fundo de Amparo ao Trabalhador. Quais são as estratégias para sustentabilidade do PNQ, para além de 2007?

AB - O PNQ desenvolve-se, atualmente, através de Planos Territoriais de Qualificação (PlanTeQs), apresentados por estados e municípios a cada ano, devidamente aprovados pelas comissões estaduais ou municipais de emprego. Os PlanTeQs, como diz o nome, têm sua ênfase no território, suas demandas e seu projeto de desenvolvimento. Podem ser escolhidas, por meio do diagnóstico das demandas de qualificação entre 44 públicos diferentes, agrupados em dez públicos prioritários que, por sua vez, fazem parte das grandes prioridades do PNQ: atender às trabalhadoras e aos trabalhadores do Sistema Público de Emprego, articular-se com outras políticas de inclusão social e contribuir para o desenvolvimento e geração de emprego e renda. Outra forma é, no caso de entidades regionais ou nacionais, a apresentação de Projetos Especiais de Qualificação (ProEsQs), voltados para o desenvolvimento de metodologias de qualificação.

Atualmente, estamos desenvolvendo mais dois mecanismos que deverão ser apreciados pelo Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Codefat): os planos setoriais de qualificação (para atender a demandas de cadeias produtivas, que se estendem por mais de um território

rio) e os planos emergenciais de qualificação, que seriam acionados em caso de processos de desativação de empresas ou de catástrofes.

Quanto aos recursos, é importante esclarecer que, devido às denúncias de malversação de verbas e também pela baixa efetividade social e qualidade pedagógica, o plano de qualificação anterior (Planfor) já amargava uma queda de recursos de cerca de R\$ 500 milhões (2001) para R\$ 130 milhões (2002). Nossa dotação orçamentária atual é da ordem de R\$ 81 milhões, mas saneados os principais problemas e redefinidos os rumos da política de qualificação, estamos solicitando, para 2005, em torno de R\$ 300 milhões.

Como já disse, a sustentabilidade deve vir da articulação das ações dos diversos agentes e de suas respectivas fontes de financiamento. Estimamos a necessidade de utilização de 1% do PIB/ano em qualificação, com a aplicação, em 10 anos, de aproximadamente US\$ 200 milhões/ano no PNQ.

F - Como acompanhar e avaliar um plano com a envergadura do PNQ?

AB - Para todas as políticas públicas torna-se necessário estabelecer diretrizes, fluxos e procedimentos, compreendendo todo o ciclo de gestão. Neste sentido, construímos uma versão preliminar de um Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (SPMA).

As principais características deste sistema são o fortalecimento da gestão participativa (Comissões Estaduais e Municipais de Emprego); uma maior participação do MTE nos processos de gestão (com a participação efetiva das Delegacias Regionais do Trabalho); autonomia da avaliação externa (já que esta função era antes executada pelos conveniados e agora é contratada diretamente pelo MTE); estabelecimento de convênios mais precisos e detalhados (plurianualidade *sem* reprogramação de recursos de um exercício para o outro, a liberação de recursos apenas com a aprovação da prestação de contas do exercício

anterior, a uniformização, com detalhamento e a exigência do cumprimento de obrigações); o monitoramento permanente, com visitas técnicas de periodicidade regular, viabilizando a tomada de decisões tempestivas e, assim, permitindo a correção dos rumos das ações; e a adequação, às diretrizes do PNQ, do Módulo de Qualificação do Sistema de Gestão Integrada das Ações de Emprego (Sigae) e integração com os demais módulos do SPE.

F - Como o PNQ vem se articulando com as demais políticas setoriais voltadas para a qualificação profissional do trabalhador?

AB - Esta é uma das principais diretrizes do PNQ: sua articulação e integração com as demais políticas públicas, em particular as de qualificação. Para tanto, procuramos elaborar, conjuntamente com os ministérios afins, termos de referência sobre a qualificação de trabalhadoras e trabalhadores, como por exemplo, ministérios do Turismo, do Desenvolvimento Agrário etc.

Em áreas de interseção, buscamos estimular a criação de grupos de trabalho interministerial, como o GT da Qualificação e Educação Profissional, o GT de Certificação e o GT de Estágio, com o MEC, e grupos de trabalho com os ministérios do Desenvolvimento, da Indústria e do Comércio Exterior, da Saúde, do Turismo e também da Previdência Social. Participamos de fóruns e outros espaços específicos, tais como: fóruns da competitividade, da micro e pequena empresa do Ministério do Desenvolvimento, da Indústria e do Comércio Exterior; fórum da educação corporativa (ministérios da Educação e do Desenvolvimento da Indústria e Comércio Exterior); fórum da educação profissional (Ministério da Educação).

Destaco, também, que sempre que convidados pelos ministérios para participar de grupos de trabalho, de interesse específico, nós estamos presentes, como é o caso do GT sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Ministério da Saúde.

Normas para Publicação

A revista Formação tem por finalidade publicar resultados de pesquisas originais, revisões, ensaios, opiniões, resenhas e artigos extraídos de dissertações e teses, que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento da área da formação em saúde e da educação em saúde.

1. A submissão de um artigo ou um outro trabalho para a publicação implica que seu conteúdo seja original, não publicado e não submetido à publicação em nenhum outro periódico. Trabalhos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários etc.) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais, devendo ser autorizados, por escrito, pela entidade organizadora do evento, quando as normas do mesmo assim o exigirem. Serão aceitos trabalhos originalmente escritos em português e espanhol.

2. Os artigos ou outros trabalhos serão sempre julgados por pareceristas, podendo ser aceitos, aceitos sob condição ou rejeitados. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus trabalhos. Outros documentos poderão ser publicados tendo em vista a importância de sua divulgação, dependendo da aprovação do editor.

Aceitos - quando aceitos, poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações relativas ao processo de editoração e normalização, de acordo com o projeto editorial da revista. Quando **aceitos sob condição**, serão indicadas ao autor as reformulações necessárias, submetendo-se novamente aos mesmos pareceristas o aceite final.

Recusados - quando rejeitados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão ser reapresentados como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento. Excepcionalmente, pela atualidade ou foco do artigo ou trabalho, o mesmo poderá ter a sua reformulação indicada pelo editor.

3. Os artigos ou trabalhos deverão obedecer ao seguinte padrão de formatação e estrutura textual:

A) **Formatação**: ser apresentado em editor de texto (word) com:

- no máximo 25 (vinte e cinco) laudas, digitadas em papel tamanho A4;

- páginas numeradas no ângulo inferior direito;

- margens laterais, superiores e inferiores de 2 cm cada;

- digitação com fonte times new roman, tamanho 12 (doze), espaço duplo;

- alinhamento justificado, sem espaço entre os parágrafos.

B) **Estrutura Textual**: os trabalhos enviados devem ser redigidos de acordo com a ortografia e gramática oficiais e sob a norma padrão de comunicação técnico-científica (evitar neologismos). Deverá ser obedecida a seguinte estrutura formal:

a) **Título**: acompanhado de subtítulo, quando necessário. O título deve ser claro e conciso, sem abreviaturas e com versão em inglês. Cabe salientar também que o título deve ser breve, mas suficientemente específico e completo contendo os termos que representam o conteúdo do artigo.

b) **Nome do(s) autor(es)** e colaboradores por extenso: especificação do(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) e de sua qualificação acadêmica e profissional, e-mail, telefones, bem como o endereço para envio de correspondências, os quais devem constar como notas de rodapé. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a apenas 5 (cinco). Acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

c) **Autoria**: trabalhos com mais de 1 (um) autor devem ter, ao final do texto, a indicação em nota de esclarecimento, sobre qual a contribuição de cada autor (pesquisador de campo; responsável pela preparação dos originais, redação ou revisão crítica; colaborador na análise e interpretação dos dados etc.). *Cada artigo deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com*

a revista e seu respectivo endereço, incluindo telefone, fax e e-mail (autor correspondente).

- d) **Resumo:** apresentação de 2 (dois) resumos de, no máximo, 150 palavras, sendo um em *português* e outro em *inglês*, os quais deverão constar no início do documento. Quando o artigo for escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. O resumo deverá conter, de maneira condensada, informações referentes a objetivos, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. O resumo deve ser necessariamente escrito na terceira pessoa do singular (referir-se ao artigo e não à autoria).
- e) **Palavras-Chave:** indicação dos termos essenciais para elaboração de um índice de assuntos em *português* e em *inglês*, os quais deverão constar abaixo dos resumos dos artigos. Poderá ser de até 5 (cinco) palavras-chave, estando as mesmas sujeitas à alteração pelo editor, de acordo com a lista de termos indexadores utilizada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme), segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).
- f) **Texto:** deverá conter introdução ou apresentação; material e métodos ou argumentação ensaística; revisão da literatura ou proposições ao pensamento; resultados ou avaliação crítico-reflexiva; conclusões e recomendações ou discussão. Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções:

Artigos - divulgam ensaios ou resultados de pesquisas inéditas, sejam de natureza empírica, experimental ou conceitual. Tais documentos poderão ser extrações sistematizadas de dissertações e teses relativas à formação na área da saúde ou educação em saúde.

Revisões - avaliação crítica sistematizada da literatura sobre a formação na área da saúde ou educação em saúde, devendo conter conclusões e recomendações ou discussão consistente do contraditório. Devem ser descritas as escolhas de delimitação do problema e da literatura relativa ao tema.

Resenha - crítica de livros e pesquisas com publicação ou divulgação nos últimos dois anos, relacionados à formação na área da saúde ou educação em saúde, ou, ainda, documentos disseminados em redes de comunicação on-line.

Divulgação e Relatos de Experiência - informes de interesse ou de subsídio ao trabalho ou produção intelectual de relevância à formação na área da saúde ou educação em saúde e a descrição de experiência individual ou coletiva de propostas de intervenção que façam o contraponto teoria/prática e indiquem, com precisão, as condições de realização da experiência relatada e recomendações críticas.

Opinião - texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas.

- g) **Notas:** as notas deverão ser colocadas no rodapé de cada página.
- h) **Ilustrações Complementares:** as tabelas, os gráficos e outras figuras deverão ser enviados em arquivos separados/específicos, confeccionados para sua reprodução direta sempre que possível. Deverão estar numerados, legendados e titulados corretamente, com indicação das unidades em que se expressem os valores usados e das fontes dos dados citados. *O número de tabelas e/ou figuras deve limitar-se a 8 (oito)*, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito extensas, com dados dispersos e de valor não representativo. Não se permite que figuras representem os mesmos dados ou mesma notação da tabela. Figuras somente serão publicadas em preto e branco. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Notas explicativas nas tabelas devem ser colocadas no rodapé das mesmas e não no cabeçalho ou título.
- i) **Agradecimentos:** contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica de pesquisa ou coleta de dados, dentre outras, mas que não preenchem os

requisitos para participar da autoria, devem constar dos agradecimentos ao final do texto. Também podem constar desta parte os agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

j) **Abreviaturas e siglas:** devem ser, sempre, precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Quando aparecem nas tabelas e nas figuras e seu significado não for conhecido, devem ser acompanhadas de explicação. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado. Todas as siglas com mais de três letras que formem som pronunciável devem vir em caixa baixa com inicial maiúscula.

k) **Referências Bibliográficas:** as referências devem ser *ordenadas alfabeticamente pelos sobrenomes dos autores e não serem numeradas*. Publicações com até 3 (três) autores, citam-se todos; acima de 3 (três) autores, cita-se o primeiro, seguido da expressão latina et al. As citações no corpo do texto devem obrigatoriamente indicar o sobrenome do autor e o ano da publicação entre parênteses, como exemplo: (Silva, 2005). Sempre que possível - e obrigatoriamente quando se tratar de citação literal - as citações devem conter a página de localização, como exemplo: (Silva, 2005, p. 44). Todas as referências citadas no texto, inclusive nos quadros e figuras deverão fazer parte das referências bibliográficas ao final do artigo, em ordem alfabética. Ressalte-se que sempre que uma referência bibliográfica se referir a capítulo de livro ou obra coletiva deve-se indicar a página inicial e final a que o conteúdo se refere.

l) A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos, conforme legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. Os artigos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento na introdução ou no campo do artigo relativo à metodologia.

4. Textos que fujam ao padrão estipulado para publicação na revista não serão analisados.

5. Caso o trabalho seja aceito para publicação, é obrigatório o envio de documento de transferência de direitos autorais bem como declaração de responsabilidade, contendo assinatura de cada um dos autores, pelas vias tradicionais (sistema de correios), autorizando a publicação, de acordo com modelo a ser encaminhado ao autor.

6. Quando o artigo ou documento contar com até 2 (dois) autores, cada um receberá gratuitamente 3 (três) exemplares do número da revista em que for publicado o seu trabalho. Acima de 2 (dois) autores, serão enviados 2 (dois) exemplares por autor.

7. Todos os trabalhos apresentados para publicação devem ser acompanhados de carta submetendo-os à apreciação pelo conselho editorial, indicando a modalidade de inserção prevista do texto e enviados, preferencialmente, pelo e-mail: formacao@saude.gov.br. O envio por entrega direta à revista será em disquete para o seguinte endereço:

Revista Formação
a/c do editor
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges)
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar, sala 706
CEP: 70058-900, Brasília - DF

ERRATA para a Revista Formação nº 7 no artigo intitulado

“Análise da qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem”

**de autoria de:
Marina Peduzzi, Maria Luiza Anselmi, Claudia Benedita dos Santos e Ivan França Junior.**

Na página 30, último parágrafo da primeira coluna, onde se lê – “com escore médio de 60,8%” - leia-se “com escore médio de 82%”. Onde se lê – “No serviço 2, o escore médio global é de 16,8% e, no serviço 3, de 24,3%”, leia-se “No serviço 2 e 3, os escores médios globais são de 60%”.

Na página 32, último parágrafo da primeira coluna, onde se lê – “com um resultado de 88,3% - leia-se “com um resultado de 87%”, Onde se lê – “Os serviços 2 e 3 aparecem em seguida com os resultados de 31,6% e 54,1%, leia-se “Os serviços 2 e 3 aparecem em seguida com os resultados de 76% e de 80%”. E onde se lê – “escore médio global de apenas 4%, leia-se “escore médio global de apenas 37%.

Na página 34, primeiro parágrafo da primeira coluna, onde se lê – “com um resultado de 71,8%”, leia-se “com um resultado de 83%”. Onde se lê – “com escore médio global de 70,9%, leia-se “com escore médio global de 83%”. E onde se lê – “e o serviço 2 com escore médio global de 59,9%, leia-se “e o serviço 2 com escore médio global de 81%”.

Formação nº 7

Neste número

Escola Técnica de Saúde da Unimontes: escola que ensina em serviço

A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil:
acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE

Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática

Dinâmica de grupo: instrumento de avaliação da experiência discente

Análise do projeto pedagógico de uma escola técnica de enfermagem

O perfil do aluno técnico de enfermagem do Profae

Entrevista: Antônio Almerico Biondi Lima

A Revista Formação é filiada à
Associação Brasileira de Editores Científicos

Associação Brasileira
de Editores Científicos



Banco Interamericano de Desenvolvimento

Ministério
da Saúde

