

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**

**IONICE MARIA AMARAL**

**COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA A PROMOÇÃO E  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ITAJAÍ (SC)

2005

**IONICE MARIA AMARAL**

**COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA A PROMOÇÃO E  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, para obtenção do título de Mestre - Área de concentração em Saúde da Família.  
Orientadora: Professora Dra. Rosita Saupe.

ITAJAÍ (SC)

2005

**IONICE MARIA AMARAL**

**COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA A PROMOÇÃO E  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Esta dissertação foi considerada aprovada ao seu término final pelo Programa de Pós-Graduação no curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho para obtenção do título de Mestre em Saúde - Área de Concentração: Saúde da Família.

Agueda Lenita Pereira Wendhausen  
Coordenadora do Mestrado

**BANCA EXAMINADORA:**

Rosita Saupe  
Presidente/ orientadora

Gladys Amelia Vélez Benito  
Membro

Amândia Maria de Borba  
Membro

Kenya Schmidt Reibnitz  
Membro

Agueda Lenita P. Wendhausen  
Suplente

Vânia Schubert  
Suplente

*Venícius, Marcela e Gabi*

*Vocês, que incentivaram essa jornada, acreditando*

*Em mim mais do que eu mesma...*

*dedico este trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, agradeço por me permitir chegar aqui....*

*A Doutora Rosita, minha gratidão pelo estímulo que me ajudou a crescer a cada dia, e pelo privilégio de compartilhar seus conhecimentos.*

*Ao meu incansável amigo de todas as horas James Dadam, pelas valiosas contribuições na realização deste trabalho.*

*A Coordenadora do Curso de graduação em Enfermagem, a amiga Eleide Margareth Faraht, que sempre me incentivou.*

*As queridas, Rosângela e Ivana, amigas das horas de choro e de risos.*

*Aos Docentes do curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI, pela disponibilidade com que participaram do estudo.*

*A querida Pricila, pelo seu sorriso e sua ajuda valiosa no resgate dos questionários.*

*Amiga e companheira Simone Viana, parceira sem igual.*

*A Dra. Gladys Benito e Dra Amândia Borba, pela oportunidade de contar com suas sugestões na qualificação, e hoje na defesa pública da dissertação.*

*As Doutoradas, Agueda Lenita P. Wendhausen, Kenya Schmidt Reibnitz , por tão gentilmente aceitar fazer parte da banca.*

*Ao Professor Henri, e professoras Ana Maria e Silmara, pela disponibilidade em ajudar.*

*Em especial aos amigos da Unidade de saúde do Bairro dos Municípios BC, pelo carinho do convívio.*

AMARAL, Maria Ionice, **Competência do Enfermeiro para a Promoção e Educação em Saúde da Família**. 2005. 107 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho)- Universidade do Vale do Itajaí. SC.

## RESUMO

O papel do enfermeiro no transcorrer da história da humanidade passou por fases distintas, e atualmente esta centrada em um modelo diferente daquele biologicista que caracterizou a maior parte da sua história. A partir da Reforma Sanitária e com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a nova forma de pensar a profissão voltou-se para um modelo educativo, que visa a promoção e a manutenção de um estado de saúde e de vida. Estas mudanças vêm exigindo do enfermeiro qualificação e desenvolvimento de novas competências. E esta nova concepção no contexto sanitário requer mudanças na formação dos enfermeiros, o que obriga as escolas a repensarem currículos e práticas pedagógicas, privilegiando o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que atendam a esta nova perspectiva profissional voltada para a promoção e educação em saúde. Uma das mais novas estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para a consolidação do SUS é o Programa Saúde da Família (PSF), que vem revolucionando o mercado de trabalho na área da saúde. A partir desta nova realidade, este estudo procurou identificar quais são as **competências necessárias ao enfermeiro para o desenvolvimento da promoção e educação em saúde da família**, delineando quais conhecimentos, habilidades e atitudes são necessárias ao profissional para atuar neste novo mercado. Este estudo caracteriza-se por uma pesquisa de campo do tipo descritiva. Tendo sido utilizada uma metodologia originária da University of North Carolina e introduzida no Brasil por Spínola e Pereira em 1976 que tem seu desenvolvimento em etapas distintas resultando na construção de um organograma denominado Diagrama de Arvore. Este diagrama foi elaborado a partir das considerações de três profissionais de referência na área de promoção educação e saúde da família, cabendo a cada um dos experts estabelecer categorias que foram decompostas e hierarquizadas em 82 componentes considerados fundamentais para o desenvolvimento das competências do enfermeiro. Passando ao método do júri, sendo selecionados na condição de juízas cinco enfermeiras possuidoras de conhecimento abrangente na área, que validaram o estudo considerando 97,56% dos componentes do diagrama como sendo de muita importância. Na sequência, 31 professores do curso de enfermagem da UNIVALI avaliaram todos os componentes do diagrama, apresentando um índice de desempenho de 9,53, que correspondeu à região de sucesso, conforme a escala de conversão utilizada, revelando que **as competências apresentadas no estudo identificaram conhecimentos habilidades e atitudes necessárias ao enfermeiro para o desenvolvimento da promoção e educação em saúde da família**. Podendo essa pesquisa colaborar no delinear para formação de um profissional capaz de atender as necessidades de recursos humanos habilitados para consolidação do SUS.

**Palavras-chave:** Competências, Promoção em Saúde e Educação, Saúde da Família, enfermagem.

AMARAL, Maria Ionice, Nursing skills for promotion and education in Family Health. 2005. 107 f. Dissertation (Master's Degree) - University of Vale do Itajaí

## ABSTRACT

The role of the nurse throughout the history of mankind has passed through distinct phases, and is currently centered on a model which is different from the biologicist model that prevailed for the greater part of its history. Following the Health Reforms, and the consolidation of the Brazilian national health system - the *Sistema Único de Saúde* (SUS) - the profession began to be viewed according to an educative model, aimed at promoting and maintaining a state of health and life. These changes have called for qualified nursing professionals and the development of new skills. And this new concept, in the context of sanitation, requires changes in nurses' training, forcing schools of nursing to rethink their curricular and teaching practices, promoting the development of knowledge, skills and attitudes which are in line with this new professional perspective, geared towards health promotion and education. One of the most recent strategies adopted by the Ministry of Health for consolidating the SUS is the *Programa Saúde Família* (Family Health Program) (PSF), which has been revolutionizing the job market in the area of health. Based on this new reality, this study sought to identify the **nursing skills required for promotion and education in family health**, outlining the necessary knowledge, skills and attitudes for professional practice in this new market. This study is characterized as descriptive field research. It uses a method first created at the University of North Carolina and introduced to Brazil by Spínola and Pereira in 1976, which is implemented in distinct stages, resulting in the construction of an organizational chart known as a Tree Diagram. In this study, the diagram was designed based on the views of three key professionals in the area of promotion and education in family health, with each of the experts establishing categories which were broken down and hierarchized into what were considered to be 82 fundamental components for the development of nursing skills. Next, the jury method was used, selecting as judges, five nurses with broad knowledge in the area, who validated the study by evaluating 97.56% of the components of the diagram as very important. Subsequently, 31 teachers from the nursing program of UNIVALI assessed each component of the diagram, presenting a performance index of 9.53, which corresponded to the range of success, according to the conversion scale used, revealing that **the skills presented in the study identify the essential nursing knowledge, skills and attitudes for promotion and education in family health**. This research could help to delineate a professional training that is capable of meeting the requirements for skilled human resources, for the consolidation of the SUS.

**Key words:** Skills, Health Promotion and Education, Family Health, Nursing.

AMARAL, Maria Ionice. **Competencia del enfermero para la Promoción y Educación en salud de la Familia**. 2005. 107 f. Tesis (Maestría Profesionalizante) – Universidade do Vale do Itajaí

## RESUMEN

El papel del enfermero en el transcurso de la historia de la humanidad pasó por fases distintas, y actualmente está centrada en un modelo diferente de aquel biologicista que caracterizó la mayor parte de su historia. A partir de la Reforma Sanitaria y con la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS), la nueva forma de pensar la profesión se volvió hacia un modelo educativo cuya visión es la promoción y la manutención de un estado de salud y de vida. Estos cambios vienen exigiendo del enfermero calificación y desarrollo de nuevas competencias. Y esta nueva concepción en el contexto sanitario requiere cambios en la formación de los enfermeros, lo que obliga las escuelas a repensar currículos y prácticas pedagógicas, privilegiando el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que atiendan a esta nueva perspectiva profesional dirigida a la promoción y educación en salud. Una de las más nuevas estrategias adoptadas por el Ministerio de Salud para la consolidación del SUS es el Programa Salud de la Familia (PSF), que está revolucionando el mercado de trabajo en el área de salud. A partir de esta nueva realidad, este estudio procuró identificar las **competencias necesarias al enfermero para el desarrollo de la promoción y educación en salud de la familia**, delineando cuáles conocimientos, habilidades y actitudes son necesarias al profesional para actuar en este nuevo mercado. Este estudio se caracteriza por una pesquisa de campo de tipo descriptiva. Se ha utilizado una metodología originaria de la University of North Carolina introducida en Brasil por Spínola y Pereira en 1976 cuyo desarrollo se da en etapas distintas, resultando en la construcción de un organigrama denominado Diagrama del Árbol. Este diagrama se elaboró a partir de las consideraciones de tres profesionales de referencia en el área de promoción y educación en salud de la familia, cabiendo a cada uno de los expertos establecer categorías que fueron descompuestas y jerarquizadas en 82 componentes considerados fundamentales para el desarrollo de las competencias del enfermero. Pasando al método del jure, siendo seleccionados en la condición de juezas cinco enfermeras poseedoras de conocimiento general en el área, que validaron el estudio considerando 97,56%, de los componentes del diagrama como siendo de mucha importancia. En la secuencia, 31 profesores del curso de enfermería de la UNIVALI evaluaron todos los componentes del diagrama, presentando un índice de desarrollo de 9,53% que correspondió a la región de éxito, conforme la escala de conversión utilizada, revelando que las competencias presentadas en el estudio identificaron conocimientos, habilidades y actitudes necesarias al enfermero para el desarrollo de la promoción y educación en salud de la familia. Pudiendo esa pesquisa colaborar en el delinear para la formación de un profesional capaz de atender a las necesidades de recursos humanos habilitados para la consolidación del SUS.

**Palabras clave:** Competencias, Promoción en Salud y Educación, Salud de la Familia, enfermería.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Ilustração Inter-relação dos conceitos do Marco Teórico .....	46
Figura 2: Representação esquemática do Diagrama de Árvore.....	49
Figura 3: Escala padrão de medida de desempenho .....	54
Diagrama 1: Competências para Promoção em Saúde.....	59
Diagrama 2: Competências para Educação em Saúde.....	60
Diagrama 3 :Competências para Saúde da Família .....	62
Diagrama 4: Diagrama de Arvore completo.....	63
Gráfico 1: Distribuição de frequência dos pesos atribuídos pelas juizas em percentual .....	69
Gráfico 2: Dendograma obtido a partir da análise de Cluster .....	70
Gráfico 3: Distribuição da amostra quanto ao sexo.....	74
Gráfico 4: Distribuição da amostra quanto à idade .....	75
Gráfico 5: Distribuição da amostra quanto ao Tempo de formação .....	76
Gráfico 6: Distribuição da amostra quanto à titulação .....	77
Gráfico 7: Distribuição da amostra quanto ao Local de formação .....	78
Gráfico 8: Escores dos índices de desempenho dos conceitos .....	79
Gráfico 9: Escores da avaliação das Competências atribuídos pelos docentes .....	80
Gráfico 10: Escores da avaliação das competências para promoção.....	82
Gráfico 11: Escores da avaliação das competências para educação.....	84
Gráfico 12: Escores da avaliação das competências para trabalhar com Saúde da Família..	86
Gráfico 13: Distribuição das respostas conforme escala de conversão .....	87
Gráfico 14: Escores da avaliação geral do instrumento .....	88

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição dos pesos atribuídos pelas juízas .....	67
Tabela 2: Concordância natural entre as juízas .....	67

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....</b>	<b>09</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>10</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1. Competências do Enfermeiro no processo evolutivo da profissão.....	17
2.2 Questões curriculares para formação do Enfermeiro (a) .....	23
2.3 Curso de graduação em Enfermagem em Itajaí.....	27
2.4 Atribuições da Enfermagem na atualidade.....	28
2.5 Políticas Públicas, o SUS e a Enfermagem .....	29
<b>3. MARCO CONCEITUAL .....</b>	<b>40</b>
3.1. Competências: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes .....	40
3.2. Promoção e Educação em Saúde .....	42
3.3. A Estratégia Saúde da Família.....	45
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>48</b>
4.1. Primeira Etapa: estudo preliminar .....	48
4.2. Segunda Etapa: análise documental .....	48
4.3. Terceira Etapa: diagrama de árvore.....	49
4.4. Quarta etapa: método do júri .....	50
4.5. Quinta etapa: concordância entre juízes .....	51
4.6. Sexta etapa: construção do instrumento .....	52
4.7 .Sétima etapa: população e amostra para coleta de dados .....	52
4.7.1.Procedimentos éticos .....	52
4.8. Oitava etapa: análise dos dados qualitativos .....	53
4.8.1.Medida dos componentes de ultimo nível .....	54
4.8.2.Medida dos componentes dos demais níveis.....	54
4.8.2.Das respostas abertas .....	55
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES.....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>109</b>

# **Capítulo I**

## **Apresentação do Estudo**

## 1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

As políticas públicas de saúde no Brasil, antes da Reforma Sanitária, estavam centradas em um sistema hospitalar, de característica voltada para a cura de doenças. Contudo, a partir da mobilização popular e da articulação política em torno de um sistema de saúde público abrangente, o movimento da Reforma Sanitária foi tomando corpo e alterando o modelo de atenção à saúde. Neste processo, os profissionais de saúde também precisaram se atualizar e modificar comportamentos. A partir deste momento, também as escolas tiveram que alterar currículos, propiciando um ensino que contemplasse esta nova forma de pensar e agir em saúde.

Esta alteração curricular não foi apenas resultado da constatação de uma mudança, mas uma necessidade imposta pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que preconiza a implantação de Diretrizes Curriculares (DC) que contemplem o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Saúde da Família (PSF), como uma das estratégias mais recentes e inovadoras no desenvolvimento deste novo sistema de saúde.

De um modelo baseado no processo saúde-doença, o Sistema Único de Saúde vem concentrar esforços na promoção e educação, articulando mecanismos de prevenção e manutenção de um estado de saúde. Para isto, a formação de profissionais, voltada para a esfera hospitalar, necessitou ampliar seu campo de atuação, abrangendo também aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem na saúde dos indivíduos, e no fornecimento de instrumentos e conhecimentos que provoquem competências e habilidades capazes de tornar o profissional de saúde não somente um agente de cura ou prevenção, mas também um agente capaz de integrar-se ao meio social, articulando a transformação de condutas e adoção de posturas libertadoras.

Embora a legislação tenha avançado muito para a consolidação deste novo modelo de promoção e educação em saúde, assim como as próprias práticas de atenção à saúde têm gradativamente se transformado, as dificuldades para consolidação desse processo ainda estão muito presentes, mas existe o desejo de que o egresso possa ser um componente das forças propulsoras de mudanças políticas, organizacionais, sociais, técnicas e pedagógicas críticas.

Faustino (2003) refere que uma questão importante a ser analisada na formação do enfermeiro é a dicotomia existente em relação ao perfil do profissional, dividido entre a oferta de mão de obra para atender o mercado de trabalho e a formação voltada para um ideal de profissão, baseado em pressupostos teóricos, nem sempre coerentes com a realidade.

Para que o enfermeiro possa atuar no Sistema de Saúde atual, desempenhando ações dentro de estratégias como a do Programa Saúde da Família, faz-se necessário avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor e a construir.

Nesta busca pelo currículo ideal, as Universidades vem acompanhando a evolução das Políticas Nacionais de Atenção a Saúde. E o modelo de atenção, antes voltado para o processo saúde-doença individual, está dando lugar a uma nova abordagem centrada na saúde da família. Neste novo modelo, não se vislumbra o atendimento compartimentado e especializado da saúde do indivíduo, ao contrário, procura-se atendê-lo como um todo.

Esta mudança exige do profissional de saúde novas competências para o exercício de suas atividades. Estas competências, a princípio, são obtidas durante os cursos de graduação, no caso específico deste estudo, os de enfermagem. Isto nos leva a inferir que os docentes dos cursos de graduação devam estar capacitados e preparados para contribuir na formação desse perfil profissional exigido por esta nova realidade.

Contudo, esta busca por um sistema de saúde voltado para a prevenção e educação em saúde é ainda um fenômeno recente, que não fez parte da formação da maioria dos docentes, que hoje são responsáveis pela formação do novo profissional de saúde.

Para compreender o processo de consolidação de competências no âmbito universitário, este trabalho se propôs a investigar e identificar as competências necessárias ao enfermeiro para atuar em educação e promoção em saúde da família, buscando na literatura, nos profissionais de saúde e nos docentes, os elementos reveladores da problemática.

O estudo das competências permitirá identificar quais conhecimentos, habilidades e atitudes são fundamentais na formação do profissional, permitindo ao docente o desenvolvimento de um processo educativo, capaz de gerar nos egressos estas competências para atuar na promoção e educação em saúde da família. O ensino de

conteúdos por disciplinas, que até pouco tempo era o único foco na formação dos profissionais de saúde, acaba por se constituir uma grande dificuldade para a aceitação e incorporação de novos valores e novas práticas educativas, como o desenvolvimento de currículo por competência.

Alicerçada por esta justificativa, foi estabelecido como **objetivo** para o presente estudo: **identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao enfermeiro para o desenvolvimento da competência em promoção e educação em saúde da família.**

Este estudo está vinculado ao projeto intitulado “Competências dos Recursos Humanos em Saúde para consolidação do Sistema Único de Saúde: Programa/Estratégia de Saúde da Família”, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI, conforme parecer nº 381, de 09 de setembro de 2003, e financiado pela FUNCITEC/ Ministério da Saúde/ UNESCO, coordenado pela Dra. Rosita Saupe. Desenvolvido junto ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, ao grupo de pesquisa em Educação na Saúde e Gestão do Trabalho, certificado pela UNIVALI e cadastrado no CNPq e à linha de pesquisa de Promoção e Educação em Saúde.

Na seqüência deste trabalho apresentamos, a contribuição da literatura, no capítulo 2 abordando Competências do enfermeiro no processo evolutivo da profissão, questões curriculares para formação do Enfermeiro(a), criação do Curso de Graduação em Enfermagem em Itajaí, atribuições da Enfermagem na atualidade e políticas públicas o SUS e a Enfermagem.

No capítulo 3 no marco conceitual abordamos os conceitos de competências: conhecimentos, habilidades e atitudes, promoção e educação em saúde e a estratégia saúde da família.

O percurso metodológico apresentado no capítulo 4 descreve todas as etapas desenvolvidas, partindo da elaboração do diagrama de árvore, método do júri, concordância entre juízes, construção e aplicação do instrumento, população e amostra para coleta de dados e análise dos dados qualitativos. Na finalização do estudo apresentamos as considerações finais, referências e apêndices.

**Capítulo II**

**Contribuição da Literatura**



## **2 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA**

### **2.1 A Enfermagem no processo evolutivo da profissão**

Estamos vivendo a época das maiores transformações da história da humanidade. Sem dúvida alguma, nunca o ser humano passou por tantas transformações. O passo da mudança é tão violento e rápido que muitos de nós começamos a sentir verdadeira ansiedade. A internet veio revolucionar a tecnologia da comunicação e o mundo parece estar muito menor do que anos atrás. Não conseguimos sequer prever o que poderá ainda ocorrer de progresso científico e tecnológico. A verdade é que temos que nos manter atualizados. E as profissões estão tendo que resgatar seu passado, compreender o ontem, conhecer o hoje para poder acompanhar o mercado competitivo do amanhã. Na enfermagem não é diferente, temos que reconhecer nossa história para que possamos identificar os caracteres próprios e exclusivos da nossa profissão, nos tornando mais conscientes da necessidade de superação no nosso desempenho profissional. Borenstein, em seu artigo, afirma que "o registro sistematizado da história da enfermagem nas diversas faces e fases e desenvolvida nas diferentes regiões do mundo, poderá ser um exercício de auto conhecimento dos enfermeiros com conseqüente explicação de sua identidade enquanto profissão" (1995, p. 17).

A evolução da enfermagem sofreu muitos processos de mudança ao longo dos tempos, tendo sua origem no período pré-cristão, quando as doenças eram consideradas castigo dos deuses, e os sacerdotes detinham o poder e a missão da cura, inicialmente através de magias e rituais. Mais tarde os sacerdotes adquiriram conhecimentos sobre plantas e chás, passando a desempenhar atividades médicas e de enfermagem (PIRES, 1989, p. 23). A assistência era prestada às pessoas em suas próprias casas. Os cuidados indispensáveis ao restabelecimento consistiam em dar banho nos pacientes, especialmente aqueles que tinham doenças transmissíveis e estava febril, fazer curativos, incluindo aplicação de compressas nas áreas queimadas, dar alimentos e dieta líquida, e proporcionar conforto físico e espiritual a todo paciente, especialmente aos moribundos, velhos e crianças. Este trabalho era considerado como inferior, sem valor social, e desempenhado por mulheres (SILVA, 1986, p. 40) dando origem à enfermagem como profissão de atribuição feminina.

Sowek (1999, p. 03), em seu artigo sobre a história da enfermagem, buscando na semântica a definição do termo **"enfermagem"**, constata que não é ao acaso que a palavra surge do inglês medieval *nurse*, emprestado do francês arcaico *nurrice*, que por sua vez tomou o termo do latim *nutricia*, adjetivo de *nutrix*, que significa "aquela que nutre" (MORRIS, 1975, p. 901), função primordial da mulher. Com o passar dos tempos, a assistência que antes era prestada ao doente por familiares (mulheres), passa a ser executada por escravos, continuando a ser considerada como uma atividade sem necessidade de preparo técnico e valor social.

Paixão (1997, p. 22) cita que documentos do século VI a.C. nos dizem que os hindus foram os únicos povos, na época, que citaram a existência de enfermeiros e exigiam deles qualidades morais e conhecimentos científicos. Tornaram-se conhecidos pela construção de hospitais, onde usavam músicos e narradores de histórias para distrair os pacientes. Mas o bramismo fez decair a medicina e a enfermagem, pelo exagerado respeito ao corpo humano. As doenças continuavam sendo consideradas castigo.

A maior revolução social de todos os tempos, deu-se com o advento do cristianismo, que influenciou positivamente através da reforma dos indivíduos e da família. Os cristãos praticavam uma tal caridade, que movia os pagãos: "Vede como eles se amam". Desde o início do cristianismo os pobres e enfermos foram objeto de cuidados especiais por parte da Igreja, - diáconos e diaconisas - além de senhoras viúvas e ricas damas da sociedade da época, que buscavam alcançar a purificação e a expiação de seus pecados. Entretanto, devido à perseguição sofrida pelos primeiros cristãos, o atendimento aos enfermos foi prejudicado até ser publicado o Edito de Milão pelo imperador Constantino (princípios de 313 d.C.) que dava liberdade de culto, inclusive aos cristãos, e restituição de seus bens eclesiásticos confiscados (LARROUSE CULTURAL, 1998, p. 1580), devolvendo-lhes a capacidade de assistir aos doentes.

Sowek (1999, p. 04) nos fala que como consequência desse ato, a Igreja pôde expandir de forma marcante, na história, o atendimento aos pobres e enfermos. Foram organizados os primeiros hospitais e casas de recolhimento, tais como as "diaconisas" (nome derivado de diácono) e as "xenodoquias" (antigos estabelecimentos gregos

destinados ao tratamento dos doentes). Os mosteiros, organizados por São Bento, também tinham entre as suas várias funções a assistência aos abandonados e enfermos.

Com "as influências militares das Cruzadas, no século XII, assim como os trabalhos das ordens terceiras a partir do século XIII, introduziram no serviço hospitalar grande número de seculares, embora continuasse a caber às ordens religiosas a responsabilidade maior" (PAIXÃO, 1979, p. 51). Essas expedições militares tinham como objetivo inicial à libertação da terra santa de Jerusalém, que se encontrava sob o domínio dos turcos. Esse movimento originou organizações de enfermagem sob a forma religiosa-militar.

Na Idade Média ordens militares, regulares e seculares tinham entre suas finalidades o cuidado do doente. Surgem também os hospitais da Europa, instituições de assistência aos pobres e que serviam mais para recolher os doentes que poderiam propagar as doenças e proteger os demais contra o perigo de que o paciente era portador. Além dos doentes existiam, nestes hospitais, o pessoal hospitalar laico ou religioso que estava ali para fazer caridade que lhe garantisse a salvação eterna (FOUCAULT, 1978).

Somente no século XVI "a atenção médica passa a ser considerada responsabilidade da comunidade e não da Igreja, em resposta ao fortalecimento do Estado Nacional contra o poder do Papa e contra o feudalismo" (MELO, 1986, p. 39). Os religiosos são expulsos dos hospitais, que eram coordenados em sua maioria por ordens religiosas. Muitos deles foram fechados na Inglaterra por falta de pessoal que desempenhasse as mais diversas funções exercidas até então (assistenciais, de limpeza e administrativas) quase que exclusivamente pelos membros da Igreja. Em virtude desse fato, foi necessário recrutar, rapidamente, pessoal leigo para assistir aos doentes e peregrinos. Não havia supervisão, o trabalho era pesado e a remuneração baixa (PAIXÃO, 1979, p. 54). Em função disso, a enfermagem passa a ser exercida, na maioria das vezes, por pessoas desqualificadas (prostitutas, analfabetos, bêbados), marcando o estereótipo da enfermagem civil indelevelmente (SILVA, 1989, p. 49), e por mulheres marginalizadas, que em troca de baixos salários prestavam serviços variados, entre eles o cuidado aos doentes. A utilização das mulheres para desempenharem este papel reflete a ideologia de uma sociedade onde o trabalho manual era menosprezado e, como tal, relegado à categoria considerada inferior (MELO, 1986, p. 35).

Sob exploração deliberada pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase, que significou uma grave crise para a Enfermagem, permaneceu por muito tempo. E apenas com a revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, com a reorganização da Igreja por iniciativa religiosa, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais (MELO, 1986, p. 45-46). Ocorre então a moralização da enfermagem, sendo mantidos e até exacerbados os tradicionais preceitos de religiosidade, dependência, abnegação, obediência e altruísmo. A enfermagem "se organiza enquanto normalização e hierarquia, mas não avança enquanto ciência ou profissão autônoma" (SAUPE, 1998, p.32) como acontece com a medicina, que constrói um corpo de conhecimentos admiráveis a partir do século XVI, não havendo correspondência na enfermagem, que até o século XIX esteve alheia ao mundo da ciência, identificada que estava aos serviços domésticos (SILVA, 1989, p. 47).

Com o advento do capitalismo e a necessidade da força de trabalho, coube à medicina a saúde do corpo, acontecendo à entrada dos médicos para os hospitais, que foram reordenados a partir da disciplinarização numa perspectiva de cura. O saber médico "cristaliza-se em poder, no topo da hierarquia hospitalar e passa a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho no hospital. As relações de dominação-subordinação se estabelecem e a prática de enfermagem, de independente passa a ser uma prática dependente e subordinada à prática médica" (ALMEIDA, 1986, p. 40).

Naquela época as doenças infecto-contagiosas eram muitas e a falta de pessoas preparadas para atendê-las piorava a condição dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, e os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças, em benefício da classe abastada.

É durante a guerra da Criméia, em 1854, que a enfermagem se destacou como profissão, pelo trabalho exaustivo de Florence Nightingale e sua equipe (PAIXÃO, 1979, p. 66). Florence nasceu em Florença, Itália, filha de ingleses. Possuía propósitos, determinação e perseverança. Decidida a seguir sua vocação, procura completar seus conhecimentos que julgava ainda insuficiente. Visita o Hospital de Dublin dirigido pelas

Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, fundada 20 anos antes. Em 1854, Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia. Os soldados achavam-se no maior abandono. As condições do local eram péssimas e a mortalidade entre os hospitalizados era muito alta.

Florence partiu para Scutari com 38 voluntárias entre religiosas e leigas. Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda. A "Dama da Lâmpada", como ficou conhecida pelo hábito de andar com a lamparina acesa assistindo aos feridos no hospital improvisado, conseguiu, juntamente com suas companheiras, reduzir a mortalidade, melhorar a assistência e as condições de higiene do local onde eram atendidos os soldados, alcançando com isso grande prestígio junto ao governo inglês. A dificuldade que teve em recrutar voluntárias despertou em Florence a necessidade em treinar mulheres para desempenhar as atividades de enfermagem (MELO, 1986, p. 45-47).

Em 1859, na Suíça, é fundada uma escola de enfermagem inspirada na atuação de Florence Nightingale na Guerra da Criméia, pioneira na secularização da enfermagem. O Conde e a Condessa de Gasparin, seus fundadores, queriam provar que enfermeiras laicas com bom preparo poderiam ser tão eficientes quanto às religiosas e diaconisas. Baseado neste e em outros fatos é possível concluir que o nascimento da enfermagem moderna não se deve exclusivamente a Florence Nightingale e nem foi um fenômeno isolado, fazendo parte do movimento inglês para a melhoria das condições de vida, que se encontravam caóticas devido à Revolução Industrial (ALCÂNTARA, 1966, p. 11-2).

Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas em 1860, que se tornou modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos (PAIXÃO, 1979, p. 72).

Almeida (1986, p. 25), relata que a institucionalização da enfermagem moderna ocorre dentro dos hospitais onde passa a atuar sobre o ambiente do paciente, além da administração de dieta, de medicamentos e cataplasma visando oferecer condições para a natureza agir no corpo do paciente. Nessa ocasião ocorre a criação de escolas para

formação de enfermeiras cujo modelo foi estruturado dentro dos seguintes princípios: formação em escola própria, dirigida por enfermeiras e anexa a um hospital; seleção rigorosa das alunas que devem ser do sexo feminino e dotado de valores morais, físicos, intelectuais e de aptidão profissional (PIRES, 1989).

No Brasil, durante um longo período, a enfermagem foi relegada ao plano doméstico ou religioso, sem caráter técnico ou científico. Poucos hospitais eram voltados para o atendimento às vítimas das epidemias, soldados feridos na guerra e indigentes. O cuidado era realizado por escravos e religiosos, a assistência às mulheres doentes, às grávidas e às parturientes era, na maioria das vezes, realizada por uma parteira. Segundo Pires (1989) o ensino de enfermagem no Brasil teve sua origem no período colonial, através dos jesuítas.

Em 1841 foi criado o Hospício Pedro II que “representa a necessidade da sociedade da época de criar espaços específicos para os perturbadores da ordem, como os bexigentos, os tuberculosos, os leprosos, os loucos” (MACHADO, 1978, p.426). Em 1890, passa a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, sendo considerado pelo Decreto nº 791, de 27 de setembro, o marco histórico que antecedeu a criação da primeira escola de enfermagem no país, a Escola Profissional de Enfermeiros Alfredo Pinto, que funcionava dentro do Hospital Nacional de Alienados.

O primeiro currículo da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, apresentado do citado Decreto nº 791, incluía:

(...) noções práticas de propedêutica clínica; noções gerais de anatomia; fisiologia; higiene hospitalar; curativos; pequena cirurgia; cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterápicas ou tratamento através de banhos; administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias. (SANTOS 2003).

Em 1908 foi fundada a Cruz Vermelha com o objetivo promover a solidariedade entre os homens e auto-ajuda contra o sofrimento e a morte, sem qualquer tipo de discriminação. Seu primeiro presidente foi Osvaldo Cruz. Em 1916 foi criada a primeira Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, com a finalidade de formar voluntárias para o exercício de enfermagem nas frentes de batalha (CARVALHO, 1972).

Em 1921 foi regulamentado por lei o trabalho de enfermagem desenvolvido pelos enfermeiros do exército. Os hospitais militares existem desde o século XVII, porém o

trabalho de enfermagem ali desenvolvido só aparece regulado em lei em 1921, quando começa a formação de pessoal de enfermagem para atuar nestes hospitais. Neste mesmo ano, o Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Dr. Carlos Chagas, em visita aos serviços de saúde dos EUA, teve contato com profissionais de enfermagem, estruturados dentro dos padrões nightingaleanos. Ele considerou este profissional necessário à estratégia governamental, solicitando ao International Health Board, auxílio para criar um serviço de enfermagem de saúde pública no Brasil (PIRES, 1989). Esta entidade financiou todo o programa de implantação do serviço da saúde pública e a criação de uma Escola de Enfermagem, organizada nos moldes das escolas americanas, mesmo mantendo a contradição de preparar os enfermeiros dentro das enfermarias hospitalares.

## **2.2 Questões curriculares para formação do Enfermeiro (a)**

Em 1922, foi criado o serviço de enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). O serviço era responsável por todo trabalho sanitário do município do Rio de Janeiro absorvendo, sob sua responsabilidade, as visitadoras de higiene, treinadas em caráter emergencial para desenvolver um trabalho de vigilância sanitária global, que mais tarde teriam direito de ingressar na escola para completar estudos. Em 1926, a Escola de Enfermeiros do DNSP passou a ser chamada de Anna Nery, pelo Decreto n. 17.268/1926 e o curso passou a ter a duração de 2 anos e 8 meses (PIRES, 1989).

A Escola Anna Nery surge no momento em que o Estado brasileiro institui as primeiras políticas no campo da saúde para coordenar e executar ações de cunho coletivo. O mercado de trabalho era amplo, as solicitações vinham dos Departamentos Estadual de Saúde Pública (DESP), dos hospitais governamentais e particulares, para chefiarem os serviços de enfermagem ou organizarem Escolas (CARVALHO, 1972, p. 207). Um dado estatístico importante sobre a ação desta escola na Saúde Pública foi à atuação das alunas e enfermeiras no combate ao surto de varíola no ano de 1923, onde registros mostram que em epidemias anteriores o índice de mortalidade chegava a atingir 50%, e com a intervenção da escola baixou para 15% .

Somente em 31 de dezembro de 1923, pelo Decreto nº 16.300/23 fica estabelecido o currículo da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Composto

por uma parte geral, com dezesseis matérias e de uma parte especializada, com oito matérias, assim apresentadas:

**Parte geral:** princípios e métodos da arte de enfermeira; bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermeira; anatomia e fisiologia; higiene individual; administração hospitalar; terapêutica farmacológica e matéria médica; métodos gráficos na arte de enfermeira; física e química aplicada; patologia elementar; parasitologia e microbiologia; cozinha e nutrição; área de enfermagem; higiene e saúde pública; radiografia; campo de ação da enfermeira – problemas sociais e profissionais. **Parte especializada:** serviço de saúde pública; serviço administrativo hospitalar; serviço de dispensários; serviços de laboratórios; serviços de sala de operações; serviço privado; serviço pediátrico (SANTOS 2003).

Observa-se que a escola seguiu modelos de outros países, primeiro da França e depois dos Estados Unidos. E que apresentava currículo mínimo obrigatório, para atender questões sociais e políticas.

A primeira uniformização curricular do ensino de enfermagem no Brasil se deu em 1949, através do Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949 da Presidência da República e da Lei nº 775/49 de 06 de agosto de 1949, que dispunha sobre o ensino de enfermagem no país, direcionando o currículo para a formação do enfermeiro, distribuindo as matérias em três séries:

**A primeira:** Com técnica de enfermagem; higiene individual; anatomia e fisiologia; química biológica; microbiologia e parasitologia; psicologia, nutrição e dietética; história da enfermagem; saneamento; patologia geral; enfermagem e clínica médica; enfermagem e clínica cirúrgica; farmacologia e terapêutica ; dietoterapia. **A segunda:** com técnicas de sala de operações; enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais; enfermagem e fisiologia; enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas; enfermagem ortopédica, fisioterápica e massagem; enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica; enfermagem e socorro de urgência; enfermagem e clínica urológica e ginecológica; sociologia; ética. **A terceira:** com enfermagem e clínica otorrinolaringológica e oftalmológica; enfermagem e clínica obstétrica e puericultura neonatal; enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil; enfermagem de saúde pública; ética II ; serviço social. Os estágios eram realizados em: clínica médica geral clínica cirúrgica geral, clínica obstétrica e neonatal, clínica pediátrica, cozinha geral e dietética, serviços urbanos e rurais de saúde pública (SANTOS 2003).



Comparando o currículo de 1923, da Escola Anna Nery, com o de 1949, Germano (1993, p. 37) relata que não houve grandes alterações, já que ambos enfatizavam as disciplinas de caráter preventivo, embora os estágios se desenvolvessem essencialmente nos hospitais, e o mercado já estivesse começando a ser direcionado para o campo hospitalar, consequência do direcionamento das políticas de saúde no país.

Mesmo com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, a medicina previdenciária começa a sobrepular a saúde pública, pela intensa urbanização dos anos 40 e 50 e, conforme Braga (1981, p. 53, 76) pela mudança do padrão de acumulação capitalista a partir de 1956, o que transforma a medicina previdenciária num requisito básico para o processo de trabalho. O hospital passa a ser nuclear na assistência médica, esta agora cada vez mais prestada por instituições privadas. Há o incremento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos transformando-se, ambas, em rentáveis fontes de lucros e, conforme os mesmos autores, "tem-se a presença da 'corporação' dos médicos, que tradicionalmente, por seu controle do monopólio de um saber específico, detém um poder político importante" (BRAGA 1981, p. 53, 76). O exercício da enfermagem no país na década de 50, "continuava sendo muito mais uma 'missão' do que uma profissão, cujo trabalho não se baseava apenas em princípios científicos e, sim, em preceitos dogmáticos ligados à fé" (PASSOS, 1996, p. 69).

De acordo com Soweck, "a segunda mudança em termos de currículos das Escolas ocorreu em 1962, através do Parecer 271/62, que estruturava o curso de enfermagem em dois segmentos: o curso geral e as especializações em Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Obstétrica (opcionais)" (2000, p. 11). O prazo para conclusão do curso geral era de três anos, enquanto que as especializações deveriam ser concluídas um ano após o curso geral:

**O curso geral** foi formado por: fundamentos de enfermagem; enfermagem médica; enfermagem cirúrgica; enfermagem psiquiátrica; enfermagem obstétrica e ginecológica; enfermagem pediátrica; ética e história da enfermagem; administração. **As especializações** objetivavam formar o enfermeiro de saúde pública, que devia cursar: higiene, saneamento, bioestatística, epidemiologia, enfermagem de saúde pública; e formar a enfermeira obstétrica, que cursava: gravidez, parto e puerpério patológicos; assistência pré-natal, enfermagem obstétrica. (SANTOS 2003).

As deficiências deste currículo eram a ausência das disciplinas básicas para fundamentar a área do conhecimento específico de enfermagem, e daquelas de saúde pública, conseqüência do modelo que começou a ser desenhado no país. “Além disso, a carga horária destinada aos estágios foi reduzida para 10% da carga horária total, promovendo um distanciamento entre os conteúdos aprendidos e a prática diária, além da separação das atividades de docência e assistência” (SOWEK, 2000, p. 11).

Este currículo foi muito criticado, já que depreciava certas áreas como as ciências biológicas e a saúde pública, enquanto privilegiava as disciplinas práticas orientadas para a ação (SAUPE, 1998, p. 44) e para as clínicas especializadas, modificando a ótica da assistência de enfermagem do coletivo para o individual, seguindo o exemplo do modelo biomédico, destacando a especialização e a tecnificação do ato médico. As mudanças só aconteceram na Reforma Sanitária (lei n.º5.540/68) quando houve a substituição do modelo de formação. E então o currículo passa a ter três etapas:

**Pré-profissional:** com disciplinas da área biológica. **Tronco Profissional comum:** introdução a enfermagem com disciplinas médico cirúrgica; materno infantil; enfermagem psiquiátrica; enfermagem em doenças transmissíveis; exercício da enfermagem; didática aplicada a enfermagem; administração aplicada a enfermagem. E por ultimo **as três habilidades:** Enfermagem obstétrica, médico-cirúrgica ou enfermagem em saúde pública (SANTOS, 2003).

A década de 70 destacou-se pelo aumento das especializações e especialidades, super valorização das tecnologias complexas e o entendimento de competências estava muito relacionado ao "fazer bem feito", ao ser expert em determinado assunto ou técnica. (REIBNITZ 2005).

A década de 80 apresenta-se como um período de expansão na enfermagem pelo crescimento do número de escolas, além da implantação dos cursos de pós-graduação que fomentaram "o desenvolvimento de pesquisas, produções técnico-científicas e publicações, que vão finalmente, fazer germinar os aspectos científicos incubados por longos anos" (SAUPE, 1998, p. 47) e a necessidade na formação de uma (um) enfermeira (o) generalista.

Neste período foi aprovada a Lei nº 7.498/86 que regulamenta o exercício da profissão, após um longo período de luta e espera. Reforçando com esse momento a necessidade de rever o currículo. Mesmo após exaustivos estudos das associações da classe,

pela elaboração de uma proposta curricular que atendesse as necessidades da formação, o documento que foi encaminhada ao MEC sofreu modificações que não agradou a categoria, como o fato de não ter sido incluído disciplinas educativas e de assistência específica ao idoso. Não sendo considerada aqui a função educativa do enfermeiro e sua participação no processo de promoção a Saúde. O que levou muitas escolas a trabalharem a temática educação em saúde de forma isolada. Outra preocupação foi a limitação da carga horária de alguns conteúdos, que influenciam diretamente na qualidade da formação do profissional generalista.

No final da década de 90 surge uma nova proposta curricular para os cursos de graduação em Enfermagem. Essa proposta com a preocupação na elaboração de um projeto político pedagógico que atendesse as necessidades da formação do enfermeiro, sustentada em competências e habilidades, conteúdos essenciais e indicadores de avaliação, que com as modificações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação- Câmara de Educação Superior, a resolução CNE-CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 que trata das Diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, que apontam para a preocupação mais integrada da formação do enfermeiro com perfil generalista, humano, crítico e reflexivo, tendo como base o rigor científico (SANTOS 2003).

### **2.3 Curso de graduação em Enfermagem em Itajaí**

Em 1978, é criado o curso de enfermagem no município de Itajaí. Segundo dados apresentados na carta consulta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia do Vale do Itajaí, o Estado de Santa Catarina possuía uma população de mais de 3 milhões de habitantes e era servido por somente três cursos de enfermagem: Tubarão – FESSC, distante 220 quilômetros de Itajaí, formando profissionais que se integravam no trabalho assistencial de enfermagem da Região Sul; Florianópolis- UFSC, distante 120 quilômetros de Itajaí, preparando profissionais que atendiam à grande Florianópolis; Concórdia - distante mais de 500 quilômetros de Itajaí e que na ocasião estava em seu segundo ano de funcionamento.

Com essas constatações via-se claramente a necessidade da instalação da Faculdade de Enfermagem em Itajaí, a fim de que os profissionais formados pudessem atender todo o

Vale do Itajaí, o norte do Estado, com a populosa Joinville, além de todo o Alto Vale e mesmo Lages (NOVO 1999).

Itajaí era o centro do Micro-Região, e oferecia todas as condições para ser o quarto ponto do Estado a contar com a Faculdade de Enfermagem. “A necessidade do curso pretendido para Itajaí era flagrante. Os serviços de saúde de Itajaí estavam abaixo do padrão médio do Estado, apresentando 3,5 leitos por mil habitantes segundo dados de 1975” (NOVO 1999).

Consta da Carta Consulta (enviada pelo então presidente da Fundação de Ensino do Pólo Geo-Educacional do Vale do Itajaí, Dr. Edson Villela, solicitando a implantação do curso em 1978), que com a ampliação do Hospital Marieta Konder Bornhausen (que ocorreu no mesmo ano), o Município de Itajaí, alcançaria um índice de 5,9 leitos por mil habitantes, situando-se acima do parâmetro de eficiência, que era de 5 leitos por mil habitantes. Excetuando os médicos, que eram em número de 1 para 2.500 habitantes, Itajaí necessitava de recursos humanos formados para o serviço de enfermagem, existindo na época apenas alguns poucos enfermeiros, e o restante dos que trabalhavam em serviços de enfermagem eram atendentes treinados sem qualificação para prestar serviço.

A determinação pela implantação da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia do Vale do Itajaí aconteceu através do Ofício nº 096/78, de 26 de julho de 1978, do Presidente da Fundação de Ensino do Pólo Geo-Educacional do Vale do Itajaí, Edson Villela (Ibidem). Mais tarde, através do Parecer nº 231 de 20 de dezembro de 1979, do Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina, e pelo Decreto 84598, de 26 de março de 1980, publicado no Diário Oficial da União em 28 de março de 1980, foi autorizado o funcionamento da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, e no segundo semestre de 1980, a Fepevi, criou a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia do Vale do Itajaí – Feovi. Atualmente com a reestruturação dos cursos de graduação da Univali em centros, a Enfermagem passa a ser denominada “Curso de Graduação em Enfermagem”, pertencente ao Centro de Ciências da Saúde (NOVO 1999).

O curso de enfermagem da Univali tem hoje como missão formar profissionais com formação generalista, qualificado para o exercício da enfermagem, com base no rigor técnico, científico e ético.

## **2.4 Atribuições da Enfermeira na atualidade**

Para Pires (1998), a divisão parcelar do trabalho do sistema capitalista aparece agora também internamente à enfermagem. O enfermeiro é formado para o ensino e para a administração da assistência de enfermagem, controla esta assistência, delegando tarefas específicas aos demais trabalhadores de enfermagem .

O enfermeiro por sua vez é um trabalhador assalariado, executa um trabalho tipo intelectual e gerenciador da assistência de enfermagem. O trabalho de enfermagem desenvolve-se com autonomia relativa em relação aos demais trabalhadores de saúde. A profissão organiza-se também em Entidades de Classe. Conta com Leis de Exercício Profissional da década de 1980, já se preparando para elaborar projeto de atualização. Conta com Códigos de Ética e Deontologia e com um sistema de fiscalização profissional através de seus Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Reconhecida como profissão organizada, as (os) enfermeiras (os) exercem suas atividades assistenciais dividindo tarefas com outros trabalhadores de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem), aos quais cabe o trabalho de tipo manual realizado sob o controle e supervisão do enfermeiro (PIRES, 1989, p.137).

A partir da década de 1980 inicia-se um processo de questionamentos sobre os princípios básicos que davam sustentação à prática da enfermagem, entre eles, a orientação religiosa e a exigência do profissional em colocar seus interesses em segundo plano. Este repensar da Enfermagem ocorre em virtude de diversos fatos, entre eles o fim dos governos autoritários no plano nacional e o surgimento de movimentos femininos de emancipação e lutas por maiores conquistas (PASSOS, 1996, p. 101-102).

## **2.5 Políticas Públicas, o SUS e a Enfermagem**

Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, provocando mudanças no cenário político sanitária brasileiro, conseqüentemente, conforme Saube (1998, p. 62), tornou-se necessário modificar o currículo dos cursos de graduação em Enfermagem para acompanhar este momento na política Nacional. E os currículos sofrem nova alteração, através da Portaria n.º 1721, de 15 de dezembro de 1994, que estabeleceu o novo currículo

mínimo para a formação da (o) enfermeira (o), recebendo críticas, por não ter incorporado na íntegra a proposta da ABEn. Durante a implantação do novo currículo, as escolas de enfermagem foram surpreendidas pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, que dava às Universidades autonomia para “fixar os currículos de seus cursos e programas, o que foi inicialmente adotado por algumas escolas de enfermagem e por outras não, que mantiveram as determinações da Portaria n.º 1721/94” (SAUPE, 1999, p. 9).

Percebe-se que na história da enfermagem, durante o processo de construção do enfermeiro, as funções que este desempenhava eram essencialmente braçais, sem a exigência de conhecimentos, ou de habilidades específicas. Estava relegada ao plano assistencial, executados por qualquer pessoa, em sua maioria mulheres. Com o decorrer do tempo, as funções tornaram-se mais amplas, exigindo novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências para atender situações mais complexas.

A gama de atividades que desempenhadas pelo enfermeiro, como a administração, gerenciamento, organização e planejamento dos serviços de saúde, conferiu-lhe um papel não mais apenas de executor, mas também intelectual. Esta nova concepção da enfermagem requer mudanças na formação do profissional, o que obriga as escolas a repensarem currículos e práticas pedagógicas, privilegiando o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes que atendam a esta nova perspectiva profissional. No cenário brasileiro, esta mudança ocorre também em função do novo modelo de assistência à saúde, implantado com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS representa a concretização da Reforma Sanitária, e sua proposta é considerada altamente progressista. Sua missão é romper com a lógica privatista, prevendo a ampliação quantitativa e qualitativa da ação do Estado através de mecanismos políticos e administrativos considerados inovadores. O SUS intenta promover o direito de cidadania, quebrando a história paternalista e assistencialista da saúde. Com os princípios norteadores voltados para a melhoria da assistência básica, os conhecimentos para a formação do profissional, orientado anteriormente para o campo hospitalar, precisaram ser repensados, visando atender esta perspectiva que viria a se inaugurar no atual contexto sanitário. Uma das mais novas estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para a consolidação do SUS e a promoção da saúde é o Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF vem sendo implantado em todo o Brasil, como importante estratégia para reordenação do modelo assistencial. Tem como objetivo incorporar e reafirmar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. O atendimento deve ser prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

A estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF). Foram formadas as primeiras equipes incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas). Delimitou-se como principal propósito das equipes: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Mas a implantação do Programa Saúde da Família depende, antes de tudo, de decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. Portanto, mesmo tendo início em 1994, foi somente em 1996 com a implantação da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) – com a definição de novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas a sustentabilidade financeira desse nível de atenção - que o programa teve o impulso que necessitava para se desenvolver em todo o país.

Em 1997, com a criação do Reforsus, acontece um outro marco importante, a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família. Segundo o documento oficial, PSF; uma estratégia para a

reorientação do modelo assistencial, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino, o PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. Neste mesmo ano aconteceu a publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB), e a publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS, garantindo recursos financeiros para que os gestores estruturassem os programas nos seus municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Somente em 1998 o PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde, tendo início à transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Neste mesmo ano acontece o primeiro grande evento voltado para saúde da família: *I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família*, com o objetivo de estimular o desenvolvimento do modelo brasileiro, possibilitando a troca de experiências e reflexões sobre os seus desafios. Também em 1998 foi editado o *Manual para a Organização da Atenção Básica*, importante respaldo organizacional para o PSF. Ocorre também a definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 1999 foi realizado o 1º Pacto da Atenção Básica (PAB), que definiu os valores a serem repassados aos municípios pelos serviços prestados na assistência básica, e o segundo grande evento, a “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – construindo um novo modelo”. Consta neste mesmo ano o lançamento do primeiro número da “Revista Brasileira de Saúde da Família” e a realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”. Também em 1999 foi editada a Portaria n.º 1.329 que estabelecia as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No ano 2000 foi criado o Departamento de Atenção Básica para consolidar a estratégia de Saúde da Família, e publicados os Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), os primeiros de que se tem registro. Em 2001 foi editada a “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, com ênfase na qualificação da atenção básica. Neste ano aconteceu o terceiro grande evento da área, o “II Seminário



Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”, quando foram discutidos os avanços alcançados e os novos desafios a serem superados pelo PSF enquanto principal estratégia de organização da atenção básica em saúde no Brasil. Ainda em 2001 foram incorporadas ações de saúde bucal ao PSF, e realizada a primeira fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O quarto grande evento aconteceu em 2002: "PSF – A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”, quando foi realizada a segunda fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.

Em 2003 ocorre o início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf) e a publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica. Ainda em 2003 A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, lançou o programa de Pólos de Educação Permanente em Saúde. O objetivo é criar condições para a formação de profissionais que atendam melhor às necessidades da população e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia dessa política é envolver o maior número de participantes possível, entre eles, gestores, profissionais dos serviços, instituições de ensino, hospitais-escola e sociedade civil, num trabalho conjunto de troca de conhecimentos e construção pedagógica.

A expectativa é que os pólos de educação permanente sejam capazes de mobilizar a criação e a integração de ações de formação e capacitação de diferentes atores (como profissionais, professores, usuários), promovendo uma transformação tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação em saúde e estabelecer comunicação entre si, formando uma rede na qual sejam compartilhadas iniciativas, saberes e vivências práticas que se constroem no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde. Esse trabalho está baseado na idéia de que a educação permanente é o caminho para uma política eficiente de formação para o SUS. Segundo a proposta do Ministério, a educação permanente se dá a partir da prática cotidiana das pessoas e instituições.

Em 2004, o PSF completa dez anos, e atende cerca de 60 milhões de pessoas acompanhadas por quase 19.200 equipes, na maior parte dos municípios brasileiros. Porém,

para a ampliação do programa, e até mesmo para qualificar as equipes que já estão em funcionamento, é necessário formar profissionais competentes para atuar na abordagem do processo saúde-doença com enfoque em Saúde da Família, bem como promover programas de educação e formação continuada, corrigindo as deficiências de conhecimento, habilidades e práticas dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família. Com profissionais melhor qualificados, é provável que ocorra uma melhoria nos indicadores sanitários e na qualidade de vida da população.

Conseqüentemente, não se pode conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde sem que se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos. Segundo Costa Neto (2000), a Educação Permanente desempenha sua função quando envolvida numa prática de transformação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho e priorizando o desenvolvimento das novas competências exigidas para o desenvolvimento desta atividade.

Ao relacionar as competências do enfermeiro para consolidação do SUS na estratégia saúde da família, é necessário refletir e compreender que as conquistas das competências dos profissionais de saúde vem mudando sistematicamente. Competência é definida por Perrenoud (1999, p. 19), como sendo “a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos enquanto saberes, habilidades, informações para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações, ou seja, um conjunto de disposições e esquemas que permitem mobilizar os conhecimentos nas várias situações no momento certo e com discernimento, entendidas como importantes metas de formação”.

Para Luz e Borba (2001, apud Univali, 2002), a conquista das competências ocorre durante a formação, nas rotinas diárias, sendo geradas através da prática dos profissionais no seu cotidiano de trabalho. O referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) faz parte de um conjunto de iniciativas que buscam dar resposta às necessidades dos serviços, para a resolução dos problemas de saúde, tendo em vista as transformações estruturais ocorridas no setor saúde e no mundo do trabalho devido, sobretudo, aos processos de globalização e integração econômica e às mudanças nos paradigmas em saúde pública segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Não só o enfermeiro, mas todos os profissionais de saúde precisam buscar respostas que venham ao encontro de competências capazes de consolidar o SUS na assistência à

família, uma vez que, como célula-mãe, a família resguarda o indivíduo e tem contribuições fundamentais a fazer. Qualificar enfermeiros para trabalhar com saúde da família significa muito mais do que passar os conhecimentos científicos, numa visão técnico-científica. Implica em buscar entender o significado, os valores e crenças que norteiam a vida das pessoas e que servem de base para sua formação, impregnando suas ações de significados culturais. O profissional de saúde da família, que queira desenvolver um trabalho coerente com as necessidades das pessoas, precisa conhecer a realidade cultural na qual elas se encontram inseridas.

Devemos considerar que o profissional enfermeiro que atua na estratégia do programa de saúde da família deve ter um perfil diferenciado. Deve dominar novos saberes e assumir novas responsabilidades, ter capacidade para cuidar do indivíduo, da família e do ambiente saudável e doente, sendo o seu objetivo a promoção e prevenção dos agravos, intervindo em seus níveis e contextos. O profissional necessita ter uma formação política, humana, técnica e cultural que lhe permita desenvolver competências indispensáveis a um exercício profissional responsável, autônomo e ético.

Além disso, este profissional deverá ter a capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida, bem como compreender o sentido da responsabilidade compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável, desenvolvendo seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. De acordo com o Ministério da Saúde (1996), suas atribuições são:

- no nível de suas competência, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, tendo capacidade de gerir informação, saber receber, guardar, transmitir e partilhar informação. Capacidade de síntese de informação;
- desenvolver ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares de Enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde, analisando sócio-historicamente a enfermagem como processo de trabalho de modo a implementar projetos de capacitação e avaliação da força de trabalho;

- oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar aspectos de educação sanitária. Ter visão de totalidade, capaz de identificar as necessidades do indivíduo, família, realizando intervenções de caráter educativo e assistencial;
- promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável, discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam.
- identificar necessidades educativas da população e promover ações de educação em saúde de modo a contribuir para a formação da consciência sanitária, social e política da população;
- planejamento de ações, capacidade para diagnosticar a realidade local e elaborar e avaliar planos de trabalho capazes de produzir impacto sobre a realidade sanitária na população, família e indivíduo de uma área de abrangência.
- valorizar o ser humano, respeitando os aspectos éticos e legais da profissão, expressando sua maneira de agir e pensar compatíveis com os compromissos profissionais, avaliando e promovendo a equidade e qualidade dos serviços de saúde de acordo com os princípios do SUS.
- ter competência de formação: saber ensinar e saber aprender com as famílias e comprometer-se com a auto-aprendizagem para sua constante capacitação, contribuindo para a qualidade do processo do cuidado.

A competência profissional na área da enfermagem é sem dúvida fator importante para elevar o nível de saúde da população, o qual depende dos conhecimentos e da capacidade do profissional para evitar problemas de saúde ou para resolver os que se apresentam. Faz-se necessário que o enfermeiro conheça sua área de atuação frente à prevenção e os diferentes fatores que determinam as condições de saúde do indivíduo. Da mesma forma, são importantes estudos que sinalizem problemas na formação profissional, como fator indispensável a permitir adaptações constantes às reais necessidades da população para quem se pretende trabalhar. Mais do que nunca, os trabalhadores em saúde devem se perceber como sujeitos integrais do processo de mudança, sendo que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único

de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento, conforme consta na Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

Esta lei determina aos estabelecimentos de ensino a missão de “elaborar e executar sua proposta pedagógica” (inciso I do art. 12) e “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes” (inciso II do art. 53). As Diretrizes Curriculares para as profissões da saúde foram aprovadas em 07 de novembro de 2001 (MINISTERIO DA EDUCAÇÃO 2002), embora o processo de sua construção tenha iniciado formalmente com a publicação do Edital nº 4/97 pelo SESu/MEC, convocando as instituições de Ensino Superior (IES) a apresentarem propostas a serem sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino Superior de cada profissão (FORGRAD, 1999).

Observamos que a formação pautada em currículos através de “grades curriculares” não tem um adequado equilíbrio entre teoria e prática, formando um profissional com perfil inadequado para o desenvolvimento das atividades no atual modelo de assistência à saúde, baseado em competências, habilidades e atitudes. Partindo desta realidade, é indispensável trabalhar, na formação profissional, o modelo de promoção à saúde preconizado para o país, voltado para atenção integral da saúde num modelo hierarquizado e de trabalho em equipe. A LDB assegura maior flexibilidade na organização dos cursos, e mostra a tendência para formação no nível de graduação apenas como etapa inicial de uma formação permanente (MARANHÃO, 2003).

As Diretrizes Curriculares objetivam construir um perfil acadêmico e profissional com competências e habilidades, para que possam atuar com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS). A formação de recursos humanos para as profissões da saúde deve considerar que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta a prestação de cuidados de saúde. Segundo a Lei de Diretrizes e Bases, para os graduandos nos cursos da área da saúde as competências desejadas apresentam elementos comuns na formação, complementadas pelas competências específicas de cada um dos cursos, qualificando de um modo geral o graduando para ser:

- Capaz de trabalhar com outros profissionais da área de saúde;
- Conhecedor privilegiado dos problemas locais de saúde;
- Apto a intervir no processo de desenvolvimento, propondo e realizando medidas de caráter preventivo;

- Apto para o mercado de trabalho e preparado para acompanhar o avanço técnico-científico;
- Capaz de valorizar prioritariamente as necessidades de saúde da população, com ênfase na ação preventiva, dentro de uma visão integral de valores éticos e culturais.

A proposta das Diretrizes Curriculares é garantir a capacitação de profissionais com autonomia e conhecimento para assegurar a integralidade da atenção a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades, levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer (DELORS, 1998).

# **Capítulo III**

## **Marco Conceptual**

### **3 MARCO CONCEITUAL**

Com base no marco teórico vamos direcionar a pesquisa, já que sua presença bem elaborada favorece a síntese do conhecimento, a interpretação dos dados e a previsão dos eventos. Batey (1977) refere-se ao marco teórico como o mapa que orienta o pesquisador e que vai direcionar a pesquisa, da definição do problema à análise dos resultados. Para este estudo, faz-se necessário definir claramente os conceitos de competência, conhecimento, habilidades e atitudes, pois estarão norteando todo o objeto de estudo, além dos conceitos de promoção e educação em saúde e saúde da família, fortemente entrelaçados com o estudo.

#### **3.1 Competências: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes**

O termo competência mostra diferente significado, dependendo do grupo social ou do seguimento profissional que trabalha com o conceito. Dentro de um mesmo grupo social ou de um mesmo segmento profissional, Alguns estudiosos admitem o caráter polissêmico do conceito de competências, o que caracteriza a ausência de um consenso. Na literatura, a concepção de competência é sempre apresentada de forma alargada, não se restringindo ao universo do saber fazer ou das habilidades, incorporando os saberes e as atitudes.

Para Brandão e Guimarães (2001), competência é o reconhecimento social sobre a capacidade de alguém de colocar-se sobre determinado assunto ou, de forma geral, utilizado para qualificar o indivíduo capaz de realizar determinado trabalho. Este conceito aproxima-se muito com o de Moretto (2002), no qual alguém se torna competente quando possui os mecanismos ou recursos para realizar a contento uma tarefa ou atividade, resultando na necessidade do estabelecimento de ligações conceituais, para definir de que competência estamos falando, ou seja, quem é competente, o é em alguma coisa determinada.

Perrenoud e Thurler (2002, p. 19) definem competência como “a aptidão para enfrentar um conjunto de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, micro competências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio”. Ou seja, competência sempre está relacionada com diversos elementos que



estão intrinsecamente relacionados, como saberes, conhecimentos, valores, atitudes e habilidades. Perrenoud (1999, p. 83) também conceituou competência como “a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”.

As competências, por sua vez, mobilizam conhecimentos, que podem ser definidos tanto como o conhecimento, ou as informações que se tem sobre alguma coisa, como também o conhecimento para se desenvolver algo. Na minha interpretação, o conhecimento é uma construção histórica e social, que resulta na captação e transformação de informações do meio no qual o indivíduo está inserido, através de vivências, leituras e intercâmbio com outras pessoas, organismos ou culturas. Para Perrenoud (2000, p. 33), “conhecimento não é algo situado fora do indivíduo, a ser adquirido por meio da cópia do real, tampouco algo que o indivíduo constrói independentemente da sua realidade exterior, dos demais indivíduos e de suas próprias capacidades pessoais. É uma construção histórica e social, na qual interferem fatores de ordem antropológica, cultural e psicológica, entre outros”.

Já o termo habilidade, conforme Coopers e Lybrand citado por Duarte (2000, p. 41), significa a “capacidade de realizar uma tarefa ou um conjunto de tarefas em conformidade com determinados padrões exigidos pela organização”. Essa autora menciona que as habilidades envolvem conhecimentos teóricos e aptidões pessoais e se relaciona à aplicação prática desses conhecimentos e aptidões.

De acordo com Moretto, (2002, p. 23) “as habilidades estão associadas ao saber fazer: ação física ou mental que indica a capacidade adquirida. Assim identificar variáveis, compreender fenômenos, relacionar informações, analisar situações-problemas, sintetizar, julgar, correlacionar e manipular são exemplos de habilidades”. As habilidades, contudo, embora inseparáveis da ação, exigem conhecimentos, já que está relacionado ao saber fazer, e conseqüentemente, são constituintes da competência.

Por fim, dentro da tríade que compõe o conceito de competência, temos a atitude, que para Gramigna (2001, p. 18-20 apud Univali), corresponde ao principal componente da competência, entendida como o conjunto de valores, crenças e princípios desenvolvidos ao longo da vida, que está relacionada ao “querer ser e querer agir”, e de cujo manejo no contexto de trabalho depende o grau de envolvimento das pessoas com os projetos coletivos. Atitudes e convicções dependem dos conhecimentos e os conhecimentos, por sua

vez, influem na formação de atitudes e convicções, assim como ambos dependem de certo nível de desenvolvimento das capacidades mentais.

Para o desenvolvimento de um processo educativo capaz de gerar nos egressos, as competências, incluindo os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessárias ao desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde da família, faz-se necessário que os currículos estejam centrados em uma abordagem que ultrapasse os limites do antigo modelo biomédico. Os paradigmas anteriores, centrados no ensino de conteúdos, nos quais muitos se formaram, acabam por se constituir em uma grande dificuldade para a aceitação e incorporação no desempenho, enquanto educadores, de novos valores e de novas práticas educativas como o desenvolvimento de currículo por competência.

### **3.2 Promoção e Educação em saúde**

O tema Promoção tornou-se cada vez mais presente na prática dos profissionais de saúde, pois se inclui como componente de destaque na organização de novos modelos de prestação de serviços no campo da saúde pública, como é o caso do Programa Saúde da Família. Promoção em saúde tem sido foco de muitas discussões nos últimos tempos. Teve sua etiologia formalizada através da *Carta de Otawa*, promulgada na *1ª Conferência de Promoção em Saúde*, realizada em 1986 na cidade de Otawa, no Canadá. Este conceito foi caracterizado como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Este documento acrescenta que para se atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio-ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 1996).

A *Carta de Otawa* (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 1996) destaca-se na promoção em saúde, nos papéis de defesa das causas da saúde, a capacitação individual e social para a saúde e a mediação entre os diversos setores envolvidos. Este documento preconiza cinco campos de atuação caracterizados por: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação

comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Os princípios da promoção em saúde caracterizam-se pelo envolvimento das ações no cotidiano da população, focalizando riscos para doenças específicas; pelas ações diretas sobre os determinantes ou causas da saúde; pela combinação de diversos métodos complementares, incluindo comunicação, educação, legislação, fiscalização, mudanças organizacionais, desenvolvimento da comunidade e atividades locais espontâneas contra os riscos para a saúde; pela participação efetiva e concreta da população; pela atuação sobre os fatores sociais determinantes da saúde, não somente serviços médicos, mas sim através dos cuidados primários com a saúde, envolvendo profissionais de saúde em geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986). Segundo a OMS (1986), a promoção em saúde caracteriza-se como um processo de envolvimento das pessoas para aumentar e melhorar o controle sobre a saúde.

Candeia (1997) conceitua promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde, sendo que, a combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida), com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Os apoios educacionais referem-se à educação em saúde caracterizada por quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde e os apoios ambientais refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde.

No processo histórico a definição de promoção em saúde e seu envolvimento com práticas educativas passam por “(...) um processo de redefinições técnicas e políticas em torno do processo saúde- doença- cuidado”. Sendo importante que se identifique através do diagnóstico, as necessidades da comunidade, indivíduo e família, prestando assistência integral e realizando atividades de informação, de orientação para se concretizar o processo de promoção da saúde, segundo Buss (2000, p. 85 apud PEDROSA, 2001, p. 157).

Para melhor compreensão, podemos definir saúde coletiva como campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde, e onde operam distintas

disciplinas que se completam sob vários ângulos. Sendo que a promoção da saúde passa a ser definida como ações adotadas que não se direcionam para uma determinada doença, mas ações que visam o aumento da saúde e do bem estar geral de uma população. (ANDRADE, 1996).

De acordo com Albuquerque e Stotz (2004), a promoção passa a ser vista como uma tarefa dos governantes, das instituições, de grupos comunitários e dos profissionais de saúde. A reorganização dos serviços é colocada como um das estratégias para viabilizar ações de promoção em saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que se atinja as necessidades dos indivíduos de forma integral. Nessa reorganização a educação em saúde torna-se uma das ações fundamentais para assegurar a promoção, a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida .

Resende (1996), afirma que, a educação em saúde é o processo mais eficiente para que se possa oferecer promoção em saúde, pois considera um instrumento básico que vincula informações e experiência sobre saúde.

O processo de educação em saúde é definido também por Mendes; Viana (2000), como ação de promoção, proteção e recuperação, que concebe o homem como sujeito principal e responsável por sua realidade. Como tal as suas necessidades de saúde e bem estar são solucionadas a partir de uma ação consciente e participante, a qual se organiza como elemento específico de sua história, cultura e dinâmica própria.

Também é referenciado por Vasconcelos (1998), como um campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre ação médica e o pensar e fazer do cotidiano da população.

No entanto, se essas informações forem trabalhadas somente com um enfoque educativo tradicional, não sendo promovido o diálogo entre o saber popular e o saber científico, pode ocorrer o risco de não se tornarem um conhecimento integrado que estimule a participação (MENDES; VIANA, 2000).

Porém é “(...) comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso” aprender “a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para implementação dessa prática., na qual durante as atividades educativas é freqüente encontrarmos uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimento técnico sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o

saber popular e as condições de vida dessa população”. (VASCONSELOS, 1999, p.81).

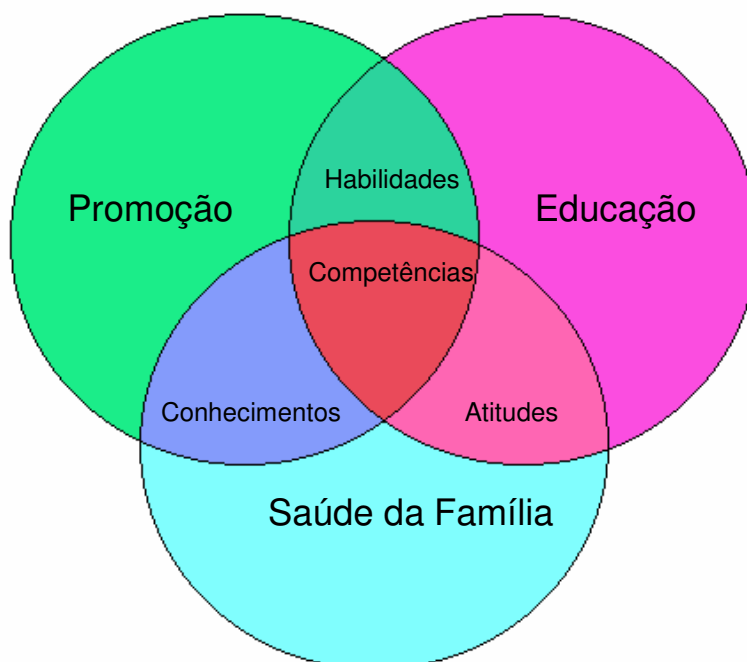
Dessa forma, a comunicação como expressão da educação voltada para a promoção da saúde, exige a produção de informações comunicantes capazes de evidenciar e construir elementos para que se concretizem relações de adesão as ações de promoção, produzindo mensagens voltadas para a construção de significados, nas quais indivíduos se reconheçam como parte da realidade em questão (PEDROSA 2001).

### **3.3 A Estratégia Saúde da Família**

A estratégia de Saúde da Família, nos princípios da Reforma Sanitária, assume como foco a reorganização da atenção básica, possibilitando o acesso e a oferta de serviços de saúde à população brasileira, fortalecimento os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. Além disso, privilegia outras interfaces do sistema em diversos sentidos: por sua vertente municipalista, busca estimular a organização dos sistemas locais; pauta-se a partir da aproximação dos serviços com sua própria realidade; e envolve os atores sociais destas mesmas realidades. Assim, o controle social e a participação popular se fortaleceram à medida que o programa se amplia.

O conceito de saúde, que permeia todo o desenvolvimento do programa saúde da família (PSF), influenciou de forma decisiva na mudança da organização do processo de trabalho. A equipe da Saúde da Família assume, assim, o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, nos quais a ação intersetorial é considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada. Ao PSF foi, então, atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O programa visa promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Daí seu potencial estruturante sobre o modelo, o que justificou a decisão do Ministério da Saúde, nos anos seguintes a sua implantação, de considerá-lo como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003).

**Figura 1: Ilustração** – Inter-relação dos conceitos do Marco Teórico



A **figura 1** apresenta a inter-relação entre os diferentes conceitos apresentados no Marco Teórico. Os conceitos de Promoção, Educação e Saúde da Família, são representados pelas grandes esferas. Os conceitos de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, são representados pelas três elipses, enquanto que as Competências são representadas pelo centro da ilustração, mostrando claramente a inter-relação entre os diferentes conceitos, e que não é possível separá-los quando se pretende trabalhar com as Competências relacionadas aos Conhecimentos, Habilidades e Atitudes para atuar em Promoção, Educação e Saúde da Família.

# **Capítulo IV**

## **Percurso Metodológico**

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo do tipo exploratória descritiva. Este estudo está integrado ao projeto “Competências dos Recursos Humanos em Saúde para consolidação do Sistema Único de Saúde/programa Saúde da Família”, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa, da UNIVALI, conforme Parecer nº 381/2003, de 09 de setembro de 2003. Sua operacionalização está dividida em 9 etapas, que se sucedem automaticamente, uma fundamentando a seguinte, conforme exposto a seguir.

### **4.1 Primeira Etapa – estudo preliminar**

Na primeira foi realizado um estudo preliminar com o objetivo de verificar o interesse e aceitação dos cursos de graduação na área da saúde, de se investigar as competências dos profissionais de saúde para a promoção e educação em saúde da família.

Esta etapa foi desenvolvida em setembro de 2003 e envolveu quatro cursos e 36 docentes (nove de cada curso). Os resultados foram apresentados na II jornada interdisciplinar: “A família como foco do ensino da pesquisa e da assistência” e VII encontro do laboratório de estudos interdisciplinares de família e saúde, realizados no período de 22 a 24 de outubro de 2003. O resumo expandido foi publicado na revista Ciência Cuidado e Saúde, do Departamento de Enfermagem-UEM, e o artigo na íntegra está no prelo (apêndice D).

No que diz respeito ao curso de graduação em enfermagem, local desta pesquisa, os resultados do estudo preliminar aponta para a necessidade de mudança no conteúdo de suas disciplinas, e os entrevistados por unanimidade, consideram estas competências muito importantes, o que nos incentivou a dar prosseguimento ao estudo.

### **4.2 Segunda Etapa- Análise documental**

A Segunda Etapa foi desenvolvida através da análise documental dos Planos de Ensino do Curso de Graduação em Enfermagem da Univali, desenvolvido no Programa Integrado de Pós-graduação e Graduação (PIPG), com o objetivo verificar se o curso esta



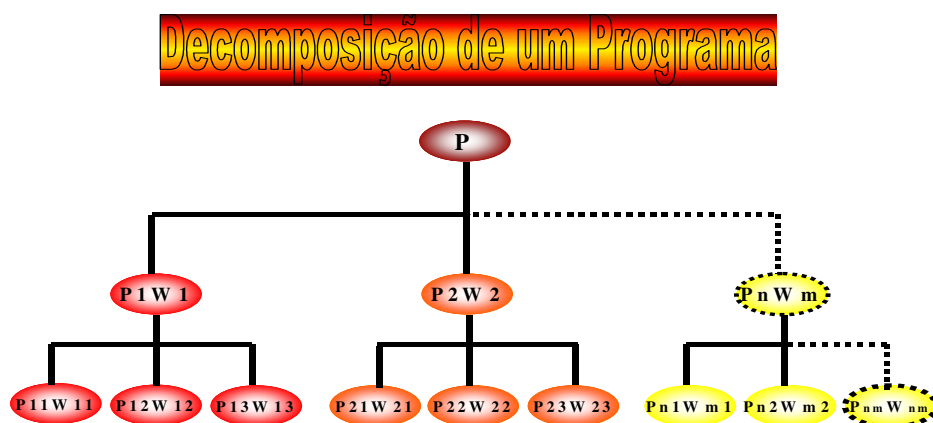
preparando e capacitando seus estudantes visando a formação de profissionais com competências habilidades e atitudes para trabalhar com promoção e educação em saúde, conforme relatório final (apêndice E).

### 4.3 Terceira Etapa - Diagrama de Árvore

A partir da terceira etapa foi utilizada uma metodologia originária da University of North Carolina, na década de 70 e introduzida no Brasil por Spínola e Pereira (1976) utilizada em alguns estudos (SPÍNOLA, PEREIRA, 1977; SAUPE, 1979, 1983). Apresenta uma indicação específica para avaliação de programas, tanto na fase de propostas a serem implementadas, quanto de projetos em andamento ou concluídos. No caso deste projeto foi utilizado com a intenção de: IDENTIFICAR AS **COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AO ENFERMEIRO PARA A PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**.

A proposta a ser analisada partiu das competências gerais previstas nas Diretrizes Curriculares para formação do Enfermeiro, voltadas à promoção e educação em saúde da família e fracionada em seus componentes, quanto a Conhecimentos, Habilidades e Atitudes. O detalhamento foi o mais minucioso possível e representado em Diagrama de Árvore, conforme **figura 2**.

**FIGURA 2**



**FONTE:** Spínola e Pereira (1976)

#### 4.4 Quarta etapa - Método do Júri

O Método do Júri ou Consulta a 'experts' é uma forma científica de construir e/ou avaliar programas e projetos. Parte do princípio de que a construção de modelos fica consolidada quando submetida à apreciação de especialistas na área. São considerados possíveis 'juízes' os estudiosos e pesquisadores da área de conhecimento relacionada ao tema, convidados para atuarem como consultores do mesmo, ficando o Júri composto por número ímpar daqueles que aceitarem participar.

Para este projeto, solicitamos o parecer de profissionais da área de Saúde, equipes de PSF, professores do curso de Enfermagem da UNIVALI e de outras Universidades que possuam experiência ou conhecimento abrangente na temática estudada.

O método pode envolver a consulta ao corpo de Juizes desde as etapas preliminares, que antecedem a elaboração do projeto, orientando a definição de COMPONENTES (categorias ou variáveis) a serem privilegiadas. Todavia, neste estudo construímos a primeira matriz, incluindo todos os aspectos que pretendemos abordar, de forma hierárquica.

Cada componente do diagrama apresentará uma importância relativa, seguindo à ponderação de cada ramificação. Para o estabelecimento dos pesos correspondentes pode-se obedecer a múltiplos critérios (SPINOLA e PEREIRA, 1977):

- a) - prioridade dos objetivos;
- b) - custos ou benefícios;
- c) - quantificação das atividades;
- d) - "inputs" ou "output"; e
- e) - importância da atividade/componente.

Neste caso optamos por utilizar a atribuição dos pesos através da *importância do componente*, conforme opinião dos juízes. A importância da atividade será traduzida por um peso resultante da aplicação da seguinte escala:

Peso 1 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, *é muito baixa*;

Peso 2 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, *é baixa*;

Peso 3 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento é *mediana*;

Peso 4 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é *alta*;

Peso 5 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é *muito alta*.

#### **4.5 Quinta etapa – Concordância entre os juizes**

Após termos os pesos atribuídos pelos *Juízes*, foram verificados a concordância entre os mesmos. Esta concordância resultou natural quando **todos** os juízes atribuíram o mesmo peso/valor ao mesmo componente do diagrama. Quando a concordância não se expressa por esta unanimidade, o método utilizado foi o uso da mediana, opção eleita como principal para este projeto. Resulta daí um mapa detalhado em todos os seus componentes, com seu valor relativizado frente aos demais componentes, possibilitando a análise pretendida.

Com o objetivo de verificar o comportamento dos juizes e suas similaridades de respostas em relação à importância relativizada a cada componente foi realizada a análise multivariada, através do método de Cluster. Este tipo de análise estuda as proximidades geométricas entre os objetos (Distância Euclidiana) dentro do espaço multiplano (Método de agrupamento de Ward).

Para Pereira (1999), a análise multivariada constitui-se em um vasto campo de conhecimento na medida que envolve uma grande multiciência de conceitos estatísticos e matemáticos gerando uma abordagem analítica que considera o comportamento de muitas variáveis simultaneamente. O objetivo é identificar um grupo inicial, a partir da proximidade entre dois sujeitos, para em seguida verificar qual o sujeito seguinte que se localiza mais próximo ao centro desse primeiro grupo constituído, conseqüentemente formando um novo grupo e, assim sucessivamente, até que todos os sujeitos são reunidos no grupo total de todos os sujeitos estudados.

#### **4.6 Sexta etapa – Construção do Instrumento**

O instrumento foi construído conforme o Diagrama de Árvore definido, orientado pelos últimos níveis e ajustado a uma Escala Likert com valores de 0 (zero) - avaliação TOTALMENTE NEGATIVA, a 10 (dez) – avaliação TOTALMENTE POSITIVA. Entendendo que dados qualitativos enriquecerão o mapeamento das competências do enfermeiro para a promoção e educação em saúde da família, contribuindo na consolidação do Sistema Único de saúde, favorecendo uma maior aproximação com à situação real estudada, as questões do instrumento foram complementadas com perguntas abertas, que possibilitaram depoimentos, sugestões e expressões pessoais dos entrevistados. Para fundamentar esta decisão, valemo-nos das contribuições de Smith e Heshusius (1986, p.8) que, ao questionarem se pesquisadores quantitativos podem complementar sua instrumentação controlada com descrição de situações naturais, bem como o contrário (complementação de observações naturalistas com a quantificação), responderam “sim. Em ambos os casos”. Ramos-Cerqueira e Crepaldi (2000, p.210) também apóiam esta orientação ao afirmarem que “entrevistas com perguntas abertas obtêm informações mais precisas do que questionários com perguntas fechadas [...] a riqueza de informações obtidas não seria suplantada por nenhum outro método”.

#### **4.7 Sétima etapa – População e amostra para coleta de dados**

A população para o presente estudo foi constituída pela totalidade de docentes do curso de graduação em enfermagem da UNIVALI, tendo participado ou não da primeira etapa da pesquisa, todos foram convidados a responder ao instrumento construído. Porem como o estudo é censitário, a amostra foi composta por todos aqueles que, informados, livre e espontaneamente consentiram em participar.

##### **4.7.1 Procedimentos Éticos**

No que diz respeito aos sujeitos que compõe a amostra estudada, o processo da pesquisa obedeceu a todos os procedimentos técnicos e éticos estabelecidos pelas

Resoluções 196/ 96 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI. Os informantes foram consultados sobre interesse em participar; esclarecendo-se que a não participação não acarretaria nenhum prejuízo a sua pessoa. Além disso, foram informados: sobre objetivos, justificativa, metodologia e importância de sua participação, o que não lhe trará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus; que as informações serão sigilosas e o anonimato será rigorosamente observado, não havendo identificação dos instrumentos; que as informações serão utilizadas para fins acadêmicos de pesquisa e publicações e os resultados ficarão à disposição dos entrevistados e das instituições participantes da pesquisa; da necessidade de assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme apêndice B.

Dos artigos e trabalhos produzidos e publicados, usando esta parcela de conhecimento, participarão a mestranda e a orientadora, podendo ser incluído outro pesquisador que vier a contribuir efetivamente em sua consecução. Toda a produtividade decorrente deste projeto citará a UNIVALI e o Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho – opção Saúde da Família, bem como os órgãos de fomento que participaram do financiamento PIPG e FUNCITEC. Dos relatórios parciais e finais encaminhados às instituições promotoras, financiadoras ou que venham a participar, constarão todos os pesquisadores envolvidos; para a solução de dúvidas surgidas ao longo do desenvolvimento do projeto serão ouvidos os pesquisadores e se necessário, será solicitada a mediação da Comissão de ética da UNIVALI.

#### **4.8 Oitava etapa – Análise dos dados quantitativos**

Todas as medidas se iniciam pelos componentes de último nível e vão prosseguindo pelas ramificações do Diagrama de Árvore até chegarem à proposta como um todo. No caso do desempenho, distinguem-se dois processos:

#### 4.8.1 Medida dos componentes de último nível, cujos critérios podem ser vários

Para este estudo será utilizado o critério Subjetivo, que consiste em estabelecer a correspondência entre os valores de uma escala ordinal – através da qual foram medidas as variáveis de avaliação – e a escala padrão de medida do desempenho, apresentada na figura 3. Nesta pesquisa a escala ordinal será diretamente correspondente à escala padrão (FIGURA 3), ou seja, de 0 (zero) a 100 (cem) para ambas.

. Assim, a equação aplicada a cada uma das questões de ultimo nível é a seguinte:

$$\frac{(VeL0 \times Nr0) + (VeL1 \times Nr1) + \dots}{Nr0 + Nr1 + Nr2 + \dots} \text{Até incluir todos os valores da escala}$$

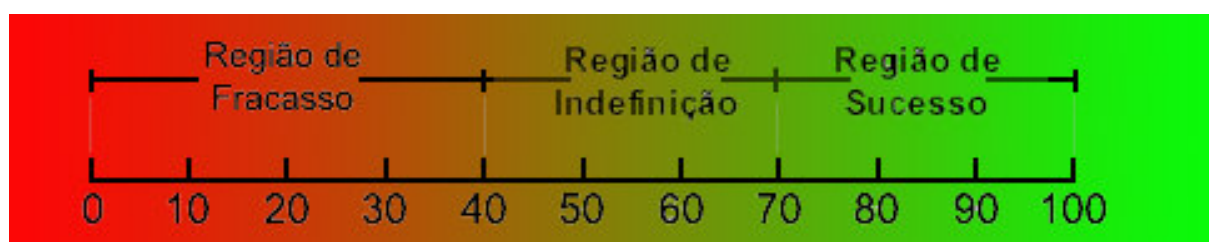
(que deve corresponder ao numero TOTAL de respondentes)

Sendo: VeL0 = Valor 0 da escala LIKERT na questão 1, e assim sucessivamente; e Nr0 = Número de respostas 0 na questão 1, e assim sucessivamente. . O resultado é um Índice de Desempenho da questão, correspondente a um valor ente 0 e 10.

**4.8.2 Medida dos componentes dos demais níveis, que consiste na aplicação da equação:**

$$D = \frac{\sum D_a W_a}{\sum W_a}$$

**FIGURA 3 – ESCALA PADRÃO DE MEDIDA DO DESEMPENHO**



Os resultados das medidas de desempenho dos vários componentes do Diagrama de Árvore foram incluídos na mesma, e analisados quanto as Regiões atingidas, em termos de

Fracasso, Indefinição ou Sucesso, a luz do Marco Teórico e de achados encontrados na literatura e demais documentos consultados.

#### **4.8.3 Das respostas abertas**

A análise iniciou pela organização do “corpus” entendido como o conjunto de informações coletadas nos instrumentos. Nesta etapa as respostas dos sujeitos foram organizadas em painéis verticais, cada um correspondendo a um entrevistado, que possibilitou a visualização concomitante de vários depoimentos. A fase da leitura exaustiva procurou impregnar o pesquisador com as expressões verbais dos respondentes, facilitando a etapa seguinte do mapeamento dos vários aspectos abordados, conforme agrupamento dos pólos de significado denominados:

- pólos gerais ou universais, quando presentes com frequência, caracterizando a unidade, homogeneidade, igualdade e uniformidade dos dados;
- pólos particulares ou singulares, quando indicarem a diversidade, singularidade ou expressão aberrante dos dados;

Este processo permite apreender a perspectiva coletiva, não nega a contribuição dos sujeitos autônomos, que apresentaram opiniões pessoais, diferenciadas e originais.

**Capítulo V**

**Resultados**



## 5 RESULTADOS

A metodologia de investigação utilizada neste estudo apóia-se em uma pesquisa preliminar que gerou o artigo Competência dos Profissionais de Saúde para Promoção e Educação em Saúde da Família, publicado na Revista Ciência, Cuidado e Saúde v.2, supl. 2003. p 68-69. Maringá: 2003. ISSN 1677-3861, e forneceu subsídios para o desenvolvimento inicial desta dissertação de mestrado. O estudo foi realizado com 36 (trinta e seis) professores dos cursos da área da saúde, no qual o objetivo fora verificar o interesse dos docentes na realização de pesquisas que visassem definir um rol de competências necessárias aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde da família, bem como constatar e avaliar a inclusão e importância destas competências nos programas educacionais na saúde.

Estimuladas pela aceitação e interesse unânime dos entrevistados pelo desenvolvimento de um estudo maior sobre competências dos profissionais para a consolidação do Sistema Único de Saúde, em especial no que se refere à saúde da família (apêndice D) iniciamos o processo de investigação detalhadamente descrito no capítulo da metodologia.

A etapa seguinte foi desenvolvida através da análise documental dos Planos de Ensino do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI, desenvolvido no Programa Integrado de Pós-graduação e Graduação (PIPG), com o objetivo verificar se o curso esta preparando e capacitando seus estudantes visando a formação de profissionais com competências habilidades e atitudes para trabalhar com promoção e educação em saúde, conforme relatório final, (apêndice E).

Na seqüência iniciou-se a construção do diagrama de árvore, etapa fundamental por representar esquematicamente os fundamentos ideais para o desenvolvimento das competências do enfermeiro para promoção e Educação em saúde da família.

Para a construção do diagrama de árvore, foram convidados três profissionais de referência nas áreas de promoção, educação e saúde da família, para atuarem como pré-juízes. Coube a cada um dos *experts* estabelecer quais categorias se constituíam como fundamentais para o profissional enfermeiro atuante em saúde da família.

Na área de promoção, foi consultada a Prof<sup>a</sup> Dra. Agueda Lenita Pereira Wendhausen, Enfermeira, Doutora em enfermagem pela UFSC e Coordenadora do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – Área de Concentração em Saúde da Família. A professora considera importante que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre as políticas de saúde brasileira, incluindo história e concepções; e concepções e história da promoção à saúde; concepção e história da educação em saúde. Também considera de extrema importância o conhecimento sobre os problemas de saúde, sejam eles locais, municipais, estaduais ou nacionais, além de conhecimentos sobre os recursos locais e/ou municipais que interferem na saúde, bem como conhecimentos sobre a organização dos serviços de saúde.

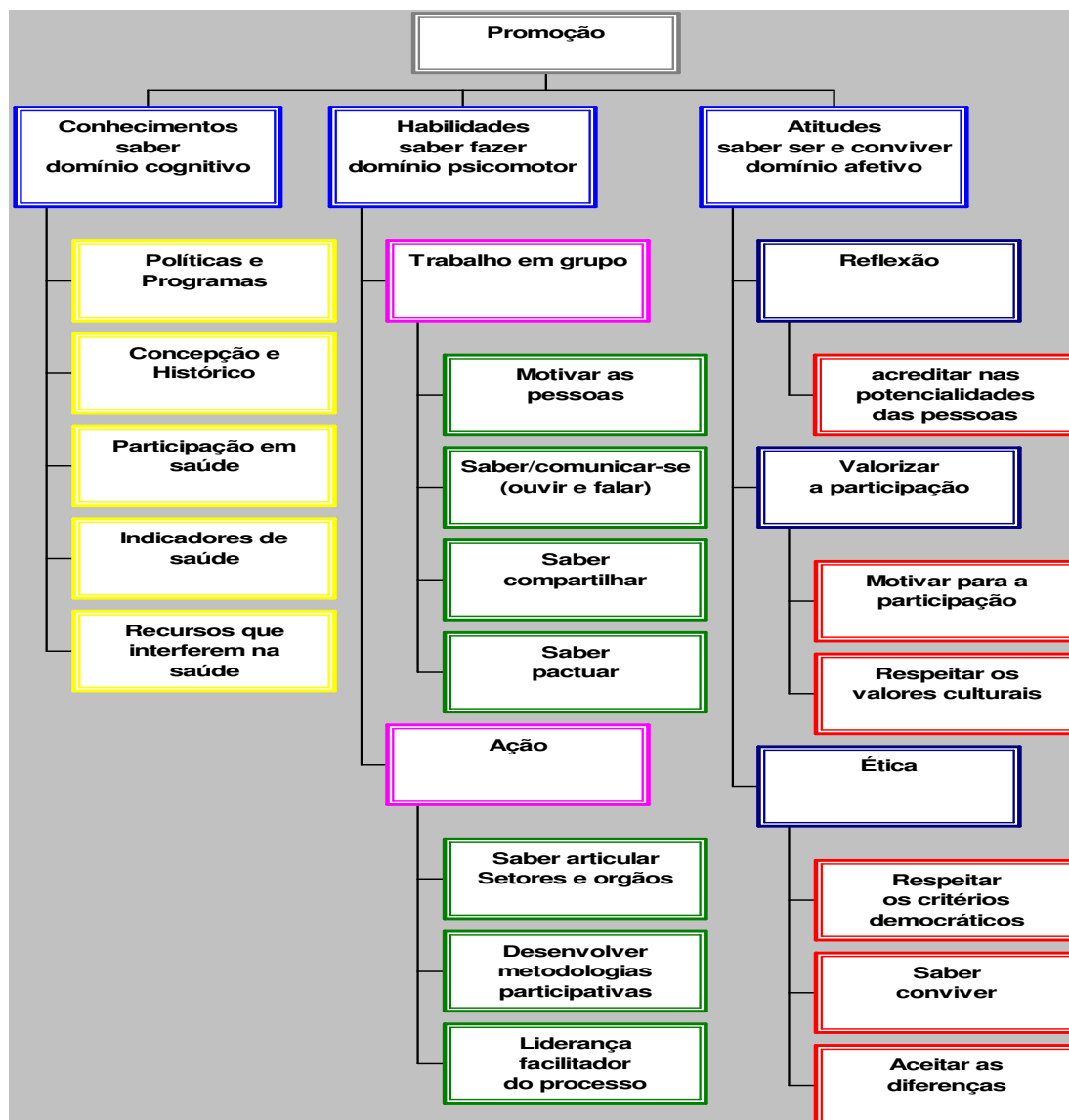
Em termos de habilidades para a promoção da saúde, a Dra Agueda listou a liderança como fundamental para facilitar os processos de desenvolvimento das ações propostas; habilidade para atuar com grupos e em equipe; a utilização de metodologias participativas, promovendo a integração entre os diversos agentes; e a capacidade de articular setores e órgãos.

No que diz respeito às atitudes para a promoção, foi elencado pela professora Agueda a valorização da participação social; o respeito aos critérios democráticos; a aceitação das diferenças; e acreditar nas potencialidades das pessoas. Com estas informações, passou-se à construção do diagrama de árvore, conforme demonstrado através do **diagrama 01**.

O profissional escolhido para o estabelecimento das categorias na área de educação foi o Prof<sup>o</sup> Dr. Luiz Roberto Ageo Cutolo, médico, doutor em Educação, docente do Mestrado Profissionalizante em Saúde – UNIVALI. A partir da sua experiência, para trabalhar em educação em saúde da família, considera importante possuir conhecimentos de teorias gerais, do comportamento, diálogo e construtivismo; das políticas públicas de saúde; da saúde: unicausalidade/biologicista, multicausalidade/higienista preventivista, determinação social/saúde-doença; além de noções de antropologia e sociologia, cultura.

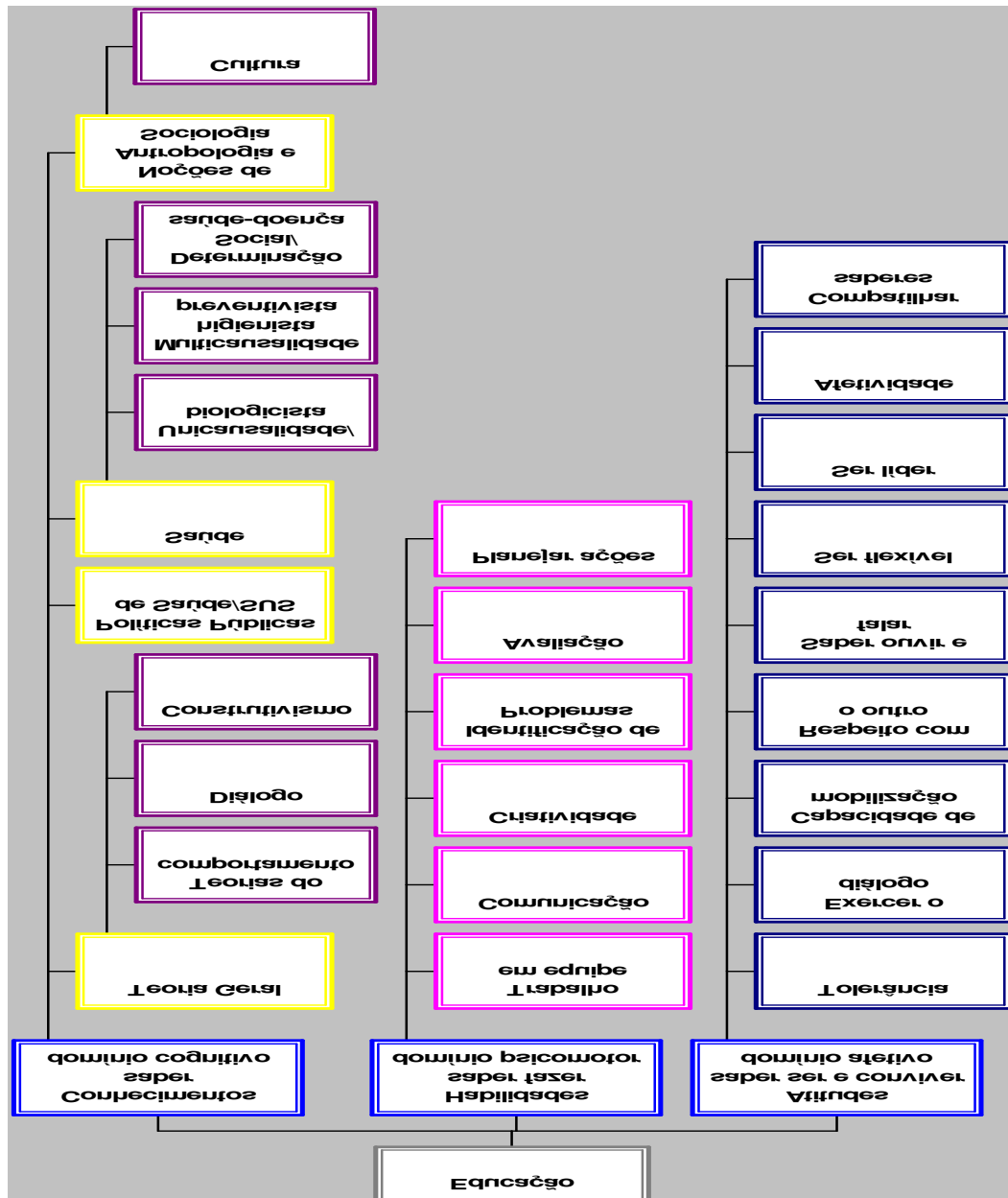
Em relação às habilidades, o profissional estabeleceu o trabalho em equipe como fundamental, assim como a comunicação e a criatividade; a habilidade para identificar problemas, avaliar e planejar ações também foram relacionadas por ele.

Diagrama 01- Competência para Promoção em Saúde



Quanto às atitudes, o Doutor Cutolo apresenta como fundamentais a tolerância, o exercício do diálogo, a capacidade de mobilização, o respeito com o outro, a capacidade de ouvir e falar, de ser flexível, de liderar, de compartilhar saberes, além da afetividade. A partir das categorias formuladas por este profissional, construiu-se o diagrama de árvore 02.

Diagrama 02 – Competência para Educação em Saúde



A terceira profissional consultada na área de saúde da família foi a Prof<sup>a</sup> Dra. Ingrid Elsen, Enfermeira, doutora em Enfermagem, docente do Mestrado Profissionalizante em Saúde - Univali, Coordenadora do Projeto LEIFAMS e pesquisadora do CNPq e Funcitec, que ficou responsável pela área de saúde da família.

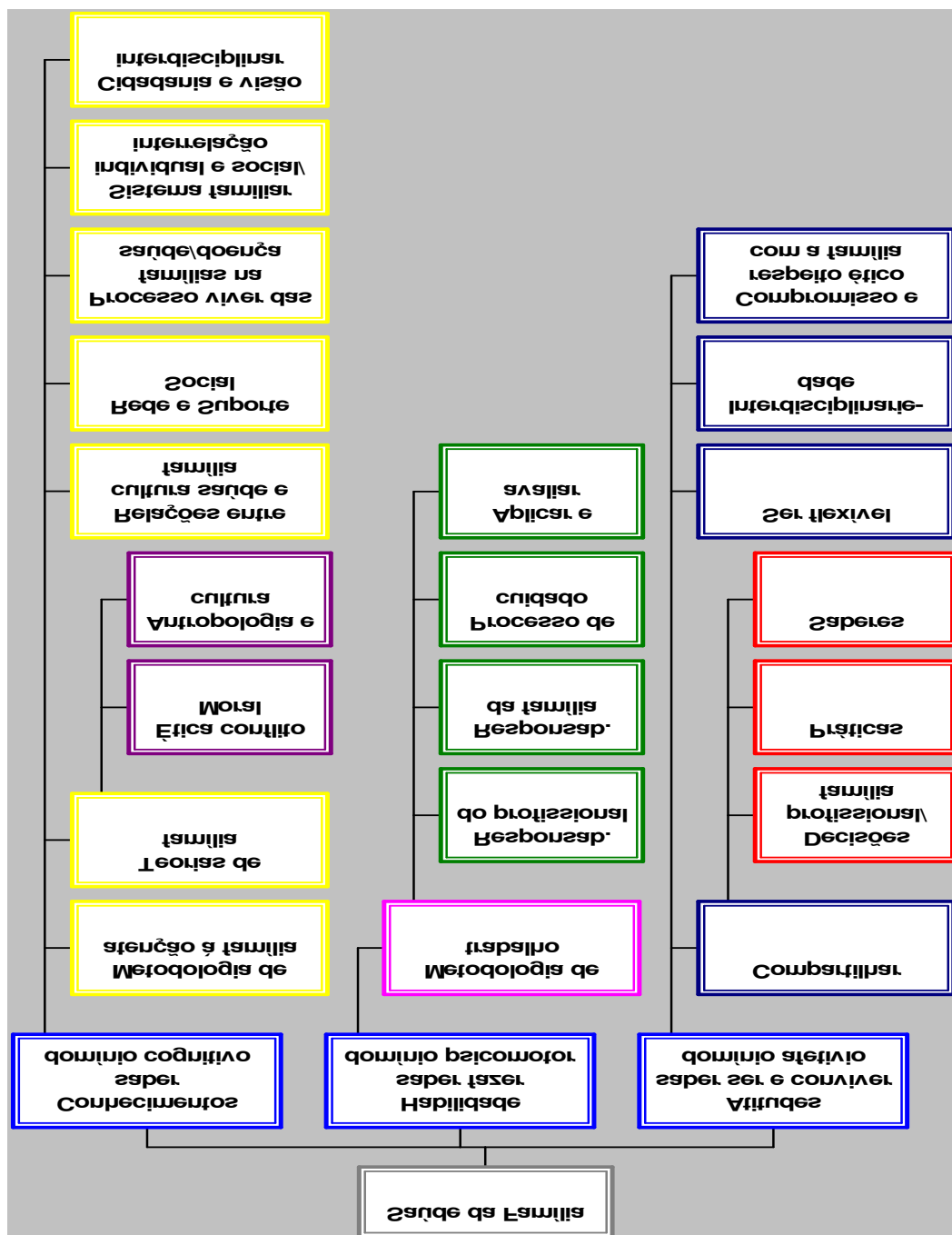
Ela considera importante que o profissional enfermeiro tenha conhecimentos sobre a metodologia de atenção à família, conhecer as teorias de família, questões éticas, conflitos morais, conhecimentos sobre antropologia e cultura, relações entre culturas, saúde e família; conhecer a rede de suporte social das famílias, com quem eles se relacionam e a quem recorrem em situações de risco; ter conhecimento sobre o processo viver das famílias na interface saúde-doença; conhecer o sistema familiar individual e social e sua inter-relação;

Quando fala sobre habilidades, a professora relaciona como fundamental ter uma metodologia de trabalho, sabendo ouvir as famílias e observar as relações familiares, sabendo intervir e possuindo um arsenal de estratégias para abordar as famílias, como grupos específicos. Dentro desta metodologia, ela ainda considera importante identificar o papel do profissional de saúde assim como as ações de co-responsabilidade da família no gerenciamento da sua saúde. Além do processo de cuidado em si, a avaliação foi apontada como fundamental no método de trabalho.

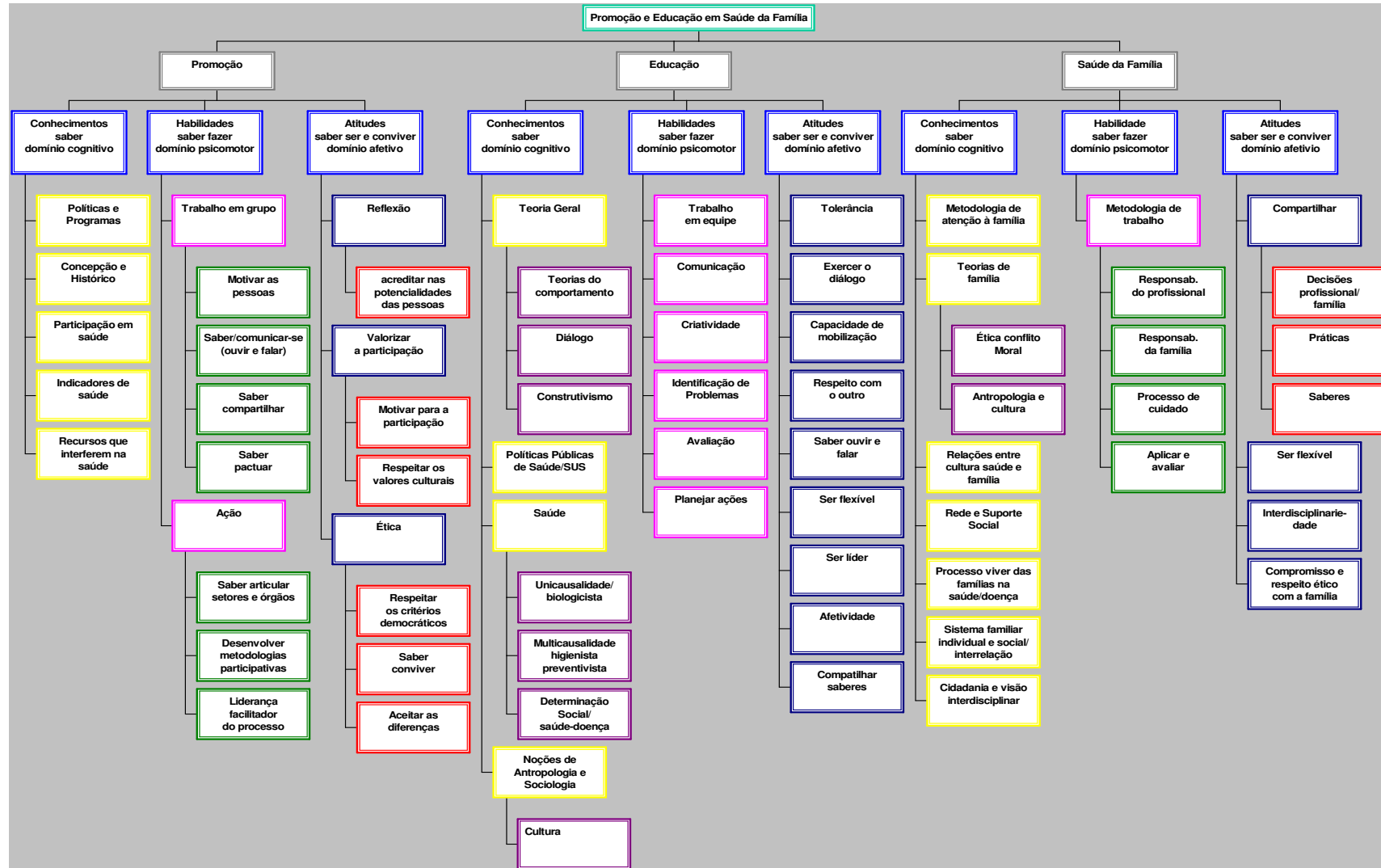
Em relação às atitudes, considera indispensável à paridade profissional e familiar, com abertura para o outro; compartilhar saberes e estar ciente dos diversos poderes, profissionais e da família; saber trabalhar junto; possuir compromisso ético e respeito com a família. Todas as informações e categorias estabelecidas foram utilizadas para a construção do diagrama 03, que trata da área de saúde da família.

Definido todos os elementos necessários para compor os diagramas, estes foram agrupados em uma única árvore (diagrama 04), as categorias estabelecidas pelos três *experts* foram relacionadas em um instrumento, que posteriormente foi aplicado a cinco juízes.

Diagrama 03- Competência para Saúde da Família.



**Diagrama 04 – Competência do Enfermeiro para Promoção e Educação em Saúde da Família**



## 5.1 Método do Júri

A partir do estabelecimento do diagrama de árvore, que contém as categorias relacionadas pelos pré-juízes como fundamentais para a atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família, passou-se ao Método do Júri, que consiste em uma fórmula científica de construir e/ou avaliar projetos e programas.

Foram selecionados para este estudo, na condição de “juizes”, 05 (cinco) Enfermeiras possuidoras de experiência profissional e conhecimentos abrangentes na temática estudada, com a incumbência de atribuir um valor de importância relativizada a cada variável componente do diagrama de árvore, numa escala de 1 a 5.

As Enfermeiras selecionadas para esta etapa foram: uma enfermeira de equipe do Programa Saúde da Família em contato direto com a população; uma Coordenadora Municipal de Saúde da Família; uma Gestora Municipal; uma Coordenadora Regional de Saúde da Família e a Coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem da Univali, representando uma instituição de ensino superior. Quanto à titulação das juízas, vale ressaltar que uma das entrevistadas possui título de Mestre, três possuem título de especialista, e uma sem pós-graduação.

A aplicação do método do júri deu-se em ambiente sossegado e de forma individual, sendo que o tempo médio da avaliação realizada pelas juízas foi de 45 minutos.

Para facilitar o processo de avaliação o diagrama de árvore foi analisado por categoria de hierarquização, ou seja, por conceito nuclear e suas ramificações utilizando uma espécie de legenda colorida que tornava mais evidente a subordinação de palavras-chave as categorias correspondentes.

A primeira entrevistada foi à enfermeira que atua na equipe de Saúde da Família de um Município da região da AMFRI. Formada há apenas 19 meses pela UNIVALI, ela trabalha no programa desde que saiu da Universidade, o que a torna importante para estabelecer parâmetros entre a formação acadêmica e a prática profissional do egresso. A pouca experiência da profissional, neste caso, torna-se positiva, pois as dificuldades possivelmente enfrentadas no início da carreira profissional podem estar vinculadas a possíveis falhas no currículo ou na formação. A entrevista foi realizada na unidade de saúde na qual a enfermeira atua e durou aproximadamente uma hora.



A segunda profissional entrevistada foi à enfermeira coordenadora do Programa Saúde da Família de um município da região da Foz do Rio Itajaí-Açu. Esta profissional é formada há quatro anos, também pela Univali e sempre atuou em Saúde da Família, inicialmente como enfermeira de equipe e depois como coordenadora do Programa. Atualmente está cursando especialização em Saúde Pública e também coordena os Programas de Saúde da Mulher e de Hipertensão e Diabetes. A profissional foi entrevista na Secretaria da Saúde em que atua, e durou cerca de 45 minutos.

A gestora municipal de saúde consultada foi a Secretária de Saúde de um município da Foz do Rio Itajaí-Açu. Enfermeira formada pela Univali há seis anos iniciou suas atividades profissionais como coordenadora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Foi uma das primeiras enfermeiras da região a atuar com este programa, quando poucos municípios adotavam esta estratégia. Este pioneirismo deu a ela uma grande experiência, construída a partir dos erros e acertos de um programa que iniciava seu processo de estruturação. Em uma hora e meia, a profissional falou sobre as atribuições da função e da relação com o programa Saúde da Família.

A coordenadora regional de Saúde da Família entrevistada é responsável pelos programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde na região da Foz do Rio Itajaí-Açu. Esta enfermeira é egressa da primeira turma de enfermagem da Univali, formada há 20 anos. Já atuou na área hospitalar e de saúde coletiva, tanto na assistência como na administração dos serviços de saúde. É especialista em Epidemiologia e mestranda em Saúde. Também atua como docente no curso de Graduação em Enfermagem da Univali.

A quinta profissional selecionada para atuar como juíza foi a professora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI. Mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina, atuando como docente há vinte e dois anos, com vasto conhecimento em Educação e Promoção.

As cinco profissionais consultadas fizeram referência às dificuldades em adotar a escala do instrumento, que atribuía valores de um a cinco para as categorias constantes no diagrama de árvore. A queixa se deu em virtude da classificação dos pesos, já que optamos por utilizar a atribuição dos pesos através da *importância do componente*, conforme opinião das juízas, ou seja, cada juíza atribuiu um valor, de acordo com a importância

relativa de cada variável componente do diagrama, sempre em comparação com as demais em seu nível. A importância da atividade foi traduzida por um peso entre 1 e 5, conforme informa a Metodologia..

Na opinião das juízas todos os componentes ou variáveis elencadas pelos pré-juízes são muito importantes, o que tornou difícil considerar que qualquer um deles tenha importância baixa ou muito baixa. A partir deste questionamento, foi solicitado às juízas que tentassem estabelecer a classificação dos elementos de um mesmo grupo, atribuindo cinco ao mais importante do grupo e um ao elemento de menor importância dentro do grupo, sem que isto significasse que a categoria não tivesse importância. Contudo, algumas juízas não conseguiram estabelecer tal classificação e acabaram atribuindo valores iguais para elementos distintos em um mesmo grupo.

### 5.1 Concordância entre as juízas

A finalidade em consultar as juízas foi para verificar a validade da proposta apresentada. Após termos os pesos atribuídos pelas juízas, verificamos a concordância entre as mesmas. Esta concordância resulta natural quando as cinco juízas atribuíram o mesmo peso/valor ao mesmo componente do diagrama. Quando a concordância não se expressou por esta unanimidade, o valor foi determinado pela mediana entre os pesos atribuídos pelo conjunto das juízas. Resultou daí um mapa detalhado em todos os seus componentes com seu valor relativizado frente aos demais componentes, possibilitando a análise pretendida.

Os dados foram então classificados em três categorias: conhecimento, habilidades e atitudes relacionados à promoção educação e saúde da família.

Com base nos dados obtidos, nossa consulta resultou muito positiva, pois a tendência para atribuir os maiores valores foi verificada. O diagrama completo apresenta oitenta e dois componentes, perfazendo um total de 410 itens, distribuídos de acordo com a **tabela 1**, onde podemos observar que as juízas atribuíram 206 vezes peso 5.

Como resultado da concordância natural entre as juízas, destacamos 100% de aprovação em 15.85% dos componentes, onde todas as juízas atribuíram peso 5 em itens que merecem destaque pela relevância. Vale ressaltar que não houve concordância natural em relação aos demais pesos.

**Tabela 01- Distribuição total dos pesos atribuídos pelas juízas considerando todos os componentes do Diagrama de Árvore:**

	Peso 5	Peso 4	Peso 3	Peso 2	Peso 1	TOTAL
Juiz 1	32	29	17	3	1	82
Juiz 2	41	34	6	1	0	82
Juiz 3	37	26	17	2	0	82
Juiz 4	55	19	6	2	0	82
Juiz 5	41	38	3	0	0	82
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>146</b>	<b>49</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>410</b>
Percentual	50.25%	35.36%	11.95%	1.95%	0.48%	100%

Analisando a tabela 01 podemos observar que as juízas atribuíram valor alto (peso 5) em 206 itens, perfazendo 50,25% do total dos componentes do diagrama. O peso 4 foi atribuído a 146 itens, o que corresponde a 35.36% dos componentes, enquanto que o peso 3 foi referenciado em 49 itens (11.95%). De todos os itens julgados, em apenas 9 deles, o que corresponde a menos de 3% do total de pesos atribuídos, foram considerados de importância Baixa ou Muito Baixa, fornecendo subsídios para concluir que 97,56% dos componentes do diagrama foram compreendidos pelas juízas como sendo de muita importância, validando a presente proposta.

**Tabela 02- Componentes nos quais a concordância resultou natural entre as juízas, considerando-se todos os componentes do Diagrama de Árvore:**

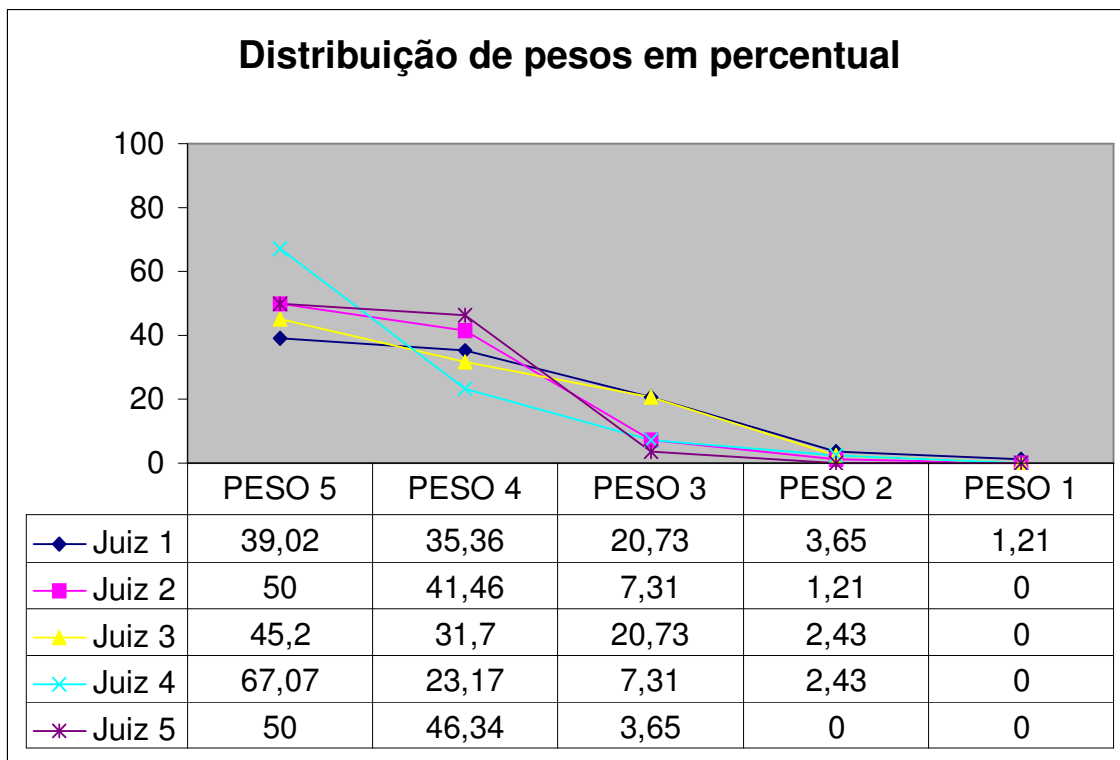
Codificação	COMPONENTES DO DIAGRAMA
<b>1.3</b>	<b>Atitude</b> para Promoção
<b>1.3.2.2</b>	Respeitar os valores culturais para se trabalhar com promoção ( <b>atitude</b> )
<b>1.3.3.2</b>	Saber conviver (ética, <b>atitude</b> para promoção)
<b>2.1</b>	<b>Conhecimento</b> para trabalhar com educação
<b>2.1.4.1</b>	Ter <b>conhecimento</b> de diferentes culturas (noções de antropologia e sociologia) para trabalhar com educação
<b>2.2.4</b>	Identificação de problemas (habilidades para educação)
<b>2.3.4</b>	Respeito com o outro ( <b>atitudes</b> para educação)
<b>2.3.5</b>	Saber ouvir e saber falar ( <b>atitude</b> para educação)
<b>2.3.9</b>	Compartilhar saberes ( <b>atitude</b> para educação)
<b>3.1.5</b>	Ter conhecimento do processo viver das famílias na saúde/ doença
<b>3.3.3</b>	Interdisciplinaridade ( <b>atitude</b> para trabalhar com saúde da família)
<b>3.3.4</b>	Compromisso e respeito ético com as famílias ( <b>atitude</b> para trabalhar com saúde da família)
<b>3.3.1.1</b>	Compartilhar decisões profissionais com a família ( <b>atitude</b> para trabalhar com saúde da família)

Os dados da tabela 2 especificam 13 componentes do diagrama, nos quais a concordância resultou natural, ou seja, todas as juízas atribuíram o mesmo peso aos mesmos componentes, o que correspondeu a 15,85% da totalidade dos itens analisados pelas juízas. Estes 13 itens foram considerados como de muita importância, recebendo dos avaliadores o peso 5.

Em vermelho destacamos a “atitude” como sendo a categoria priorizada pelas juízas frente aos demais componentes do diagrama (conhecimento e habilidades). Podemos aqui citar Deluiz (1995), quando afirma que atitude está de forma articulada aos conhecimentos e habilidades, mobilizando os padrões da prática para a qualidade requerida de um profissional.

As juízas também mostraram concordância no componente **conhecimento** para trabalhar com educação, e na importância em ter **conhecimento** de diferentes culturas (noções de antropologia e sociologia), para que o enfermeiro possa desenvolver ações educativas. Os valores elevados atribuídos a estes itens refletem as prerrogativas do Código Deontológico do Enfermeiro, a respeito dos valores humanos de que trata o artigo 81º. De acordo com o Código, o enfermeiro, no seu exercício, deve observar os valores pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra, assumindo ainda o dever de respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas das pessoas e criar condições para que elas possam exercer, nestas áreas, os seus direitos (COFEN, 2000).

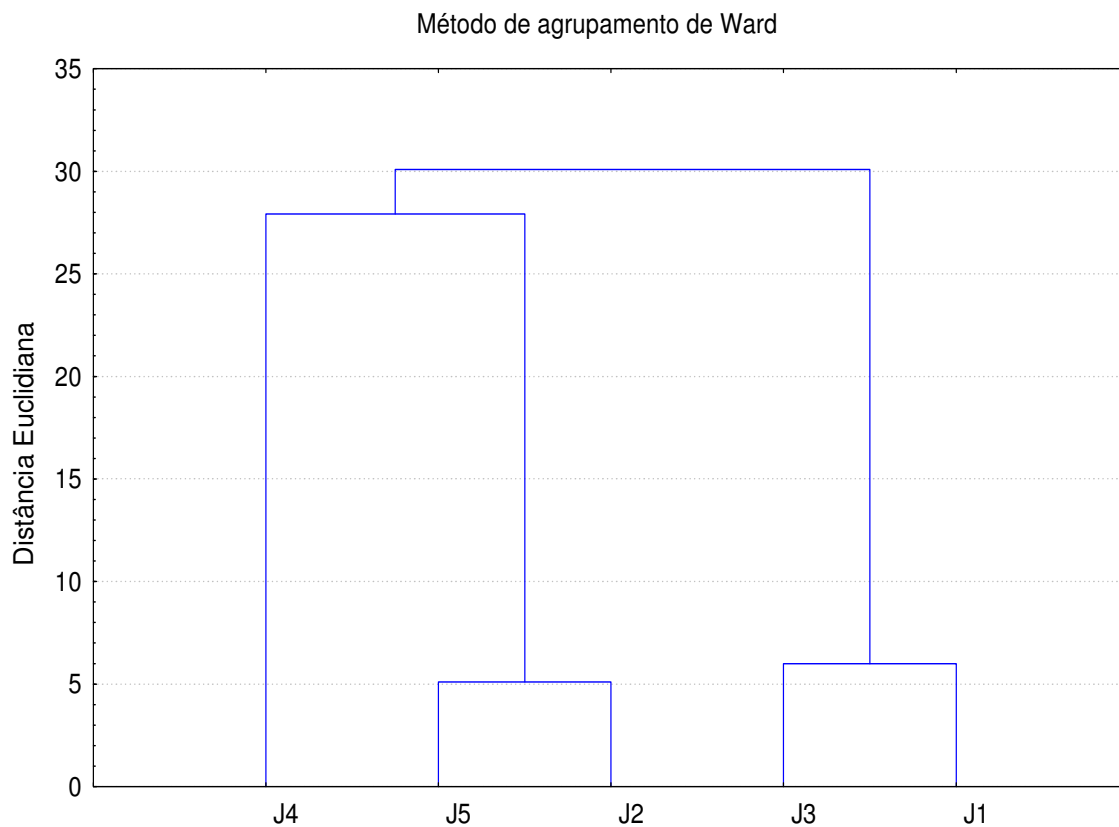
**Gráfico-1 : Distribuição de frequência dos pesos atribuídos pelas juizas em percentual considerando todos os componentes do Diagrama de Árvore.**



Neste gráfico, é possível perceber o alto grau de importância dos componentes do diagrama de árvore na opinião das juizas, visto que o peso 5 apresenta-se na maioria das vezes em situação superior quando comparado aos demais pesos.

Fica evidente também que de maneira geral houve aproximação na distribuição dos pesos, o que demonstra que todos os juizes (enfermeiros) selecionados com a incumbência de atribuir um valor de importância relativizada a cada variável componente do diagrama de árvore, numa escala de 1 a 5, apresentaram opiniões coerentes entre si. A situação particular de tempo de formado, pós-graduação ou outros aspectos, não gerou avaliações diferenciadas. Esta coesão pode estar articulada a uma visão unificada das necessidades da área da saúde e da profissão.

**Gráfico-2: Dendograma obtido a partir da análise de Cluster, considerando todos os componentes do Diagrama de Árvore.**



Os dados apresentados no gráfico 02 demonstram que, durante a análise dos componentes do diagrama de árvore, as juízas 2 e 5 apresentaram uma proximidade no valor das respostas atribuídas a importância de cada componente. Comparando com a tabela 01, na qual estão registradas as distribuições de frequência dos pesos atribuídas pelas juízas em percentual, podemos afirmar que as concordâncias entre as respostas dessas duas juízas estão presentes na atribuição do peso 5, no qual registra-se o mesmo número de ocorrências (41), seguido do peso 4, que apresenta 34 ocorrências por parte da juíza 2 e 38 da juíza 5.

Esta similaridade pode ser atribuída em virtude da juíza 2 ser egressa e a juíza 5 docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI. Por este fato, pode-se inferir que a atuação profissional da juíza 2 é realizada segundo a formação acadêmica, partindo-se do pressuposto que a juíza 5 representa a ação do corpo docente do curso.

O segundo grupo em aproximação nas respostas agrupa as juízas 1 e 3, que tiveram uma variação maior na correspondência dos pesos atribuídos, em relação ao outro grupo. Este grupo apresentou o mesmo número de ocorrências (17) para o peso 3 e um pequeno desvio em relação aos demais pesos. A juíza 1 registrou 32 ocorrências para o peso 5, enquanto que a juíza 3 registrou 37. Para o peso 4, a diferença foi menor. Foram 29 ocorrências por parte da juíza 1 e 26 da juíza 3. Estas duas juízas tiveram sua formação na mesma escola, o que justifica a aproximação das respostas, sendo que a juíza 1 atua como enfermeira de equipe de PSF, e a juíza 3 como gestora em um outro município.

A juíza 4 apresentou uma maior distância em relação as demais juízas em virtude de ter uma alta concentração de ocorrências para o peso 5 (55). Para o peso 4, esta juíza apresentou 19 ocorrências, e para o peso 3, apenas 6. O agrupamento desta juíza ocorre primeiramente com o grupo das juízas 2 e 5, mas contudo verifica-se uma grande distância entre as respostas. O agrupamento final de todas as juízas ocorre logo após o primeiro agrupamento da juíza 4.

## **5.2 Construção do Instrumento**

O instrumento (Apêndice F) foi construído na sua amplitude a partir dos últimos níveis do Diagrama de Árvore compreendendo seis módulos, com o objetivo de focalizar as competências para “Educação, Promoção e Saúde da Família”. Estes níveis referenciados na elaboração do questionário foram obtidos através da análise das respostas e considerações fornecidas pelos pré-juizes a respeito dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessários a formação do profissional enfermeiro.

Estruturado em seis módulos, o instrumento procurou investigar todas as categorias em estudo nesta pesquisa, partindo dos conceitos de competência, conhecimentos, habilidades e atitudes, até chegar às definições de promoção em saúde, educação em saúde e saúde da família. Sua estrutura comporta, no primeiro módulo os dados de identificação do entrevistado, como nome, formação e qualificação, experiência profissional, entre outros.

No segundo módulo do questionário são apresentados os conceitos de competência, conhecimentos, habilidades e atitudes para serem avaliados seguindo a escala Likert (de

zero a dez, sendo zero referente a avaliação totalmente negativa, e dez referente a avaliação totalmente positiva), segundo a concepção do entrevistado.

O terceiro módulo refere-se ao desenvolvimento das competências para se trabalhar a partir do conceito de **Promoção em Saúde**, baseando-se em Conhecimentos sobre Políticas e Programas de Saúde, Histórico da concepção do processo saúde-doença, Processo de Participação Social – formas e seus diversos agentes, Indicadores e Recursos que interferem na Saúde e conseqüentemente na qualidade de vida da população; Habilidades relacionadas ao Trabalho em Equipe e Ações Educativas; Atitudes relativas à Reflexão, Educação Permanente, Valorização da Participação e Ética.

No quarto módulo do instrumento atinge-se o espaço reservado à discussão acerca do desenvolvimento das competências para **Educação em Saúde**, partindo-se dos conhecimentos relativos à Teoria Geral da Educação, Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde, Conceitos de Saúde e Noções de Antropologia e Sociologia, além de Habilidades do profissional relacionadas ao Trabalho em Equipe, à Comunicação, à Identificação Coletiva e à Resolução de Problemas. Também são parte integrante deste módulo as Atitudes necessárias para a Pluralidade de Visão, à Flexibilidade, à Tolerância e ao saber Ouvir e Falar.

No quinto módulo estão relacionadas questões referentes ao desenvolvimento das competências para **Saúde da Família**, através de Conhecimentos e Habilidades relacionados aos Recursos Humanos, Recursos físicos e materiais, Epidemiologia, Políticas de Saúde e Planejamento Local, além de Atitudes relacionadas à Ética.

Do terceiro ao quinto módulo, percebe-se a integração entre as diversas categorias fundamentais que compõem as chamadas competências do enfermeiro para atuar em Promoção, Educação e Saúde da Família, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes que instrumentalizam o profissional no exercício das atividades diárias. As questões apresentadas nestes três módulos se articulam de forma a apresentar aspectos teóricos, estatísticos, práticos, interdisciplinares, procurando englobar todas as características e informações levantadas pelas juízas nas etapas precedentes da pesquisa.

O sexto módulo compreende a avaliação geral do instrumento e está dividido em quatro questões relacionadas com a Temática da Pesquisa, com a Forma e qualidade do



instrumento, a respeito da Experiência de contribuir com a pesquisa e a Auto-avaliação com relação ao preparo para atuar na Promoção e Educação em Saúde da Família.

Ao todo, o instrumento resultou em sessenta questões fechadas, ajustadas à Escala Likert. Contudo, entendendo que dados qualitativos enriqueceriam o mapeamento sobre as competências do enfermeiro para a Promoção e Educação em Saúde da Família, favorecendo uma maior aproximação à situação real estudada, as questões do instrumento foram complementadas com perguntas abertas, que possibilitaram depoimentos, sugestões e expressões pessoais dos entrevistados, demonstrados no apêndice F.

O recurso de se adotar esta modalidade procura superar as possíveis limitações do instrumento, possibilitando ao entrevistado o espaço necessário para que o mesmo se manifeste não somente a respeito das questões apresentadas, mas também sobre aspectos não evidenciados ou não enunciados pelas juizas na composição do diagrama de árvore.

### **5.3 Aplicação do Instrumento**

A população para esta etapa do presente estudo foi composta por 31 Enfermeiros docentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, tendo participado ou não da primeira etapa da pesquisa. Todos os professores que atuam no curso foram convidados a responder o questionário de forma livre e espontânea, e por se tratar de um estudo censitário, a amostra foi composta por todos aqueles que consentiram em participar.

Com relação aos sujeitos da amostra o processo da pesquisa obedeceu todos os procedimentos técnicos e éticos previstos na Resolução 196/196 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, a partir do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A metodologia de aplicação do instrumento previa inicialmente a realização de entrevistas, porém, algumas dificuldades encontradas tais como a falta de tempo dos sujeitos pesquisados e a pouca disponibilidade de alguns em responder o instrumento, nos levou a substituir a entrevista pelo questionário.

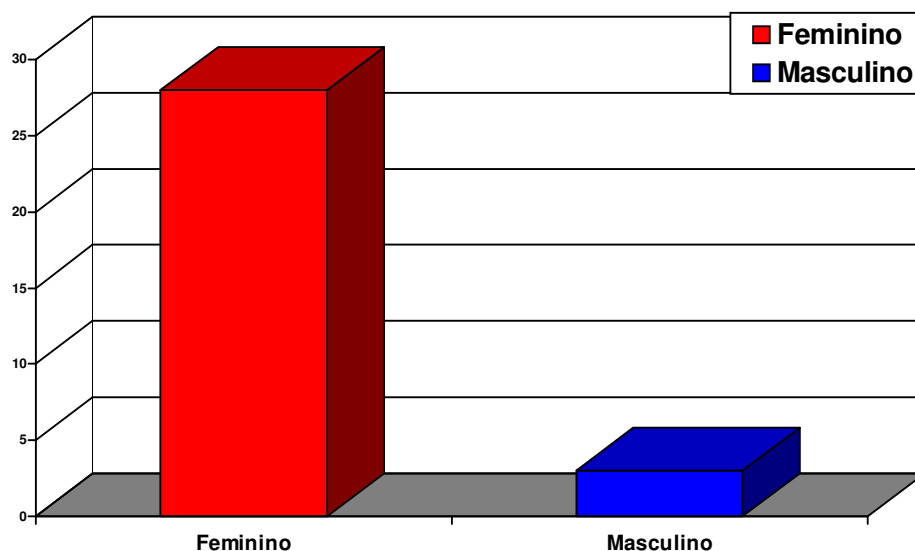
Os questionários foram distribuídos em reuniões pedagógicas realizadas no âmbito do curso, em escaninhos e pessoalmente. Várias estratégias de participação foram

realizadas para sensibilizar os colegas da importância de sua contribuição no estudo, contudo, a sensibilização inicial dos docentes não obteve o resultado imediato esperado, de forma que a abordagem direta e insistente teve que ser realizada inúmeras vezes. Além do desgaste da relação pesquisador/entrevistado, a demora na resposta do instrumento acarretou no atraso do processo de tabulação dos resultados.

Os sujeitos pesquisados justificaram a demora em virtude da grande quantidade de trabalho, como correção de provas, preparação de aulas, pesquisas em andamento, participação em congressos, entre outros. Apesar disso, a maioria recebeu o instrumento de pesquisa de forma positiva, reconhecendo sua importância no contexto da pesquisa e do próprio processo no qual os sujeitos pesquisados estão inseridos. Após muita perseverança nossa a amostra correspondeu à totalidade da população, já que obtivemos o retorno de 100% dos questionários distribuídos aos docentes.

#### 5.4 Análise dos dados de Identificação dos docentes – Resultados e discussão

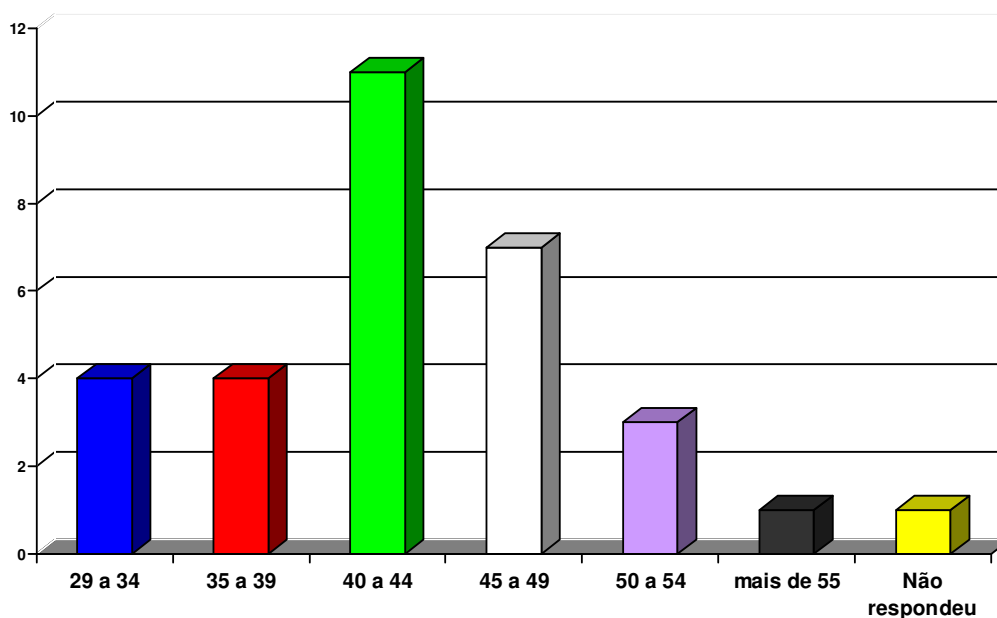
**Gráfico-3: Sexo dos docentes do curso de graduação em Enfermagem da UNIVALI.**



De acordo com os dados mostrados no **gráfico 3**, dos 31 professores entrevistados, 28 são do sexo feminino, o que corresponde a 90,32%. Apenas três professores são do sexo masculino (9,68%). A presença da mulher na enfermagem é histórica, conforme relatado no

capítulo dois. As primeiras atividades relacionadas ao papel da enfermagem, bem como as primeiras escolas, estavam sob a tutela de mulheres, especialmente religiosas. Com o a profissionalização da enfermagem, passou-se a perceber também a presença masculina, mas em escala ainda pequena. Dados do Conselho Federal de Enfermagem<sup>1</sup> revelam que em 2003 havia 90.552 (92,20%) enfermeiras com inscrição ativa no respectivo Conselho, e 7.660 (7,80%) enfermeiros. Em Santa Catarina a situação é ainda mais desigual. Eram 3124 (96,60%) mulheres e 110 (3,40%) homens em 2003. Esta desigualdade de gênero entre os profissionais acaba por se refletir também no corpo docente da Universidade.

**Gráfico-4: Idade dos docentes do curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI.**

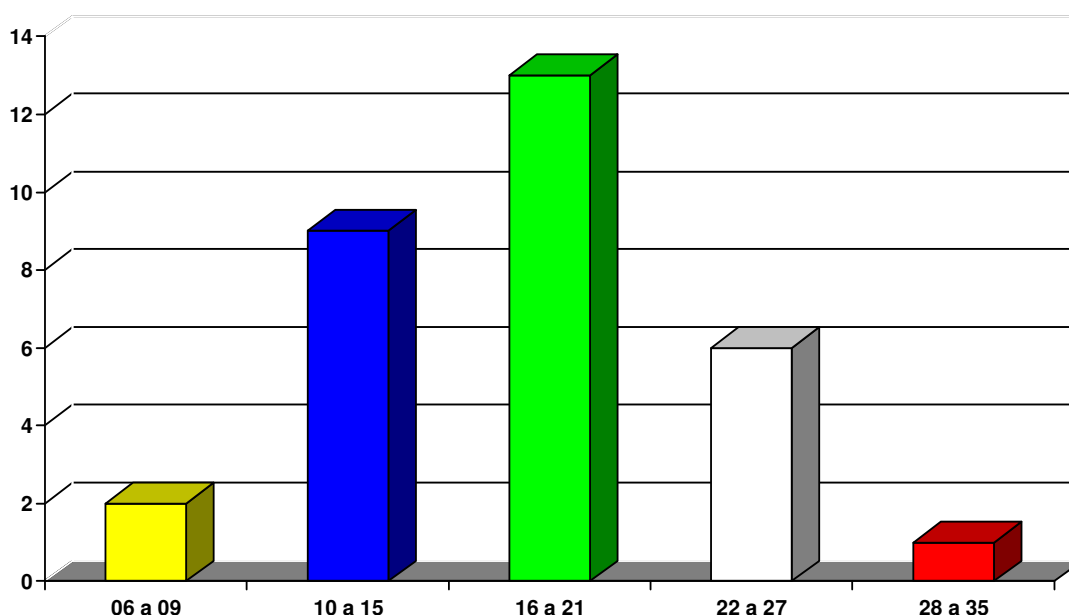


O **gráfico 4** mostra a relação de idade dos entrevistados, mais de 35% esta na faixa etária de 40 a 44 anos, enquanto que cerca de 22% possui idade entre 45 e 49 anos. Somadas estas duas faixas etárias representam mais da metade dos docentes analisados, o que demonstra a maturidade do curso, bem como a experiência do seu corpo docente. Em contrapartida, 13% dos professores estão na faixa etária de 29 a 34 anos, e outros 13% na

<sup>1</sup> Conselho Federal de Enfermagem, <http://www.portalcofen.com.br/novoportal/section269.asp> capturado em 20 de dezembro de 2004.

faixa etária de 35 a 39 anos de idade. Estes 26% representam as novas gerações de enfermeiros que estão renovando o corpo docente. Alguns destes profissionais já foram formados com base na perspectiva de um profissional com competência para trabalhar com educação, promoção e saúde da família. Completam ainda o quadro de professores, docentes com idade entre 50 a 54 anos (9,67%) e acima de 55 anos (3,23%). Entendemos que esta diversidade é salutar para o curso e especialmente para os alunos, que tem oportunidade de conviver com gerações que representam aspectos diversos do desenvolvimento da profissão.

**Gráfico-5: Tempo de formação dos docentes do curso de Graduação da UNIVALI.**



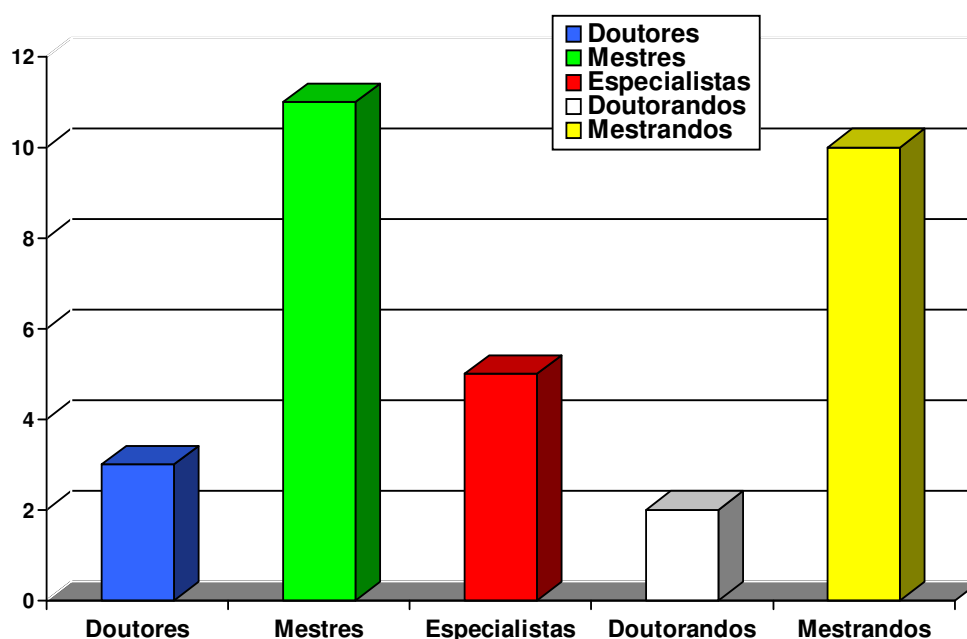
Quanto ao tempo de formação (graduação), a maioria está formada há mais de 16 anos. Treze docentes (41,93%) estão formados entre 16 e 21 anos, seis professores (19,35%) estão formados entre 22 e 27 anos, e um está formado há mais de 28 anos. Entre aqueles que possuem menos de 15 anos de formação, nove deles (29,03%) estão formados entre 10 e 15 anos, enquanto que apenas dois estão formados entre 6 e 9 anos.

Os dados referentes ao tempo de formação reafirmam a premissa obtida com os dados etários do grupo a respeito da experiência. Um maior tempo de formação pressupõe a possibilidade do profissional estar a mais tempo no mercado de trabalho, e

conseqüentemente, possuir uma experiência profissional maior em relação aqueles com menor tempo de formação.

Por outro lado, um maior tempo de formação pode representar uma possível desatualização do corpo docente, com relação às novas políticas de saúde.

**Gráfico-6: Titulação do corpo docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIVALI.**

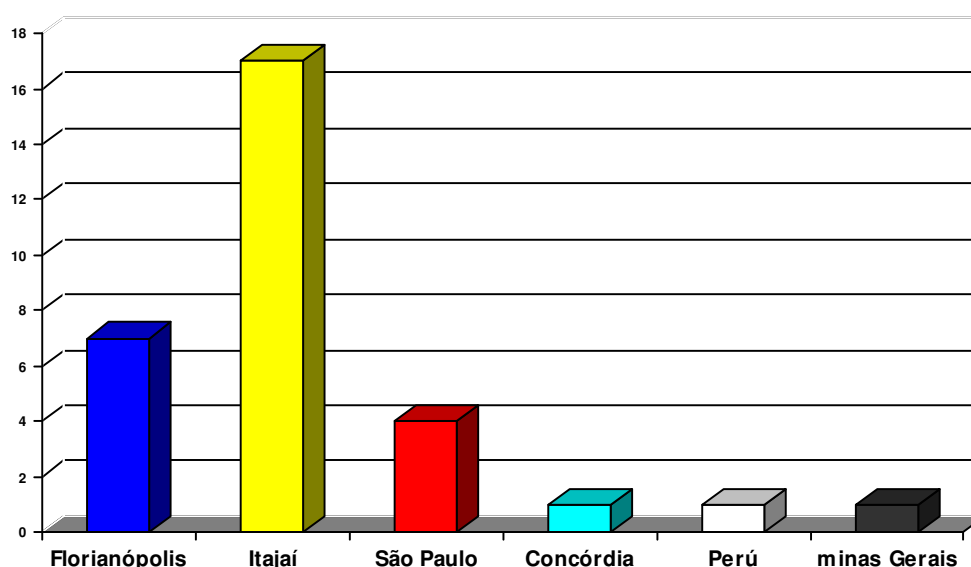


No **gráfico 6**, que trata da titulação dos professores, observamos que entre o grupo de entrevistados não consta nenhum professor sem pós-graduação, o que significa que 100% continuou os estudos após à graduação. Dentre os entrevistados, a maioria compõem-se de mestres (35,49%), seguida de mestrandos (32,25%), especialistas (16,13%), doutores (9,68%) e doutorandos (6,45%). Estes dados também demonstram a alta formação do corpo docente, revelando-o extremamente qualificado.

Em relação à procedência dos docentes no que diz respeito a sua formação, 80,64% são formados em Santa Catarina, sendo 17 (54,83%) na UNIVALI, 7 (22,58%) na UFSC e 1 na UNC. Quatro são procedentes do Estado de São Paulo, sendo 2 formados na USP. Dois são formados um em outro Estado, e em outro País.

A partir destes dados podemos inferir que a maioria dos docentes conhece a realidade do entorno da Universidade, o que é fundamental para a atuação em promoção, educação e saúde da família na região. Contudo, como mais da metade procede da mesma universidade e mais de 80% do mesmo Estado, perde-se a oportunidade de confrontar outras realidades e experiências. Além disto, pode-se incorrer em uma repetição do discurso acadêmico, ou seja, os docentes poderão acabar por reproduzir as mesmas idéias e concepções que foram obtidas na própria formação, sem uma renovação que poderia ser apropriada a partir da interação entre sujeitos formados em localidades e escolas distintas.

**Gráfico-7: Local de formação dos docentes do curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI.**

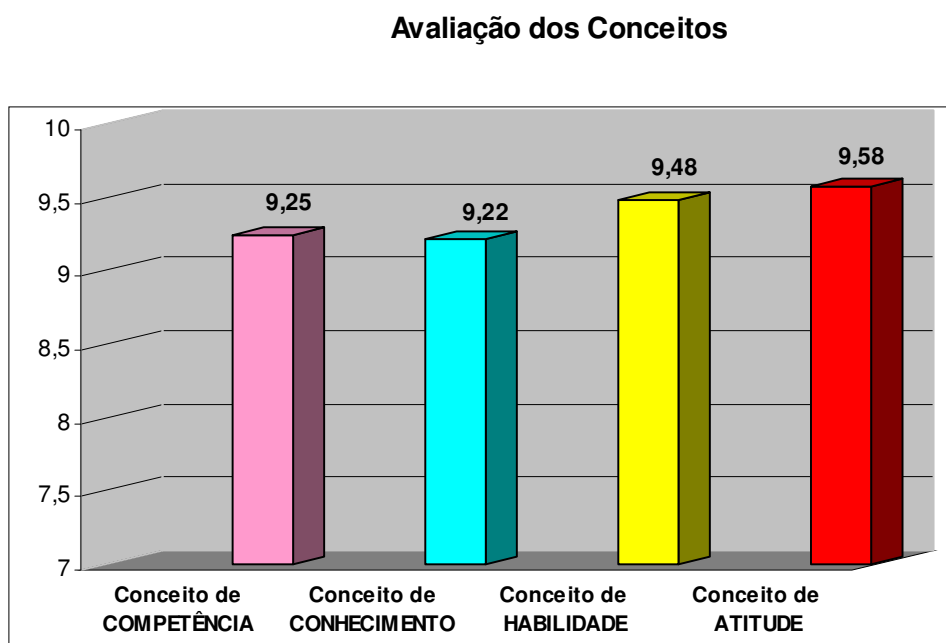


#### 5.4.1 Índice de Desempenho dos dados quantitativos.

A partir da análise das respostas obtidas através do instrumento de pesquisa, procurou-se mensurar o índice de desempenho dos componentes, partindo dos últimos níveis do Diagrama de Arvore, possibilitando assim a sua classificação em relação às regiões de Fracasso, Indefinição e Sucesso, numa relação inversa da construção do diagrama, ou seja, dos últimos níveis decompostos para o nível imediatamente superior até

que se possa chegar ao primeiro nível, tema representativo de toda pesquisa. Para a obtenção destes índices foram aplicadas as equações apresentadas na metodologia.

**Gráfico- 8: Escores dos índices de desempenho dos conceitos**



Os primeiros dados revelam que os sujeitos entrevistados atribuem uma grande importância aos conceitos de **Competência**, Conhecimento, Habilidade e Atitude, descritos no instrumento de coleta dos dados, conforme apresentação no **Gráfico 8**.

O conceito de Atitude, recebeu 9,58 sendo o maior índice encontrado, o que nos faz concordar com Rosas (2004) quando faz referência a Atitude como sendo um estado de preparação mental e física, estando a atitude sempre relacionada a um comportamento para uma determinada ação, no caso para a Promoção Educação ou Saúde da Família.

Já o conceito de Habilidade, recebeu o índice de 9,48. Esta dimensão de uma competência está relacionada com a forma de executar tarefas, na aplicação de conhecimentos, associadas ao “saber fazer”: ação física ou mental que indica capacidade adquirida (MORETO, 2004).

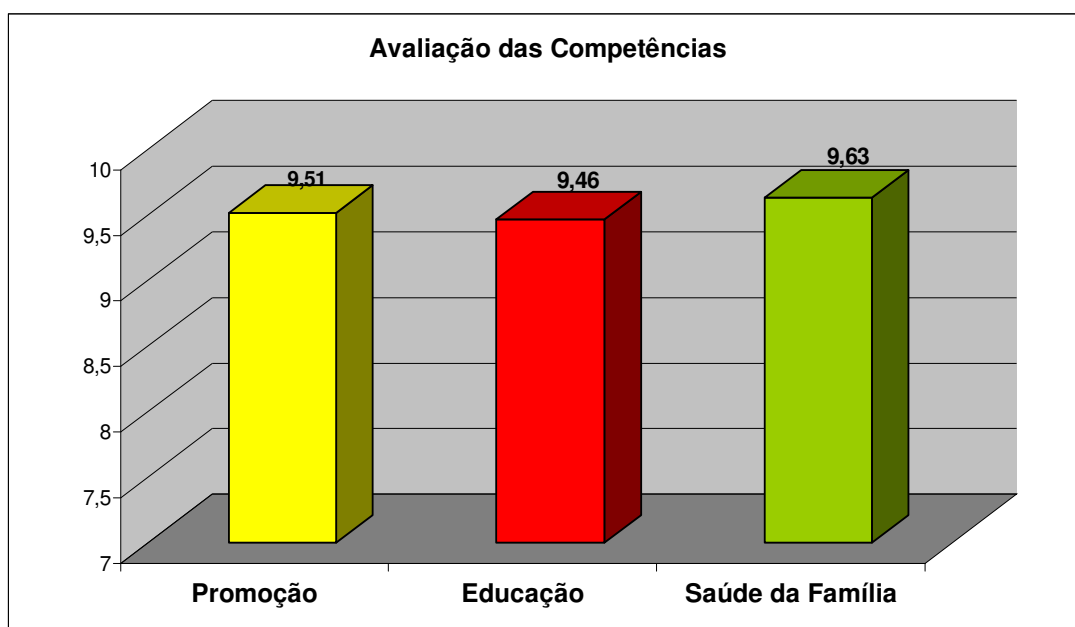
Um pouco mais abaixo estão os conceitos de Competência, com 9,25. Que para Neli (1999), esta relacionada ao desenvolvimento de Conhecimento, Habilidades e Atitudes, sendo definido como um conjunto de características moldáveis, podendo ser desenvolvidas

de acordo com as necessidades do enfermeiro para melhor desempenhar suas funções. Voltamos a Perrenoud (1999, p.25-32) quando conceitua competência como “A capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimento, mas sem limitar-se a eles”. Devendo competência ser compreendida como a capacidade de criar, de mudar e de reorganizar a formação do profissional de saúde.

Por ultimo temos o índice atribuído ao conceito de Conhecimento, com 9,22. citado por Harb (2001, p.14-24), refere-se a ele como “indicador da quantidade de informações adquiridas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe confere entender melhor o mundo”. Não sendo conhecimento compreendido como algo estagnado, devendo ser adquirido pelo indivíduo durante toda sua existência.

Conforme podemos observar a maior diferença dos índices esta entre os conceitos de Conhecimento e Atitude que, contudo, não ultrapassa 0,36. Assim, não se pode dizer que um conceito seja mais importante que o outro, mas pode-se certamente afirmar que todos possuem uma importante representação entre os entrevistados.

**Gráfico 09: Escores da Avaliação das Competências, atribuídos pelos Docentes**

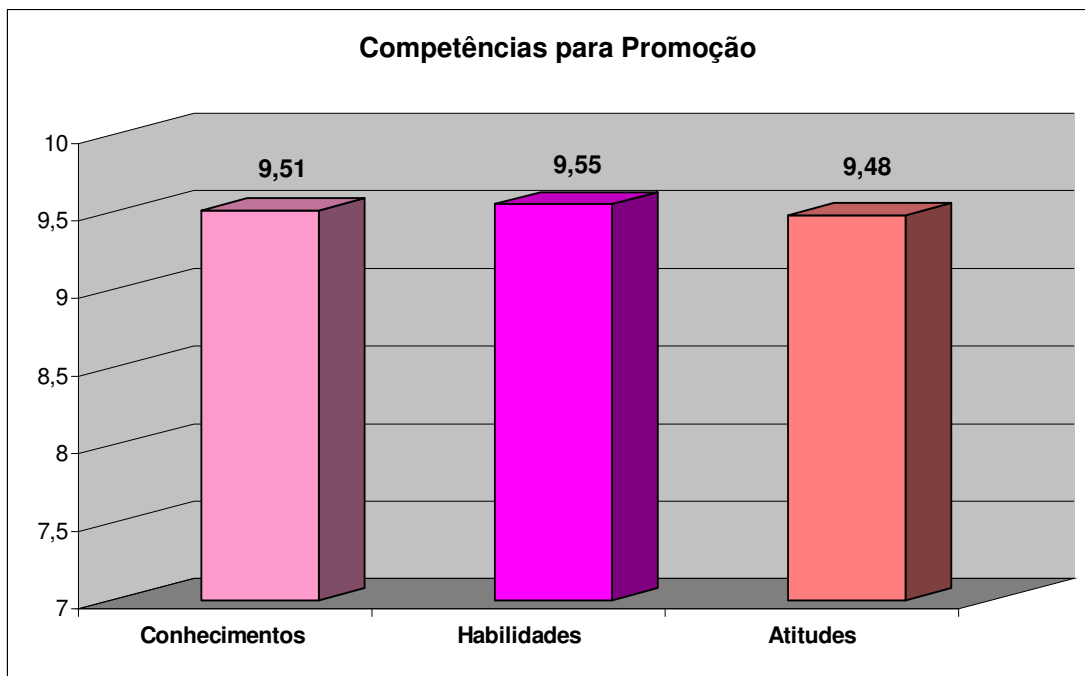




Em relação à avaliação das Competências para trabalhar com promoção, educação, e saúde da família, novamente observa-se um elevado índice para todos os itens, mas com uma diferença muito pequena entre o maior e o menor índice, apenas **0,17**. Saúde da Família recebeu o maior índice (9,63), certamente por representar o novo modelo de atenção, sendo o foco alvo da população que queremos atingir. Lembramos Elsen (2002), quando ela afirma ter constatado um crescente entendimento entre os profissionais em reconhecer as famílias como grupo social, que possui especificidades próprias, desempenhando um papel fundamental para a saúde e o bem estar de seus integrantes e do próprio grupo, além de relacionar-se com outros sistemas sociais e a sociedade de forma mais ampla. O que certamente desperta o nosso interesse como profissionais da saúde.

Ter Competência para Promoção apresentou um índice muito próximo, com 9,51, por termos consciência de que na reorganização dos serviços de saúde, a promoção está sendo vista como uma estratégia, com ações que são de responsabilidade dos governos, instituições de ensino, grupos comunitários, dos serviços e profissionais da saúde. O que torna importante o despertar de nosso interesse, para que o enfermeiro trabalhe de forma efetiva, uma vez que promoção vem sendo vista como fundamento para as redefinições técnicas e políticas em torno do processo saúde - doença-cuidado.(PEDROSA 2001).

Competência para Educação aparece logo em seguida na opinião dos docentes, com o índice de (9,46). Acreditamos que os docentes estão tendo a visão de Freire (1981, p 79), “ninguém educa ninguém, mas a comunidade se educa na medida em que todos aprendem e ensinam, discutindo os inúmeros saberes”. Esta perspectiva de educação se afasta de um processo repassador de informações e conteúdos, e a torna um agente de promoção que pode desenvolver saúde social e ser um determinante da saúde dos indivíduos. (SILVA 2003). A pequena diferença em relação às competências para Promoção, os torna igualmente importante na perspectiva dos docentes.

**Gráfico- 10: Escores da Avaliação das competências para Promoção**

Em relação às dimensões da competência para Promoção, percebe-se que o item Habilidades se apresenta com um índice ligeiramente superior aos demais (9,55). Sendo vista como um processo que envolve todas as dimensões do indivíduo, implicando na ruptura na dinâmica interna dos espaços institucionais como também, nos demais espaços onde o indivíduo atua como cidadão, rompendo-se com as delimitações impostas pelo mero fazer, atingindo-se o ser, (OPAS 2000). A composição destas Habilidades, no diagrama de árvore, se deu com o estabelecimento de dois componentes; o Trabalho em grupo (sub dividido em saber comunicar-se, ouvir e falar e saber pactuar) e a Ação educativa, (sub dividida em desenvolver metodologia participativa e liderança como facilitador do processo), sendo que o trabalho em grupo teve um índice maior.

A justificativa para tanto talvez se apóie no fato de que o **trabalho em grupo** requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, prevenção e reabilitação, trazendo a intersectorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde. (PEDUZZI 2000), fazendo da comunicação

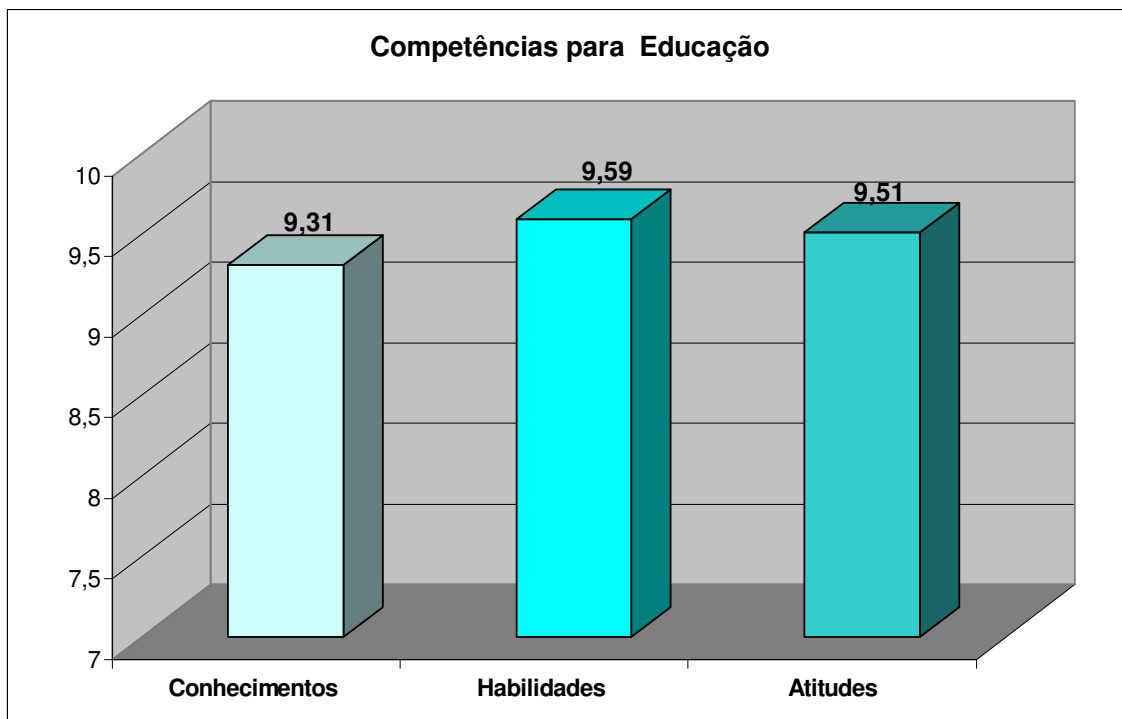
(ouvir e falar), bem como a troca (pactuar) fatores indispensáveis no desenvolvimento das habilidades para a promoção.

Observando o **gráfico 10**, a diferença entre Habilidades e Conhecimentos é de apenas 0,04, pois **conhecimento** para promoção está representado com 9,51. No diagrama de árvore, se sub divide em recursos que interferem na saúde, e conhecer os indicadores de saúde (conhecer a população, epidemiologia), ter conhecimento de participação em saúde, conhecer a concepção e histórico dos fatores que interferem na saúde, e ter conhecimento de políticas e programas. O que demonstra um interesse, por parte dos docentes em acompanhar as mudanças sociais, e ter habilidade para trabalhar com promoção.

Entre Habilidades e Atitudes, a diferença também é pequena, com 0,07. Constatase que ter **Atitude** para trabalhar com promoção obteve um índice de 9,48 no grau de importância, estando plenamente na zona de sucesso, quando submetido à escala de avaliação. Os componentes valorização da motivação para a participação e respeito aos valores culturais obtiveram o primeiro lugar na pontuação. Seguido da importância em ter ética, com sub divisão em saber conviver e saber respeitar critérios democráticos. Na terceira pontuação ficou a reflexão, com o saber acreditar nas pessoas.

Percebe-se então que o “saber ser” está diretamente relacionado com valores, ou seja, suas características pessoais e culturais, e a capacidade de se comunicar e interagir ou adaptar-se a novas situações (BECKER 2004). Em uma pesquisa realizada por Marquis e Huston (1999) encontramos que a atitude de ser justo e coerente ao lidar com todos é uma estratégia para criar uma atmosfera motivadora para o desenvolvimento do trabalho e maximizar o desenvolvimento do potencial humano para o alcance de metas.

Quando analisados os dados a respeito das competências para Educação, novamente observa-se um maior índice para as Habilidades. A diferença entre este novo dado e o anterior, relativo à Promoção, é um pequeno acréscimo na diferença entre os demais itens, principalmente entre Conhecimentos e Habilidades (0,28).

**Gráfico- 11: Escores da Avaliação das competências para Educação**

O **gráfico 11** demonstra os índices atribuídos às Competências para Educação, sendo que o resultado revelou um índice de 9,59 para habilidades, com maior pontuação na sub divisão; saber comunicar, e saber ser criativo.

Sabemos que o processo de comunicação só é efetivo quando conseguimos transmitir a mensagem a quem deve recebê-la. Na teoria da comunicação a responsabilidade da eficácia do processo é 100% do emissor, cabendo a ele verificar se a mensagem foi recebida ou não, adaptando os ajustes necessários para que seu objetivo seja entendido (MOURA 2002).

Para tanto faz –se necessário que o Enfermeiro, nas suas práticas diárias, saiba se comunicar aguce sua curiosidade científica, e estimule o potencial criador que possui, em prol da evolução contínua do “saber fazer” em enfermagem (ANDRADE 2001).

Ter **Atitude** para educação, recebeu um índice de 9,51, sendo que as sub divisões, saber ser líder, e saber ser flexível, foram as mais consideradas pelos docentes. Quando falamos de saber ser líder para educar, Chiavenato (2000) diz que a liderança é o processo

de exercer influência sobre as pessoas ou grupo, nos esforços para realização de objetivos de uma determinada situação. Ao passo que Marquis e Huston (1999) definem educação, como uma forma de desenvolver o indivíduo, cabendo ao enfermeiro, saber ser flexível para poder identificar as necessidades educacionais e o desenvolvimento do grupo. O que torna a seleção dos itens pelos docentes, plenamente de acordo.

Ter **conhecimento** para educação, ficou com o índice de 9,31, muito próximo dos anteriores. Considerando que neste item as sub divisões do diagrama que obtiveram maior pontuação por parte dos docentes foram: Conhecer as teorias gerais da educação (Diálogo, construtivismo, teoria do comportamento) e ter noção de antropologia e sociologia.

A partir do que foi exposto, conclui-se que além de conhecer as teorias de aprendizagem, os docentes consideram também importante, conhecer os recursos disponíveis, os valores, símbolos, culturais e o meio, para que se obtenha resultados positivos no processo de educação. Sabemos que o mais importante neste processo, é buscar a contextualização, identificando a realidade e as necessidades, dos indivíduos com quem vamos atuar.

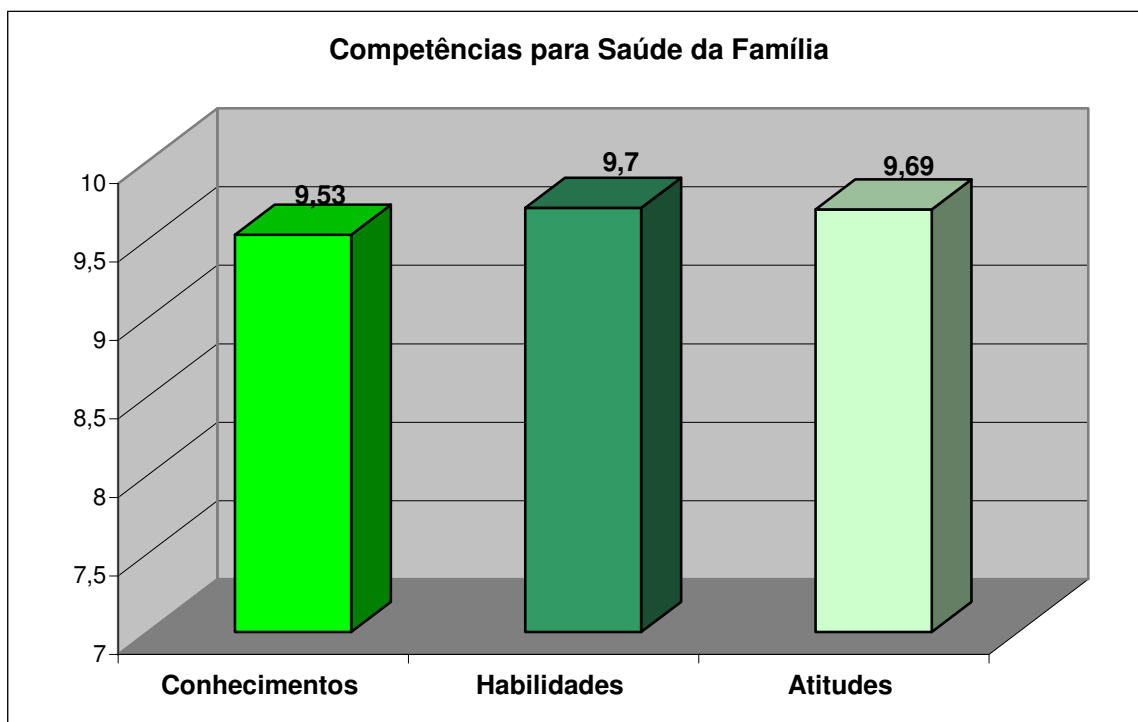
Vargas e Soares (1997, p 57-59), foram muito pertinentes ao afirmar que “... Repensar o conteúdo significa confirmá-lo, atualizá-lo, partindo da vivência dos próprios participantes, dentro de uma visão de educação que os perceba enquanto sujeitos no processo de aprendizagem...”.

Enquanto profissionais da saúde, em muitos momentos achamos que pelo simples fato de termos conhecimento sobre alguns temas, nos dá a capacidade para educar alguém em saúde. Não existe uma relação direta entre as duas situações. Se fosse assim seria necessário apenas ter domínio do conteúdo das disciplinas para tornar um professor um educador.

A análise pontual feita pelos docentes nos deixou gratificadas ao perceber os itens considerados como importantes na atribuição do grupo. Consideramos que suas preocupações demonstram atualização dos docentes no processo de educação.

Na análise das Competências para trabalhar com Saúde da Família, observa-se uma maior valorização de todos os itens, conforme demonstrado a seguir:

**Gráfico-12: Escores da Avaliação das competências para trabalhar com Saúde da Família**

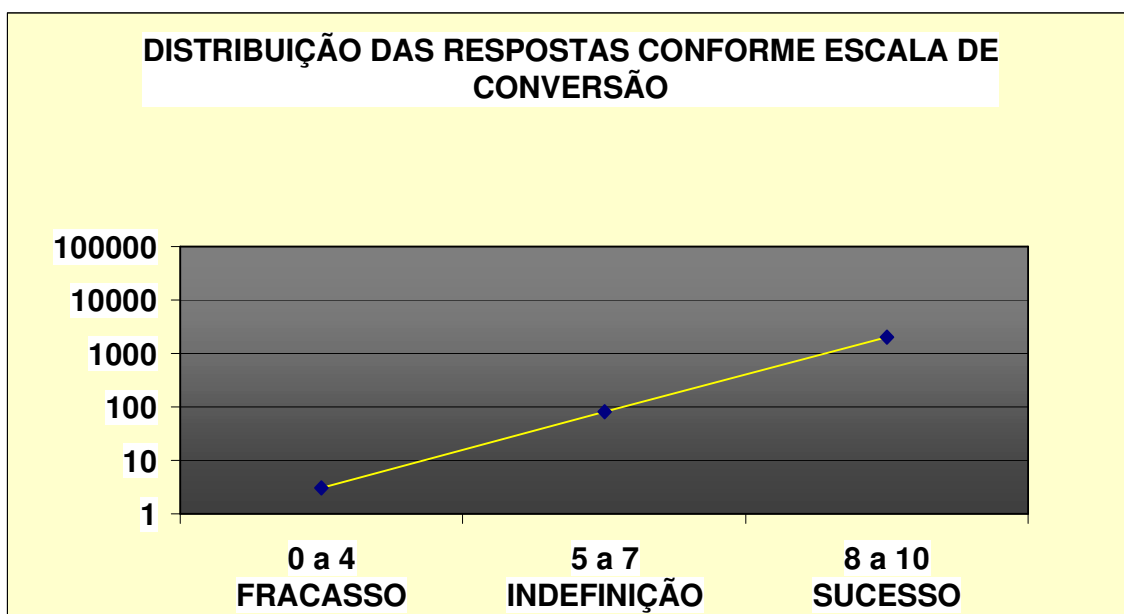


O **gráfico 12** apresenta um índice, de 9,70 para Habilidades, com destaque para, ter uma metodologia de trabalho; saber avaliar, dividir responsabilidades com a família e processo de cuidado. Para atitude 9,69 em especial saber compartilhar (práticas, saberes e decisões profissionais e familiares). E muito próximo de habilidades e atitudes, na escala de valores, encontra-se ter conhecimento para trabalhar com saúde da família com 9,53. Destacando a importância de conhecer sobre metodologia de atenção a Família, conhecer o processo viver das famílias na saúde/ doença e conhecer a relação entre cultura saúde e família.

Faz-se necessário, então, valorizar as relações profissional-indivíduo e profissional-família como parte de um processo dinâmico terapêutico e de confiança (NETO 2000).

Mais uma vez percebe-se que a diferença entre os itens é muito baixa, o que nos leva a inferir que, de acordo com a avaliação dos sujeitos pesquisados, as Competências, sejam elas para atuar com Promoção, com Educação, ou com Saúde da Família, necessitam de um conjunto de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes. É evidente que em alguns momentos, e para a realização de algumas atividades uma categoria se sobreponha as outras, como é o caso das Habilidades, ou ainda das Atitudes, o que não quer dizer que os Conhecimentos sejam menos importantes, mas sim que o profissional enfermeiro deve ser preparado de forma a desenvolver integralmente as suas Competências.

**Gráfico-13: Quanto à distribuição das respostas atribuídas pelos docentes, conforme escala de conversão**

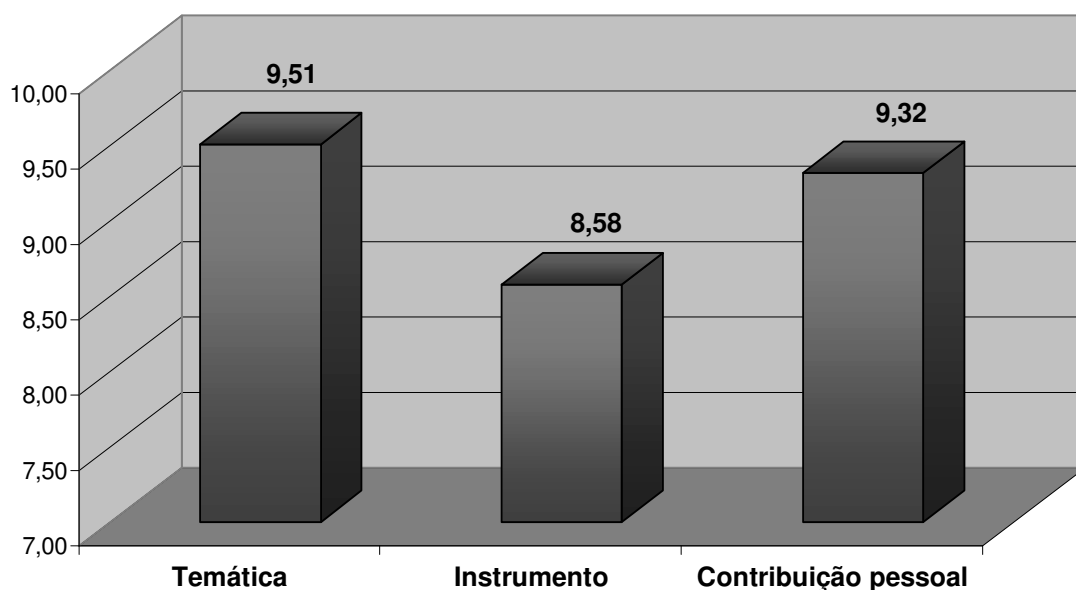


Tendo em vista que as três competências estudadas (Promoção, Educação e Saúde da Família), bem como suas dimensões de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, e ainda seus desdobramentos em vários Componentes, obtiveram TODOS índices superiores a 7 (sete), atingindo assim a **REGIÃO DE SUCESSO**, conforme Escala de Conversão apresentada na Figura 3, Estabelecendo a homogeneidade da avaliação que atingiu o **INDICE FINAL** de 9,53, resolvemos analisar a distribuição da totalidade das respostas, submetendo-a a mesma escala. O resultado está apresentado no **gráfico 13**, ilustrativo de

que 3 respostas ficaram na Região de **FRACASSO**, 80 foram classificadas na Região de **INDEFINIÇÃO**; e 1994 atingiram a Região de **SUCESSO**. Esta distribuição confirma a avaliação altamente positiva recebida pela proposta apresentada nos Diagramas, construídos conforme opinião dos 'experts' – pré-juizes, avaliada inicialmente por um corpo selecionado de juizes e posteriormente pelos docentes enfermeiros do curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI.

#### 5.4.2 Da avaliação do Instrumento utilizado na pesquisa:

**Gráfico- 14: Escores da avaliação geral do instrumento:**



Completando o instrumento de pesquisa, foi solicitado aos entrevistados que atribuíssem valores à temática da pesquisa, ao instrumento e à sua contribuição pessoal para a realização do estudo. A temática foi ressaltada como muito importante, conforme se percebe no **gráfico 14**, da mesma forma como a Contribuição Pessoal que cada um dos sujeitos forneceu para a elaboração da pesquisa.

O instrumento, contudo demonstrou-se demasiadamente complexo e demorado, com muitos itens, o que resultou num longo processo de captação de dados e na dificuldade dos pesquisados em relação à disponibilidade para respondê-lo. Nos três itens analisados



nesta etapa da pesquisa, alguns entrevistados registraram comentários no espaço do instrumento reservado para este fim.

Em relação à temática da pesquisa, foram contabilizados nove comentários:

### **1 DA TEMÁTICA DA PESQUISA**

Adquirir competência é fundamental

Acredito cada vez ser mais importante aperfeiçoar o relacionamento enfermeiro e família

Necessitamos estar constantemente refletindo sobre nossas competências

Acredito que precisamos refletir mais sobre competências

Acredito que é pela pesquisa que se identifica o problema e se encontra possível solução

Faz-se mister que as competências então relacionadas estejam presentes na enfermagem

Tema atual, com poucos estudos, por isso necessita realmente maior profundidade.

Muito importante se servir para mudanças efetivas não só na enfermagem mas em todo CCS

Importante para realizar educação continuada com professores, para motivá-los.

Podemos observar através dos comentários registrados pelos entrevistados que a temática das competências é um assunto que desperta a atenção pela sua atualidade. Todos os comentários fazem referências positivas sobre a necessidade de se explorar esta área ou sobre a própria importância e relevância do assunto, que pode resultar na mudança de cultura ou de paradigmas da categoria envolvida, seja no desempenho das próprias atividades diárias, como na relação entre outras classes profissionais.

No que diz respeito ao instrumento, observamos que não há consenso entre as respostas. Para alguns foi elaborado de forma criteriosa, clara e abrangente e de fácil compreensão. Por outros foi considerado muito longo, confuso e complicado, de difícil compreensão e concentração. Também é possível perceber comentários que revelam aspectos positivos e negativos, apontando os méritos e as falhas do instrumento. Fica evidente que a extensão do mesmo, em virtude da necessidade de se explorar a diversidade das competências para a profissão, prejudicou, em parte, o trabalho dos entrevistados, que tiveram que abdicar de seu tempo pessoal para respondê-lo. Contudo, pode-se afirmar que o mesmo atendeu aos objetivos.

### **2 DO INSTRUMENTO, QUALIDADE DO CONTEÚDO E DA FORMA**

Criteriosamente elaborado com excelente abrangência

Penso que poderia ter sido mais completo

Muito longo. Fico pensando na análise.

Confuso, difícil compreensão.

Em alguns momentos enunciados confusos

Parece-me a forma mais acertada de obter essas informações

Bastante clara, abrange todos o conteúdo necessário.  
 Achei muito extenso e pouca clareza para mim  
 Bem formulado, de fácil compreensão, e rápidas respostas.  
 Extenso, difícil se concentra, porem percebe-se critérios em sua elaboração.  
 Muito longo e cansativo  
 Embora bem elaborado, muito longo, complexo, requer muito tempo para respondê-lo.  
 Instrumento muito extenso

Os últimos comentários registrados referem-se à participação dos entrevistados no processo de pesquisa e também sobre as contribuições que cada um pode oferecer ao trabalho. A maioria dos sujeitos pesquisados demonstrou claramente a importância de participar do processo, sendo que muitos aproveitaram o momento para uma auto - reflexão a respeito de suas expectativas e condutas profissionais. Além disto, alguns sinalizaram para a contribuição que a pesquisa pode fornecer para a formação de recursos humanos mais competentes para atuar na área.

### **3 DA EXPERIENCIA DE CONTRIBUIR COM A PESQUISA**

Tenho o habito de contribuir com pesquisas, no caso alem de ser amiguinha da pesquisadora.  
 Foi prazeroso!  
 Se não participar, tudo o que assinalei esta tem sentido.  
 Fez refletir sobre minha própria competência  
 Gostei, espero ter colaborado, só não sei se sou a pessoa certa para partilhar essas informações.  
 Alem de contribuir com o colega, me proporcionou um momento de reflexão sobre o que busco como profissional.  
 Muito extenso e cansativo  
 Importante para estar a par das pesquisas desenvolvidas  
 É muito importante participar de estudos dessa natureza, a pesquisa nos trás respostas.  
 Espero ter podido colaborar  
 Deveríamos contribuir mais em pesquisas e propostas de mudança para a UNIVALI  
 É sempre bom estar contribuindo com colegas que buscam aprimorar conhecimentos  
 Acho fundamental essa pesquisa, pois norteiam a formação de recursos humanos.  
 Com certeza contribuirá

Como principal contribuição, esta pesquisa, se propôs a identificar as competências necessárias para o enfermeiro atuar em promoção e educação em saúde da família. Para isto, os sujeitos entrevistados avaliaram e apontaram quais são os conhecimentos, as habilidades e atitudes necessárias.

As respostas foram divididas nas categorias: Conceito de competência, Conceito de atitudes, Conhecimento relacionados à promoção, Habilidades relacionadas à promoção, Atitudes relacionadas à competência para promoção, Conhecimentos sobre educação em saúde, Habilidades sobre educação em saúde, Atitudes sobre educação em saúde, Conhecimento sobre saúde da família, Habilidades sobre saúde da família, e Atitudes sobre saúde da família.

Apos esta primeira classificação, as respostas foram agrupadas em Pólos Universais e Pólos Específicos, sendo que o primeiro refere-se às competências que foram comentadas ou sugeridas pela maioria dos entrevistados, enquanto que os específicos referem-se às competências que foram comentadas ou sugeridas por um ou outro docente.

CATEGORIAS	POLOS
<b>CONCEITO DE COMPETÊNCIA APRESENTADO NO INSTRUMENTO.</b>	<p><b>1.1. UNIVERSAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo profissional deve procurar desenvolver seu trabalho com a máxima competência</li> <li>- É o conceito adotado e trabalhado no curso</li> <li>- O profissional competente é aquele que tem conhecimento, habilidades e atitude.</li> <li>- Ótimo porque é pela competência que se conhece o profissional</li> <li>- Ter conhecimento é importante par desenvolver qualquer interferência na educação</li> <li>- Concordo, porque são as 3 dimensões que visualizam a capacidade para o desenvolvimento das competência</li> <li>- Acho fundamental que o enfermeiro desenvolva suas atividades com competência.</li> </ul> <p><b>1.2. ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação dos conhecimentos, saberes e olhares.</li> <li>- Conceito bastante amplo, que descreve o que é ser competente.</li> <li>- Importante não só ao trabalho, mas também para a vida.</li> <li>- Acredito que faltou a questão ética para o conceito ficar completo.</li> </ul>
<b>CONCEITO DE ATITUDES</b>	<p><b>2.1. UNIVERSAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atitude é fundamental, é o primeiro quesito referido em processos seletivos.</li> <li>- É o cartão de crédito do profissional</li> <li>- Interpreto como compromisso, sem ela não adianta ser um expert.</li> </ul> <p><b>2.2. ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- É através da atitude que se avalia o bom desempenho do Profissional</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É através da atitude que fazemos nossa profissão crescer no conceito social</li> </ul>
<b>CONHECIMENTO RELACIONADO À PROMOÇÃO</b>	<p><b>3.1. UNIVERSAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer raízes histórias e cultura e valores da comunidade.</li> <li>- Conhecer a cultura da população</li> <li>- Conhecer as redes de apoio da comunidade</li> <li>- Conhecer conceitos e evolução histórica dos processos familiares</li> <li>- Conhecer recursos disponíveis a nível local que possam auxiliar na promoção ter um diagnóstico da comunidade</li> <li>- Conhecer o contexto das famílias</li> <li>- Conhecer o perfil epidemiológico do local</li> <li>- Conhecer o perfil sócio-cultural da população</li> </ul> <p><b>3.2. ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ética, cidadania, globalização, inclusão social.</li> <li>- Penso que além de conhecer, temos que saber avaliar nosso conhecimento.</li> <li>- Importante conhecer o Conceito de saúde, visão holística, intersetorialidade.</li> <li>- Conhecer sobre política social</li> <li>- Conhecer atualidades, política e análise de conjuntura.</li> </ul>
<b>HABILIDADES RELACIONADAS À PROMOÇÃO</b>	<p><b>3.2.1. UNIVERSAIS:</b></p> <p>Devemos dominar todos os conteúdos anteriormente citados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o conteúdo a ser administrado.</li> <li>- Conceito de saúde, e como ensinar esse conceito.</li> <li>- Conhecer políticas é importante para saber planejar ações</li> <li>- Criar metodologia pedagógica participativa a partir do grupo a se educado, saber retroalimentar o grupo.</li> </ul> <p><b>3.2.2. ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter interação</li> <li>- Pactuar em consenso</li> <li>- Delegar atividades, saber avaliar ações.</li> <li>- Considero fundamental a habilidade de relacionamento humano</li> </ul>
<b>ATITUDES RELACIONADAS À PROMOÇÃO</b>	<p><b>3.3.0. UNIVERSAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorizar os conhecimentos do grupo conhecer prioridades e a partir deles iniciar a promoção em saúde</li> <li>- Motivar o aperfeiçoamento do outro</li> <li>- Respeitar valores, crenças, valorizar habilidades.</li> </ul> <p><b>3.3.1. ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agir com liderança.</li> <li>- Ser um líder positivo</li> </ul>

<b>1 CONHECIMENTO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>3.4.1. UNIVERSAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quanto maior for à cultura geral e a ética do profissional melhor será</li> <li>- Conhecer o conceito de determinação social</li> <li>- Ter conhecimentos gerais</li> <li>- Entender a construção do conhecimento</li> </ul> <b>3.4.2. ESPECÍFICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não é necessária uma linha pedagógica declarada, e sim atividades participativas.</li> <li>- Conhecimentos de saúde mental</li> <li>- Conhecer as teorias da educação, que podem ser definidas a partir da população a ser trabalhada.</li> </ul>
<b>HABILIDADES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>4.1. UNIVERSAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser um mediador</li> <li>- Identificar problemas individuais e coletivos, saber avaliar para reto alimentar as ações.</li> <li>- Compartilhar o planejamento, avaliação, bem como a identificação dos problemas.</li> <li>- Recriar ou replanejar metodologia pedagógica de acordo com a população alvo</li> </ul> <b>4.2. ESPECÍFICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser ético.</li> </ul>
<b>ATITUDES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>4.3.1. UNIVERSAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser ético</li> <li>- Comprometer-se</li> <li>- Responsabilidade segurança e ética profissional</li> <li>- Respeito as diferenças políticas e religiosas</li> </ul> <b>4.3.2. ESPECÍFICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser um bom observador ter sensibilidade</li> </ul>
<b>CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>5.1. UNIVERSAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer sobre o processo e viver das famílias, saber aceitar os diversos tipos de família.</li> </ul> <b>5.2. ESPECÍFICOS: Não existiram aqui.</b>
<b>HABILIDADES SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>5.1. UNIVERSAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ver a família como unidade de cuidado, identificando capacidades e limitações saber trabalhar participação com a família.</li> <li>- Concretizar o processo do cuidado e não apenas ficar no planejamento</li> <li>- Planejar o processo do cuidado,</li> </ul> <b>5.2. ESPECÍFICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter ética e segurança nas ações.</li> </ul>

<b>ATITUDES SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>5.3. UNIVERSAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejar em conjunto as ações</li> <li>- Relacionar as prioridades da família</li> <li>- Respeitar os padrões culturais</li> <li>- Respeitar os cuidados</li> </ul> <b>5.2. ESPECÍFICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser ético e ter segurança nas ações.</li> </ul>
--	--

Analisando as respostas e comentários registrados, percebemos que o conceito de competências utilizado na pesquisa esta em conformidade com o que pensam os sujeitos entrevistados, ou seja, como comentou um dos professores consultados, “o profissional competente é aquele que tem conhecimentos, habilidades e atitudes”. Para outro docente, estas são as “três dimensões que visualizam a capacidade para o desenvolvimento da competência”. Contudo, apesar da amplitude do conceito apresentado, foi registrado por um professor a ausência da questão ética, o que, segundo este, tornaria o conceito mais completo.

Quanto às atitudes, estas não receberam muitos comentários, embora tenham sido referidas como “fundamentais” e como um “compromisso” do profissional, e que sem elas não basta possuir conhecimentos. Seu conceito esta intimamente ligado à ação e, portanto é fundamental para a avaliação do enfermeiro no exercício do trabalho, bem como para o crescimento da profissão no “conceito social”.

Para a Promoção em Saúde, foram relacionados pelos entrevistados diversos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o desenvolvimento desta atividade. O enfermeiro deve conhecer a realidade histórica e sócio cultural da localidade onde atua, seus valores, suas redes e organismos de apoio, costumes e tradições, além do perfil epidemiológico da população. Dentre as habilidades, destaque para o planejamento de ações e para a capacidade promover a interação da equipe de saúde com a população, promovendo a participação popular. Para isto, o profissional deve possuir habilidades para construir o conhecimento em conjunto com as famílias atendidas. Ser líder, valorizando o conhecimento do grupo, para a “partir deles iniciar a promoção em saúde”, são algumas das atitudes necessárias, de acordo com a pesquisa. Além destas, o respeito às crenças e aos valores da comunidade foi fortemente destacado.

Em termos de Educação em Saúde, os profissionais destacaram como conhecimentos importantes para o enfermeiro a posse de uma vasta e ampla cultura geral, além da ética. Deve conhecer o “conceito de determinação social” e compreender a “construção do conhecimento”. Como habilidades, é necessário identificar e avaliar problemas, mediar situações, sejam ou não de conflito, e principalmente trabalhar em equipe, compartilhando as responsabilidades não somente com os colegas, mas também com a população. As atitudes apresentadas pelos professores para a Educação em Saúde estão muito próximas aquelas relacionadas a promoção em saúde, como o respeito, o comprometimento, a ética e a responsabilidade do profissional de enfermagem.

Sobre os conhecimentos para atuar em Saúde da Família, as respostas se referiam a “Conhecer sobre o processo e o viver das famílias, saber aceitar os diversos tipos de família”, o que resume basicamente os conhecimentos sobre a formação dos núcleos familiares, a transição dos seus componentes da posição de jovem para o papel de adulto, os aspectos morais e éticos no interno da constituição familiar, bem como o capital social e a criação das redes de relacionamento. Como habilidades, novamente encontramos a capacidade do profissional em envolver a família promovendo um processo participativo, sem se limitar apenas às etapas de gestão e planejamento, mas também na atenção e nos cuidados com a família. Planejar em conjunto e relacionar as prioridades da família são atitudes que foram registradas como importantes para a Saúde da Família. Junto a estas, o enfermeiro deve respeitar os cuidados e os padrões culturais, que podem se apresentar de formas diversas de acordo com cada família.

# **Capítulo VI**

## **Considerações e Contribuições**



## 6 CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES

Ao finalizamos este estudo cabe apontar algumas considerações a título de reflexão.

No decorrer da história da enfermagem, as competências do enfermeiro necessárias para o desenvolvimento da profissão eram bem diversas das atuais exigências que o sistema de saúde e a própria sociedade impõem ao profissional. Num passado ainda muito próximo, o enfermeiro se detinha a assistência. Numa época em que as prioridades eram a cura das doenças, e as intervenções eram geralmente de caráter hospitalar. Mantendo seu enfoque curativo até os anos 80. Surgindo nessa década propostas de mudanças nas questões das políticas de saúde. Mas somente com a Reforma Sanitária é que mudanças significativas ocorreram no sistema de saúde brasileiro. E a abordagem, antes centrada num modelo assistencialista, passou a ser pensada a partir da ótica da prevenção, da promoção da saúde e dos processos de educação para a manutenção de um estado de saúde. Assim, o conceito de saúde deixou de ser um estado de ausência de doenças, para se tornar um estado que permite o pleno exercício da cidadania.

Esta mudança na forma de se pensar a saúde exige um profissional capacitado para atuar não somente na área assistencial, mas principalmente neste novo modelo de saúde, no qual uma estratégia prioritária configura-se como o Programa Saúde da Família (PSF), que vem sendo incentivada pelo Ministério da Saúde. Onde, os profissionais de saúde atendem um determinado número de famílias, de uma determinada localidade. Assim, podem conhecer a fundo a realidade local, o histórico familiar, as condições econômicas e sociais, e promover alterações em situações que podem comprometer a manutenção de um estado de saúde. Uma vez que o sistema de saúde atual entende saúde como sendo um processo que resulta das condições de vida, e a atenção à saúde não se restringe apenas a assistência médica.

Para que este programa funcione e alcance seus objetivos, faz-se necessário que os profissionais que atuam nestas equipes de saúde possuam conhecimentos, habilidades e atitudes, não somente aqueles do modelo biomédico, mas que permitam ao profissional sair do consultório, do posto de saúde e ir ao encontro da população, aos seus eventos e à sua realidade.

Estes conhecimentos, habilidades e atitudes, que se configuram como competências para a atuação nesta nova forma de se ver a saúde são concebidas durante a formação do

profissional, nos cursos de graduação, pós-graduação, nos cursos de educação permanente e no ambiente de trabalho. O que despertou no Ministério da saúde a necessidade de criar um departamento próprio para cuidar da gestão de trabalho, voltado para desenvolver competências que atendam as necessidades do SUS.

Para compreender quais são estas competências, e como este processo ocorre no âmbito universitário, este trabalho propôs investigar e identificar as competências necessárias ao enfermeiro para atuar em educação e promoção em saúde da família. A partir da literatura existente, dos profissionais de saúde e dos docentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí, mapeamos as competências, ou seja, o que um enfermeiro deve conhecer, saber fazer e realmente fazer, para atuar em promoção e educação em saúde da família.

Para promoção consideramos necessário conhecer sobre as políticas de saúde brasileira, incluindo concepções e história da promoção à saúde; concepção e história da educação em saúde. Também consideramos de extrema importância o conhecimento sobre os problemas de saúde, sejam eles locais, municipais, estaduais ou nacionais, além de conhecimentos sobre os recursos locais e/ou municipais que interferem na saúde, bem como conhecimentos sobre a organização dos serviços de saúde.

Em termos de habilidades para a promoção, a liderança esta como fundamental para facilitar os processos de desenvolvimento das ações propostas, habilidade para atuar com grupos e em equipe, a utilização de metodologias participativas, promovendo a integração entre os diversos agentes, e a capacidade de articular setores e órgãos.

No que diz respeito às atitudes para a promoção, foi elencado, a valorização da participação social, o respeito aos critérios democráticos, a aceitação das diferenças e acreditar nas potencialidades das pessoas.

Com relação às competências para educação, consideramos importante possuir conhecimentos de teorias gerais do comportamento, diálogo e construtivismo, das políticas públicas, da saúde: unicausalidade/biologicista, multicausalidade/higienista preventivista, determinação social/saúde-doença, além de noções de antropologia, sociologia e cultura.

Em relação às habilidades para educação, estabelecemos como fundamental a comunicação e a criatividade, a habilidade para identificar problemas, avaliar e planejar ações.

Quanto às atitudes para educação, apresentamos como fundamental, a tolerância, o exercício do diálogo, a capacidade de mobilização, o respeito com o outro, a capacidade de ouvir e falar, de ser flexível, de liderar, de compartilhar saberes, além da afetividade.

Para trabalhar com saúde da família consideramos importante que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre a metodologia de atenção à família, conhecer as teorias de família, questões éticas, conflitos morais, conhecimentos sobre antropologia e cultura, relações entre culturas, saúde e família, conhecer a rede de suporte social das famílias, com quem eles se relacionam e a quem recorrem em situações de risco, ter conhecimento sobre o processo viver das famílias na interface saúde-doença, conhecer o sistema familiar individual e social e sua inter-relação.

Quando falamos sobre habilidades para trabalhar com saúde da família destacamos que o enfermeiro tenha uma metodologia de trabalho, sabendo ouvir as famílias e observar as relações familiares, sabendo intervir e possuindo um arsenal de estratégias para abordar as famílias, como grupos específicos. Dentro desta metodologia, consideramos importante identificar o papel do profissional de saúde assim como as ações de co-responsabilidade da família no gerenciamento da sua saúde, além do processo de cuidado em si, a avaliação foi apontada como fundamental no método de trabalho.

Em relação às atitudes para trabalhar com saúde da família consideramos Indispensável a paridade profissional e familiar, com abertura para o outro, compartilhar saberes e estar ciente dos diversos poderes, profissionais e da família, saber trabalhar junto, possuir compromisso ético e respeito com a família.

O objetivo não era saber se os atuais egressos do curso possuem estas competências, nem se os docentes estão preparados para formar profissionais com este novo perfil, mas delimitar o que estes consideram importantes. Obviamente que estas questões foram levantadas durante o transcorrer da pesquisa, mas existe uma série de fatores que não foram contemplados, como a atuação didática dos docentes, as possibilidades de atuação dos acadêmicos nos estágios curriculares e o próprio programa de ensino do curso, já que não se tratava de uma análise do resultado do curso de graduação em enfermagem da UNIVALI.

O que se pretendia foi alcançado. Relacionar quais conhecimentos, habilidades e atitudes são fundamentais na formação do enfermeiro, que atenda a política de educação

para o SUS, permitindo o desenvolvimento de um processo educativo, capaz de gerar competências para atuar na promoção e educação em saúde da família.

Acreditamos que a partir de agora, esta pesquisa possa servir como instrumento de transformação, produzindo conhecimentos para mudanças nas práticas de formação e nas práticas de saúde, não somente para o curso de enfermagem da UNIVALI, mas também para outras Universidades, em seu processo de discussão das matrizes curriculares e dos seus planos de ensino, vindo de encontro aos objetivos estabelecidos pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que fala da necessidade de se construir uma política nacional de formação e desenvolvimento permanente para o conjunto dos profissionais de saúde.

Certamente o debate não se encerra por aqui. Ainda é preciso discutir muitos aspectos relacionados à formação do enfermeiro e a aquisição de competências. Contudo, esta pesquisa permitiu relacionar o que os profissionais de saúde e também docentes desejam encontrar em seus colegas de profissão que atuam em saúde coletiva, para que os objetivos e a missão da categoria sejam alcançados.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica á saúde no município: em busca da integralidade. **Interface- Comunicação., Saúde, Educação.**, v. 8,n.15, p.259-74, mar/ago 2004. Disponível em [www.interface.org.br](http://www.interface.org.br). Acesso em 15 set. 2004

ALCÂNTARA, G. **A Enfermagem Profissional como categoria profissional: obstáculos à expansão na sociedade brasileira.** Ribeirão Preto- USP, 1966, 116p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de

ALMEIDA, M.C. et al. **Contribuição de um grupo de enfermeiras: docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP para a conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde.** Brasília, 1986.

ANDRADE, C.R.F. **Fonoaudiologia preventiva.** São Paulo: Lovise, 1996.

ANDRADE, D. R.; MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R.; FIGUEIRA Jr., A. J.;

ARAÚJO, T. L.; ANDRADE, E. L. & OLIVEIRA, L. C. Barriers to exercise adherence among active young adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise. Supplement. Official Journal of the American College of Sports Medicine.* 30 (5): 182, 1998.

ANDRADE, S.M.I.; Dados e informações em saúde: para que serve? In: ANDRADE, S.M. de SOARES, D. A.; CORDINI Jr. L. (Org) **Bases da Saúde Coletiva.** Londrina: UEL, 2001, p. 161-181.

BATEY, Marjorie V. Conceptualization: **Knowledge and logic guiding empirical research.** *Nursing Research*, september-october, v. 26, n. 5, 1977.

BECKER, L.C.; LEITE, D.S.; DUARTE. J. **Competências gerenciais requeridas do enfermeiro no programa saúde da família.** Monografia (curso de Graduação em Enfermagem). UNIVALI, Santa Catarina, 2004.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind. Por que conhecer a história da Enfermagem?. **Rev. Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.4, n.///Esp., p. 14-18. 1995.

BRAGA, José Carlos de S.; PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e Previdência: Estudos de Políticas Sociais.** São Paulo: CEBES- HUCITEC, 1981.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo **Rev. de Administração de Empresas**, v.41,n.1.p.8-15, jan./mar. 2001.

BRASIL, MEC. **As novas diretrizes curriculares que mudam o ensino brasileiro.** Brasília, 1998.

BRASIL, **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990:** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Brasília, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**. Brasília: 1999. (Relatório).

BRASIL, Ministério da Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**. Programa Saúde da Família. Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **Seminário sobre a proposta de Gestão do Trabalho e da Gestão na Saúde para a Política de Educação na Saúde**. Brasília, 14 e 15 de maio de 2003. (Relatório).

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. De saúde pública**. (online).2000, vol 15 supl.2<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>.

CANDEIAS, N. M. F. **Curso de Mestrado em Saúde Pública da FSP-USP** (Material escrito e anotações de aulas da disciplina de Promoção em Saúde - mimeografado). 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec,1992.

CARVALHO, A. C. **Orientação e Ensino de Estudantes De Enfermagem no Campo Clínico**. São Paulo, 1972, 126p. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos: Fundamentos básicos**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: 6ªed**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CONSELHO Federal de Enfermagem,- COFEN. Código de ética dos Profissionais de enfermagem. [http://www.portalcofen.com.br/\\_novoportal/section269.asp](http://www.portalcofen.com.br/_novoportal/section269.asp) capturado em 20 de dezembro de 2004.

COSTA NETO, M.M. (org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

DELUIZ, N. **Formação do Trabalhador: Produtividade e cidadania**. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo, Ed. Pioneira, 1988. p. 01-24.

DUARTE, R.C.. **Habilidades e competências do SAP R/3**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez – Brasília: MEC/UNESCO, 1998.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S.S.; SILVA (Org). **Rev. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FLORINDO, A. A. & ARAÚJO, A.S. O papel do profissional de educação física na saúde pública. **Anais do IV Congresso Internacional Unicastelo**. Tema: "Qualidade de Vida". São Paulo. 1997. p. 114.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FLEURY, S. **Equidade e Reforma Sanitária no Brasil**. Saúde em Debate, São Paulo, n.43, p. 44-52, jun. 1994.

ForGrad, Fórum de Pró – Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras. XII reunião. **Plano Nacional de Graduação: um projeto em construção**. Salvador (Ba), maio, 1999.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GUTERMAN, N.; **Educação ou “deseducação” em Saúde Bucal? Eis a questão...** \* especialista em Odontologia em Saúde Coletiva/UnB e mestre em Odontologia Social/UFRN.. *Jornal de Odontologia* Ano VI - Nº 93 - Dezembro de 2004

GRAMIGNA, m. r. **Modelo de Competências e gestão de talentos**. São Paulo: Makron Books, 2001.

**GRANDE Enciclopédia Larousse Cultural**. [ s.l.]: Nova Cultural, 1998. v. 7. p. 1588 .

HARB, A G. **A determinação das competências essenciais, no setor supermercadista da cidade de Manaus, seguindo a percepção de gestores, funcionários e clientes**. Florianópolis, 2001. Dissertação ( Mestre em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

MACHADO, R. et. al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, J.L.M. et al. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Rev. Interface-comunicação, Saúde**, v.1,n.1,p.426. 1978.

MARANHÃO, E. A. **A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde**. In:

MENDES,E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Ecitec/Abrasco, 1995.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria aplicação**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MELO, C.M.M. **Divisão social do trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Promoção da saúde: carta de Otawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall e declaração de Bogotá.** Fundação Osvaldo Cruz e Informação, Educação e Comunicação (IEC). Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação permanente/** Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília/2000.

\_\_\_\_\_. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar.** Disponível em [www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a13v03n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a13v03n1.pdf), capturado em 21 de abril de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, Programa Saúde da Família. Caderno 1: A implantação da Unidade de saúde da Família.** Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **Seminário sobre a proposta de gestão do trabalho e da gestão na saúde para a Política de Educação na Saúde.** Brasília, 2003

MORETO, V. **Competências e Habilidades.** Disponível em: [www.centrorefeducacional.pro.br/compehab.htm](http://www.centrorefeducacional.pro.br/compehab.htm) Acessado em 25-11-04.

MORRIS, C. **Microstructural Analysis of severely drawn iron wires by High-voltage electron diffraction,** Metallurgical Transactions, 1975, vol.6A, p. 901.

MOURA, C. REME- **Revista Mineira de Enfermagem** vol. 6 nº1/12 jan/dez. 2002.

NETO, M.M.C.; **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família.** Ministério da Saúde, secretaria de Políticas de Saúde, departamento de atenção básica. Brasília. Nov. 2000

NELI, A. A. **Gestão de RH por Competências e a empregabilidade.** Campinas: Papyrus, 1999

NOVO, J. V. **O processo do desenvolvimento histórico da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí – Univali 1980 a 1998.** (Monografia) – Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC.1999.

Organizacion Panamericana de la Salud. **Funciones esenciales de salud pública.** Washington (DC): OMS; 2000. 105 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A discussion document on the concept and principles of health promotion. **Health Promotion.** 1 (1):73-76, 1986.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem.** 5.ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

PASSOS, E.S. **De anjos a mulheres: Ideologia e valores na formação das enfermeiras.** Salvador: Empresa gráfica da Bahia, 1996



PATRICK, K.; POLLOCK, M.L.; RIPPE, J.M.; SALLIS, J. & WILMORE, J.H. **Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine.** *JAMA.* 273 (5): 402-407, 1995.

PEDROSA, J.I.S. **Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta.** *Rev. brasileira de saúde materno infantil.* Recife, p. 155- 165, maio- ago. 2001.

PEREIRA, J. **Análise de Dados Qualitativos.** São Paulo: Edusp. 1999.

PERRENOUD, Philippe. **“Construindo as competências desde a escola”.** Artmed. Porto Alegre. 1999

PERRENOUD, Philippe. **Dez novas competências para ensinar.** Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto alegre: Art Méd, 2000.

PERRENOUD, Philippe. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza** 2ª ed. Porto Alegre. Art Méd 2001.

PERRENOUD, Philippe; THURLER, Mônica. **As competências para ensinar no século XXI.** Porto Alegre: ArtMed, 2002.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Campinas,1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. **Seminário: O enfermeiro no Programa de Saúde da Família.** São Paulo, 2000.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

POWELL, K. E.; MARSHALL, W. K.; STEPHENS, T.; MARTI, B. & HEINEMANN, L. Dimensiones de La Promoción de La Salud Aplicadas a La Actividad Física. In: **Promoción De La Salud: Una Antología.** Quinta Sección: Promoción De La Salud Para Grupos Específicos. OPAS - OMS, 1996. p. 352-364.

PUSKA, P.; LEPARSKI, E.; LAMM, G.; HEINE, H.; PEREIRA, J.; PISA, Z. & THELLE, D. **Comprehensive cardiovascular community control programmers in Europe.** World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, p.31-38, 1988

RAMOS,C. A. T. A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J. Pneumol.*, v. 26, n.4, p.207-213, 2000.

REIBNITZ K.S, Prado M.L. Formação do profissional crítico criativo: a investigação como atitude de (re) conhecimento do mundo. *Rev. Texto&Contexto: Enfermagem,* Florianópolis.2003.

RESENDE, A.L.M. **Saúde, dialética do pensar e do fazer.** São Paulo: Cortez, 1986.

ROSAS, V. de B. **A final o que é conhecimento?** Disponível em: <[www.munidosfilosofos.com.Br/vanderlei22,htm](http://www.munidosfilosofos.com.Br/vanderlei22.htm)> Acessado em 28-11-04.

SAUPE, R. **Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem.** Dissertação (Mestrado): Programa de Pós Graduação em Enfermagem, universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1979.

SAUPE, R. **Educação em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998

SAUPE, R. **Preparo do enfermeiro para ser educador – realidade e possibilidades**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

\_\_\_\_\_. Construindo um projeto político profissional para a enfermagem brasileira: políticas de ensino e produção do conhecimento para a enfermagem. **Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Florianópolis, 1999.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, supl., 2002.

SIEGEL, S. **Estatística não - paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1993.

SILVA, C.R.L.D.; KEIM, J.E.; BERTONCINI, J.H. **Transdisciplinaridade na Educação para a Saúde: um planejamento para a graduação do Enfermeiro**. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Volume 56, numero4, julho/agosto. 2003

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. 2ed. São Paulo: Cortez, 1986.

SMITH, J. K.; HESHUSIUS, L. Closing down the conversation: the end of the quantitative – qualitative debate among educational inquires. **Educational Researcher**, Washington, v.15, n.1, p.4-12, 1986.

SOWEK, L. R. **Resgatar a história da enfermagem: mais que um desafio, um convite à reflexão** **Artigo capturado em**  
[http://www.cesage.com.br/graduacao/enfermagem/revista\\_enfermagem/resgatar\\_historia\\_enfermagem.htm](http://www.cesage.com.br/graduacao/enfermagem/revista_enfermagem/resgatar_historia_enfermagem.htm), em 01 de novembro de 2003.

SPINOLA, M. R. P.; PEREIRA, E. M. **Avaliação de Programas: uma metodologia**. **Projeção**, v.7, n.1, p. 26-32, 1976.

SPINOLA, M. R. P.; PEREIRA, E. M. **Avaliação do Programa Imposto de Renda – 77**. **Projeção**, v.19, Suplemento Especial, p. 1-11, 1977.

TEIXEIRA, R.A., MISHIMA, S.M., PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde - a assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enf.**, v.53, nº 2, p. 193-204, 2000.

UNIVALI, Universidade do Vale do Itajaí. Pró-reitoria de Ensino. **Formação continuada para docentes do Ensino Superior: apontamentos para novas alternativas pedagógicas**. Itajaí: Univali, 2002.

UNIVALI, Universidade do Vale do Itajaí. Caminho Metodológico do Projeto Pedagógico – Curso de Graduação em Enfermagem. Itajaí: **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde **Rev. Interface**, 1999.

VASCONCELOS, M. da °C. **A organização da saúde no nível local**. Eugênio Vilaça Mendes (Org.).São Paulo: Hucitec, 1998

VARGAS, M. N.; SOARES, L. T. R. O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais: as experiências da enfermagem no Brasil e no Peru. Rio de Janeiro: **Rev. de Enf. Esc. Anna Nery**, v.1, n.2, p. 57-59, dezembro 1997.

# Apêndices

## APÊNDICE A

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONVITE A PARTICIPAÇÃO EM UM ESTUDO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS: Programa/Estratégia de Saúde da família.

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre “COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS: Programa/Estratégia de Saúde da Família”. Nosso **objetivo** é avaliar as competências gerais dos profissionais, na perspectiva da consolidação do SUS. A **justificativa** desta pesquisa apóia-se nas políticas públicas que integram os Sistemas de Saúde e Educação, no esforço de mudança do modelo assistencial. A **metodologia**, inclui várias etapas, desde a análise documental até a organização de grupos focais para definição de propostas a serem encaminhadas aos gestores para subsidiar a tomada de decisão. Inclui a consulta aos mais variados grupos de interesse como profissionais, docentes, alunos, gestores. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarecemos que: seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; as informações e resultados obtidos ficarão a sua disposição; sua participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa; os benefícios esperados relacionam-se a ao Sistema Único de Saúde como um todo e ao Sistema Educacional de Graduação em Saúde de maneira específica, pretendendo contribuir para uma maior integração e aproximação entre ambos, podendo fornecer subsídios para a tomada de decisão quanto aos projetos pedagógicos dos cursos e programas de capacitação para o trabalho. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos, solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

Eu, \_\_\_\_\_ Documento de  
 identidade nº \_\_\_\_\_ declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a  
 participar do estudo “**Competências dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS:  
 Programa/Estratégia de Saúde da Família**”, desenvolvido sob a coordenação e orientação da Professora  
 Dra Rosita Saupe, sob a modalidade de Projeto Integrado e neste subprojeto intitulado “...”, sob a  
 responsabilidade da mestranda ....., ambas vinculadas ao curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde  
 – opção Saúde da Família – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da UNIVALI, conforme objetivos  
 e metodologia expostos.

LOCAL \_\_\_\_\_ e

DATA \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B****TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, abaixo assinada, professora e pesquisadora do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde, área de concentração em Saúde da Família, comprometo-me a coordenar o Projeto Integrado “Competências dos Profissionais de Saúde para a consolidação do SUS: Programa/Estratégia de Saúde da Família”, bem como orientar os mestrando e alunos de graduação que desenvolverão seus Trabalhos de Conclusão vinculados a este projeto.

**Itajaí, / / /**

**Profa. Dra Rosita Saupe**

Nós, abaixo assinadas, mestrandas do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde: área de concentração em Saúde da Família, comprometemo-nos a desenvolver nossas Dissertações vinculadas a proposta do Projeto Integrado “Competências dos Profissionais de Saúde para a consolidação do SUS: Programa/Estratégia de Saúde da Família”

**Itajaí, / / /**

**Ione Maria Aschidamini**

**Ionice Maria Amaral**

**Márcia Elisa Elesbão da Cruz**

**Simone Beatriz Pedrozo Viana**

**APÊNDICE C**

CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE - MESTRADO PROFISSIONALIZANTE  
EM SAÚDE: Área de Concentração – Saúde da Família

**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

As abaixo assinadas, pelo presente “Termo de Compromisso de Utilização de Dados”, em conformidade com a Instrução Normativa nº 004/CEP/UNIVALI/2002, autoras do projeto de pesquisa intitulado: “Competências dos profissionais de saúde para consolidação do SUS: Programa/Estratégia de Saúde da Família”, a ser desenvolvido no período de Novembro/2003 a Fevereiro/ 2005, na UNIVALI/CCS, localizada em Itajaí, Santa Catarina, comprometem-se em utilizar os dados coletados dos documentos dos cursos da saúde, somente para fins deste projeto, destinados a elaboração de Dissertações e possível divulgação científica através de Artigos, Livros, Resumos, Pôsteres.

Informamos também que a instituição foi previamente consultada, concordando e propiciando as condições necessárias para a obtenção dos dados.

Outrossim comprometemo-nos a retornar os resultados da pesquisa à instituição, apresentando-os aos seus representantes legais.

Itajaí (SC) em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Profa Dra ROSITA SAUPE  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

Ione Maria Aschidamini  
(mestranda)

Ionice Maria Amaral  
(mestranda)

Márcia Elisa Elesbão da Cruz  
(mestranda)

Simone Beatriz Pedrozo Viana  
(mestranda)

## APÊNDICE D estudo preliminar

### Competência dos profissionais de saúde para promoção e educação em saúde da família<sup>2</sup>

Ionice Maria Amaral<sup>3</sup>  
Márcia Elisa Elesbão da Cruz<sup>4</sup>  
Simone Beatriz Pedrozo Viana<sup>5</sup>  
Rosita Saupe<sup>6</sup>

#### Introdução

O ensino superior no Brasil tem entre seus principais desafios transformar profissionais da saúde em cidadãos-profissionais capazes de superar conceitos estritamente técnicos para um perfil voltado a melhoria na qualidade de vida da população. No que diz respeito à educação superior o Ministério da Educação e Cultura (MEC) propõe implementar as diretrizes curriculares buscando formar profissionais adequados ao Sistema Único de Saúde (SUS)(BRASIL, 2003), consolidando conceitos de promoção, educação e família como interdisciplinares e integradores nas competências dos profissionais em saúde.

#### Objetivo

Verificar o interesse dos docentes no sentido de que sejam realizadas pesquisas visando: a) definir um rol de competências necessárias aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde da família; b) constatar e avaliar a inclusão e importância destas competências nos programas educacionais na saúde.

#### Metodologia

A pesquisa foi realizada com docentes de três cursos de graduação (Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia) em duas Universidades brasileiras, denominadas Universidade A e Universidade B. A amostra foi composta de 36 professores, sendo 9 enfermeiros, 9 fisioterapeutas e 9 odontólogos da Universidade A e 9 enfermeiros da Universidade B. Os sujeitos pesquisados responderam a questões fechadas, numa escala Likert de 0 (zero) a 10 (dez), sendo considerada para análise a MEDIANA, e abertas, analisadas conforme

---

<sup>2</sup> Estudo preliminar para subsidiar o desenvolvimento de dissertações de mestrado – UNIVALI.

<sup>3</sup> Enfermeira, aluna do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família –UNIVALI.

<sup>4</sup> Odontóloga, aluna do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família – UNIVALI.

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, aluna do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família – UNIVALI.

<sup>6</sup> Dra em Enfermagem – USP; orientadora – UNIVALI.



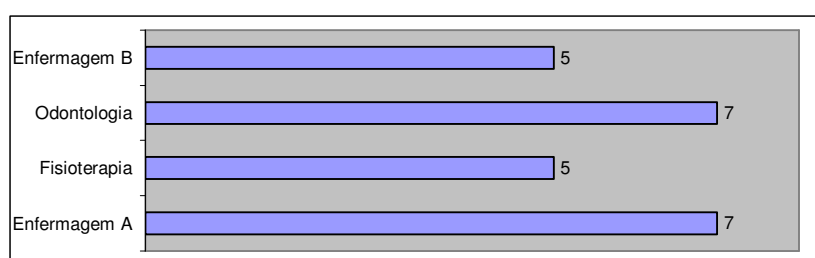
concentração em PÓLOS DE SIGNIFICADO (gerais ou universais e singulares e ou particulares) respectivamente.

Quando a mediana ficou no intervalo de 0 a 4, foi considerado como “fracasso”; entre 4 e 7, como “indefinição; e no espaço de 7 a 10, de “sucesso”.

### Resultados

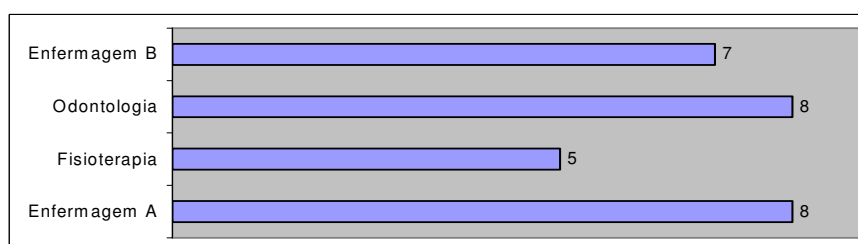
No gráfico 1 temos o resultado da avaliação dos docentes consultados sobre o preparo que o curso vem oferecendo para qualificar seus alunos para o trabalho com famílias. Verificase que dois cursos estão na zona de indefinição. Os outros dois se vêem dentro da zona de sucesso, porém ao consideramos as respostas às questões abertas, mesmo estes professores cursos informam que os cursos necessitam melhorar a formação dos seus graduandos.

**Gráfico 1** - Distribuição das respostas quanto ao preparo que o curso vem utilizando para trabalhar com famílias.



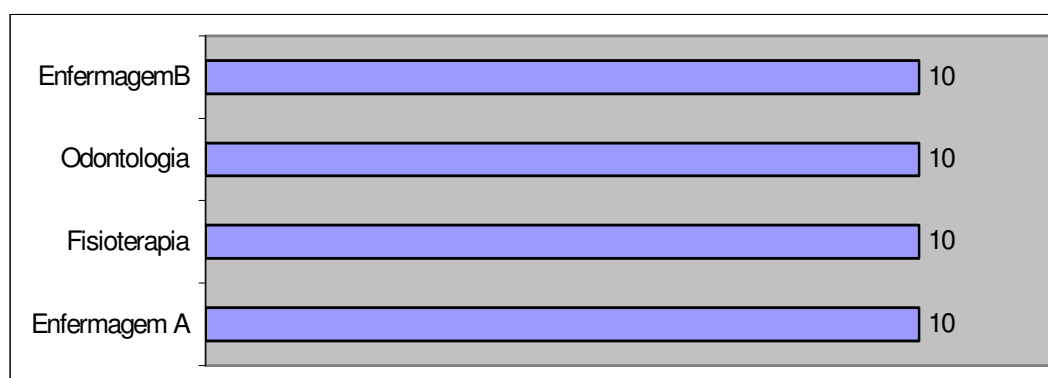
BUSS (1999), diz que a capacitação e atualização de recursos humanos na área da saúde se revestem de grande importância, visto o aumento da demanda de usuários do SUS, cabendo, portanto, as escolas a missão de formar profissionais comprometidos em incrementar a promoção da saúde.

**Gráfico 2.** Distribuição das respostas quanto ao preparo que os curso vem realizando para trabalhar com promoção e educação em saúde.



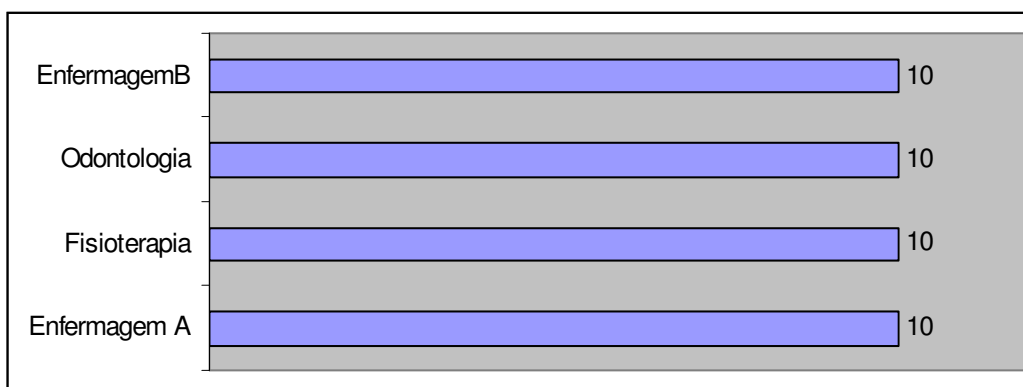
Nesta análise foi possível observar que o curso de Fisioterapia ficou na zona de indefinição e percebemos uma formação bastante tecnicista nas respostas às questões abertas. Já o curso de Enfermagem da universidade B relata trabalhar pouco com este tema, apesar de considerá-lo importante para a sociedade. Quanto ao curso de Enfermagem da universidade A, quando analisadas as questões abertas, aponta para a necessidade de mudança no conteúdo de suas disciplinas, deixando dúvidas se realmente se encontra em zona de sucesso nesta questão. Apenas o curso de Odontologia parece concordar com sua avaliação de zona de sucesso já que na avaliação aberta considera-se com bom preparo do seu graduando nesta área de conhecimento.

**Gráfico 3** - Distribuição das respostas quanto a importância atribuída às competências para trabalhar com famílias e com promoção e educação em saúde na formação profissional.



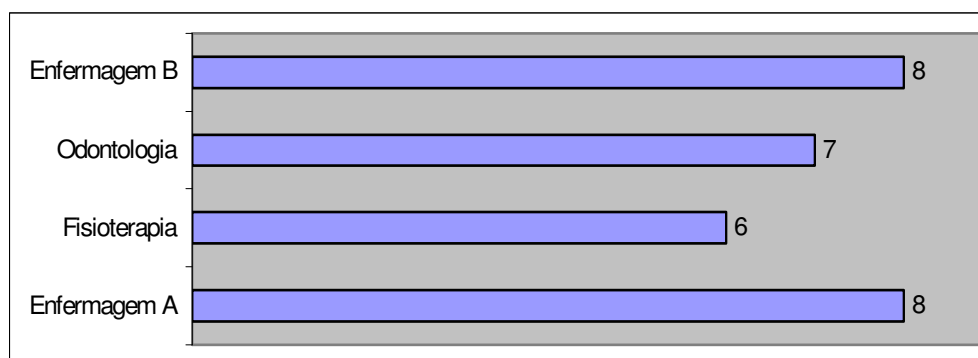
Observa-se que os entrevistados, por unanimidade, consideram estas competências como muito importantes, em conformidade com Maranhão(2003), que afirma ser “fundamental contemplar de forma significativa, na formação, o modelo de promoção à saúde preconizado para o país”.

**Gráfico 4** - Distribuição das respostas para a importância atribuída a um projeto que venha contribuir para melhorar as competências do profissional.



Foi possível verificar, através das respostas a esta questão, questão que houve uma grande parte dos entrevistados afirmando que este projeto irá auxiliar muito a melhor atuação profissional do futuro egresso por estar em sintonia com as novas perspectivas de atuação profissional relacionadas ao Sistema Único de Saúde.

**Gráfico 5** - Distribuição da avaliação das competências do entrevistado para trabalhar promoção e educação em saúde da família.



Os entrevistados revelam-se contraditórios em relação às questões fechadas, excetuando o curso de Fisioterapia, os demais se colocam se na zona de sucesso com

relação a estes conhecimentos, mas revelam em suas falas as dificuldades e limitações da sua formação.

### **Considerações Finais:**

Os entrevistados revelam que os cursos estudados permanecem direcionados à assistência curativa, em parte devido à formação dos próprios docentes ter ocorrido no modelo biomédico. Salientam a importância do estudo desta temática e demonstram interesse pelo desenvolvimento de um estudo maior sobre competências dos profissionais para a consolidação do Sistema Único de Saúde, principalmente no que se refere à saúde da família.

### **Referencial Bibliográfico**

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário sobre a proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde Pública e na Política de Educação na Saúde**. Brasília, 14 e 15 de Maio, 2003. (Relatório).

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo : Cultrix, 1982.

GOMES, Delarim Martins; **Competências e Habilidades do diretor** .Campo Grande: UCDB, 2003. p.31.

PERENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Potro Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p.7.

MARANHÃO, E. A. A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA, M. (org). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. SP-RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **J Pneumol**, v. 26, n. 4, p. 207-213, 2000.

SAUPE, R. et al. **Preparo do enfermeiro para ser educador: realidade e possibilidades**. Florianópolis: UFSC, 1999.

SPÍNOLA, M.R.P.; PEREIRA, E.M. **Avaliação de Programas - uma metodologia**.Projeção, v.7, n.1, p. 26-32, 1976.

## APÊNDICE E análise documental.

**Análise de dados, confrontando as competências (conhecimento, habilidades e atitudes) situadas nas Diretrizes Curriculares, no Perfil Profissiográfico e nos Planos de Ensino, categorizando-as em Universais e Singulares.**

O desdobramento final de todas as etapas e suas respectivas análises pode ser observado nos demonstrativos a seguir:

### Demonstrativo 1

CONHECIMENTOS			
UNIVERSAIS	SINGULARES		
	DI X Per	DI X PL	Per X PL
			<p>Reconhecer o compromisso ético, humanístico e social do enfermeiro, à luz da legislação vigente e do Código de ética Profissional;</p> <p>Reconhecer estilos de vida saudáveis, relacionando-os com os fatores de risco ambientais;</p> <p>Identificar indicadores de saúde, valores sociais e éticos que interferem no processo saúde-doença, relacionando-os à prática da promoção e educação em saúde;</p> <p>Compreender o processo epidemiológico como instrumento para o diagnóstico de saúde da população, necessário ao atendimento das demandas de saúde em nível local, regional e nacional.</p>

**Legenda:** **DI:** Diretrizes Curriculares; **Per:** Perfil Profissiográfico; **PL:** Planos de Ensino

A análise deste demonstrativo evidencia uma sintonia entre o Plano de Ensino e o Perfil Profissiográfico, indicando que o projeto pedagógico elaborou os Planos de Ensino voltados ao Perfil Profissiográfico.

Um dado importante a ser ressaltado é a ausência de correlações das Diretrizes com o Perfil Profissiográfico e com os Planos de Ensino. Este fato sugere uma possível interpretação de que as competências contempladas nas Diretrizes Curriculares são amplas, dificultando a correlação entre Diretrizes Curriculares e Perfil Profissiográfico, e entre Diretrizes Curriculares e Planos de Ensino.

### Demonstrativo 2

<b>HABILIDADES</b>			
<b>UNIVERSAIS</b>	<b>SINGULARES</b>		
	<b>DI X Per</b>	<b>DI X PL</b>	<b>Per X PL</b>
Incorporar a ciência-arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;	<p>Atuar nos programas de assistências integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso.</p> <p>Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança.</p> <p>Usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para cuidar de enfermagem.</p> <p>Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínicos e epidemiológicos.</p> <p>Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional.</p>	<p>Intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência / cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção e reabilitação a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;</p>	<p>Utilizar os dados dos sistemas de informação para o planejamento do cuidar/assistir em enfermagem. Conhecer, diagnosticar, planejar, executar e avaliar políticas de saúde nos diversos níveis de complexidade a partir de determinantes sociais onde a instituição de saúde, o indivíduo, a família e a comunidade estão inseridos.</p>

**Legenda:** **DI:** Diretrizes Curriculares; **Per:** Perfil Profissiográfico; **PL:** Planos de Ensino

Os dados do demonstrativo acima mostraram uma completa correlação das competências. Em outras palavras, pode-se identificar correlações em todos os níveis de análise, ou seja, houve correlação entre as Diretrizes Curriculares e o Perfil

Profissiográfico, entre as Diretrizes curriculares e os Planos de Ensino, e entre o Perfil Profissiográfico e os Planos de Ensino.

Outro dado a ser ressaltado é a ocorrência da universalidade dos dados, nos quais se pode observar que uma habilidade está em concordância com as Diretrizes, com o Perfil e com os Plano de Ensino. Isto sugere que os graduandos do curso de graduação em Enfermagem estão, teoricamente, recebendo informações advindas dos Planos de Ensino capazes de lhes atribuir, segundo as Diretrizes Curriculares, habilidades voltada à temática do estudo.

### Demonstrativo 3

ATITUDES			
UNIVERSAIS	SINGULARES		
	DI X Per	DI X PL	Per X PL
Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que obtiverem a qualidade da prática profissional.	Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem.  Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.  Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários.	Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais.	

**Legenda:** **DI:** Diretrizes Curriculares; **Per:** Perfil Profissiográfico; **PL:** Planos de Ensino

O demonstrativo acima evidencia com muita clareza a correlação entre as Diretrizes Curriculares e o Perfil Profissiográfico, e entre as Diretrizes Curriculares e os Planos de Ensino, no que se refere às atitudes necessárias aos graduandos para desenvolverem a promoção e educação em saúde, contudo, não se observa correlação entre o Perfil

Profissiográfico e os Planos de Ensino, demonstrando a ausência de integração entre a atuação docente na preparação do Plano de Ensino e o Perfil orientador integrante do Projeto Político Pedagógico do curso. Observou-se, também, a presença de uma atitude universal, ou seja, pode-se perceber uma correlação entre as Diretrizes Curriculares, o Perfil Profissiográfico e os Planos de Ensino. Este dado sugere que em um momento, há uma sintonia de informações entre os três grupos.

O que se percebe, efetivamente, é que quando se fala em promoção e educação em saúde, não há uma perfeita integração entre as Diretrizes Curriculares, Perfil Profissiográfico e Planos de Ensino. Esta integração ocorre com maior frequência quando se fala de habilidades. O ponto mais crítico está relacionado aos conhecimentos, já que não existe neste caso nenhuma relação entre as Diretrizes Curriculares e os outros dois grupos, embora Perfil e Planos estejam, de certa forma, bem integrados. O processo inverso ocorre ao falar de atitudes, quando não há relação entre Perfil e Planos, mas se percebe uma pequena relação entre Diretrizes e Perfil, e uma única ocorrência entre Diretrizes e Planos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Há dez anos o Governo Federal vem implantando uma nova estratégia para reorganizar a atenção básica do Sistema Único de Saúde. Denominado Programa Saúde da Família (PSF), esta nova estratégia exige uma mudança política, administrativa e profissional. O PSF transformou o modelo de atenção à saúde, que antes estava centrado no processo saúde-doença, passando a uma abordagem que privilegia o indivíduo em sua totalidade, com ênfase na prevenção, promoção e educação em saúde. Esta mudança na forma de se pensar saúde exigiu também a mudança nas atitudes dos profissionais que atuam nos serviços sanitários, bem como na formação dos profissionais que estão ingressando no mercado de trabalho.

A formação realizada nas escolas de enfermagem também teve que se adequar a esta nova realidade, promovendo a alteração dos currículos e das práticas pedagógicas. Para que este novo profissional deixe o curso de formação apto a atuar neste sistema que prioriza outras ações além daquelas tradicionalmente executadas, novas disciplinas e novos conteúdos passaram a ser exigidos. Mas até que ponto os cursos de graduação estão



preparando e capacitando os estudantes visando a formação de um profissional com competências para atuar com promoção e educação em saúde?

Este trabalho permitiu responder esta pergunta, a partir da análise dos planos de ensino do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí. O que se percebeu durante a execução da pesquisa, é que os conteúdos relacionados à educação e promoção da saúde se apresentam nos diversos períodos do curso, com uma concentração maior no ciclo profissionalizante do curso.

O curso estudado aborda uma ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes da área, que estão em conformidade com as prerrogativas das Diretrizes Curriculares Nacionais, que preconizam aos cursos de graduação em Enfermagem a implantação de currículos formativos na área de educação e promoção da saúde. As Diretrizes também são contempladas na construção do Perfil Profissiográfico apresentado no Projeto Político Pedagógico do curso, o que nos leva a crer que o atual currículo do curso está sincronizado e articulado com as recomendações tanto da legislação, quanto do Ministério da Educação.

Em tese, foi possível verificar que, a partir da documentação analisada, o curso de graduação em Enfermagem da Univali está preparando seus estudantes para este novo mercado que se descortina no atual cenário da saúde pública nacional. As disciplinas e os conteúdos apresentados nos planos de ensino conseguem abranger uma série de conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis à formação do enfermeiro exigido pelo sistema de saúde.

Apesar disto, também foi possível perceber que existe, em alguns aspectos, uma falta de integração entre o que preconiza as Diretrizes Curriculares e o que consta no Perfil Profissiográfico e nos Planos de Ensino do curso. Embora o curso apresente diversas disciplinas preocupadas com a temática de promoção e educação e saúde, estes conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidas ao longo do curso não conseguem contemplar uma perfeita integração entre as recomendações das Diretrizes com o que está articulado no Perfil e nos Planos de Ensino. De fato, o que pode ocorrer é que algumas competências previstas pelas Diretrizes Curriculares não sejam contempladas pelo curso, da mesma forma que outras não relacionadas no documento governamental estejam sendo desenvolvidas pelos docentes em sua prática docente.

Devido às limitações da proposta deste projeto, tendo em vista do mesmo caracterizar-se como uma análise documental, e o fator tempo que também foi relevante, uma vez que o projeto foi executado em seis meses, onde três destes foram meses de férias (Dezembro, Janeiro e Fevereiro) acreditamos na necessidade e sugerimos que o mesmo seja desdobrado, permitindo uma análise da ação pedagógica dos docentes do curso e da aplicação do conteúdo documental na prática acadêmica. Desta forma, será possível complementar o estudo, certificando se realmente o curso está formando e capacitando profissionais com competências para atuar na promoção e educação em saúde, já que em termos documentais, constatou-se que isto realmente está efetivado.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALMEIDA, M. C. P. de & ROCHA, S. M. de M. (orgs) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo. **Revista de Administração de Empresas**, v.41,n.1.p.8-15, jan./mar. 2001.

BRASIL, MEC. **As novas diretrizes curriculares que mudam o ensino brasileiro**. Brasília, 1998.

CARVALHO, A. C. **Orientação e Ensino de Estudantes De Enfermagem no Campo Clínico**. São Paulo, 1972, 126p. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

DUARTE, Roberta Capistrano. **Habilidades e competências do SAP R/3**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

MACHADO, Roberto et. al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

NOVO, Janaira V. **O processo do desenvolvimento histórico da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí – Univali 1980 a 1998**. (Monografia) – Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 1999.

PERRENOUD, Philippe. **Dez novas competências para ensinar**. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto alegre: Art Méd, 2000.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

UNIVALI, Universidade do Vale do Itajaí. Pró-reitoria de Ensino. **Formação continuada para docentes do Ensino Superior: apontamentos para novas alternativas pedagógicas**. Itajaí: Univali, 2002.

SAUPE, Rosita. **Preparo do enfermeiro para ser educador – realidade e possibilidades**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

**APÊNDICE F instrumento de coleta de dados****COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA****Aprovado pela Comissão de Ética da UNIVALI nº 381/2003**

Caro (a) colega,

Estamos realizando um trabalho de investigação que pretende contribuir para identificar as **competências do profissional Enfermeiro para Promoção e Educação em Saúde da Família**. Este instrumento focaliza as competências que devem ser desenvolvidas tanto nos Cursos de Graduação quanto nos Programas de Educação Continuada. Para concretizar este objetivo precisamos de sua colaboração. Solicitamos que você disponibilize um tempo para responder este instrumento. A seguir você encontrará uma serie de afirmações seguidas de uma escala. Assim, solicitamos sua colaboração para avaliar as afirmações, numa escala de 0 (zero) – avaliação TOTALMENTE NEGATIVA a 10 (dez) – avaliação TOTALMENTE POSITIVA.

**DATA:** \_\_\_\_\_ **HORA DE INÍCIO DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_ **TÉRMINO:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTADOR** \_\_\_\_\_

**LOCAL:** \_\_\_\_\_

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

1.1 Profissão \_\_\_\_\_ 1.2 Atividade \_\_\_\_\_  
 1.3 Tempo de formado \_\_\_\_\_ 1.4 Instituição \_\_\_\_\_  
 1.5 Cidade onde trabalha \_\_\_\_\_ 1.6 Local de trabalho \_\_\_\_\_  
 1.7 Sexo \_\_\_\_\_ 1.8 Idade \_\_\_\_\_  
 1.9 Maior Titulação \_\_\_\_\_

Outras informações que considerar importantes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. CONCEITOS:** por favor, avalie os seguintes conceitos.

**2.1. COMPETÊNCIA:** conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, as habilidades e as atitudes que conferem ao profissional condições para desenvolver seu trabalho.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....  
 .....

**2.2. CONHECIMENTOS:** entendidos como o conjunto de conteúdos, predominantemente adquiridos através de exposição, leitura e re - elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (INTERVENÇÃO).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....  
 .....

**2.3. HABILIDADES:** entendidas como o conjunto de práticas, predominantemente adquiridas através de demonstração, repetição e re - elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio psico – motor, a perícia de um saber - fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (INTERVENÇÃO).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....  
 .....

**2.4. ATITUDES:** entendidas como o conjunto de comportamentos, predominantemente adquiridos através de observação, intuição re - elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber – ser, saber conviver, e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (INTERVENÇÃO).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....  
 .....

### 3. PRIMEIRA PARTE: PROMOÇÃO EM SAÚDE

3.1. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE REQUER MUITOS CONHECIMENTOS DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionados conhecimentos relacionados à Promoção , Educação e Saúde da Família, os quais submetemos a sua apreciação.

### 3.1.1. PROMOÇÃO

3.1.1.1 - 1. Conhecer as Políticas e os programas relacionados à promoção em saúde da família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.1.1.2 - 2. Ter conhecimento do histórico e concepção de promoção em saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.1.1.3 - 3. Conhecer sobre o processo de participação para promoção em saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.1.1.4 - 4. Conhecer os indicadores de saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.1.1.5 - 5. Conhecer os recursos que interferem na saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outros **conhecimentos**, relacionados à **PROMOÇÃO** que você considera **IMPORTANTES** e que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA**

---



---



---



---

3.2. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REQUER MUITAS **HABILIDADES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas habilidades relacionadas ao Trabalho em Equipe e Ação Educativa , os quais submetemos a sua apreciação.

### 3.2.1. TRABALHO EM GRUPO

3.2.1.1. - 6. Saber motivar as Pessoas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.2.1.2. - 7. Saber Comunicar-se (Ouvir e Falar).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.2.1.3 - 8 Saber Compartilhar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.2.1.4 - 9. Saber Pactuar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 3.2.2 AÇÃO EDUCATIVA.

3.2.2.1 - 10. Saber articular setores e órgãos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.2.2.2 - 11. Saber desenvolver metodologias participativas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.2.2.3 - 12. Saber liderar e ser facilitador do processo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outras **habilidades**, relacionadas **PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**, que você considera **IMPORTANTES** em que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA.**

---



---



---



---

3.3. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA **PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REQUER MUITAS ATITUDES DO PROFISSIONAL**. Para esta pesquisa foram selecionadas atitudes relacionadas à Reflexão, à Educação Permanente, à Valorização da Participação e à Ética, as quais submetemos a sua apreciação.

#### 3.3.1. REFLEXÃO

3.3.1.1 - 13. Acreditar na potencialidade das pessoas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 3.3.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE.

3.3.2.1 - 14. Educar-se permanentemente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 3.3.3. VALORIZAR A PARTICIPAÇÃO.

3.3.3.1 - 15. Motivar para a Participação.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.3.2 - 16. Respeitar os Valores Culturais.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 3.3.4. ÉTICA

3.3.4.1 - 17. Respeitar os Critérios Democráticos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.4.2 - 18. Saber Conviver.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.4.3 - 19. Aceitar as Diferenças.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outras **atitudes**, relacionadas à **COMPETENCIA PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE**, que você considera **IMPORTANTES** e que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA**

---



---



---

#### 4. SEGUNDA PARTE: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

4.1. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE REQUER MUITOS **CONHECIMENTOS DO PROFISSIONAL**. Para esta pesquisa foram selecionados conhecimentos relacionados à Teoria Geral da Educação, Políticas Públicas do SUS, Conceitos de Saúde e Noções de Antropologia e Sociologia, os quais submetemos a sua apreciação.

##### 4.1.1. EDUCAÇÃO

4.1.1.1 - 20. Conhecer as Políticas Públicas de Saúde e os Princípios do SUS.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.1.1.2 - 21. Conhecer as Teorias do Comportamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.1.1.3 - 22. Conhecer as Teorias e Metodologias do Construtivismo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.1.1.4 - 23. Conhecer o conceito de saúde a partir da unicausalidade: causas biológicas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.1.1.5 - 24. Conhecer o conceito de saúde a partir da multicausalidade: higienista e preventivista

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



4.1.1.6 - 25. Conhecer os Determinantes sociais no processo saúde-doença.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.1.1.7 - 26. Conhecer as Teorias da Comunicação: diálogo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.1.1.8 - 27. Conhecer fundamentos de Antropologia e Cultura Popular.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outros **conhecimentos** sobre **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA

---



---



---



---

4.2. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** REQUER MUITAS **HABILIDADES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas habilidades relacionadas ao Trabalho em Equipe, à Comunicação, à Identificação Coletiva de Problemas, e à Resolução de Problemas, as quais submetemos a sua apreciação.

#### 4.2.1. TRABALHO EM EQUIPE.

4.2.1.1 - 28. Saber trabalhar em Equipe.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 4.2.2. COMUNICAÇÃO.

4.2.2.1 - 29. Saber usar da comunicação.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 4.2.3. CRIATIVIDADE.

4.2.3.1 - 30. Ser criativo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 4.2.4. IDENTIFICAR PROBLEMAS COLETIVAMENTE.

4.2.4.1 - 31. Saber identificar Problemas de forma coletiva.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 4.2.5. AVALIAÇÃO

4.2.5.1 - 32. Saber avaliar o Ensino Aprendizagem.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## 4.2.6. PLANEJAMENTO

4.2.6.1 - 33. Saber planejar ações de Ensino Aprendizagem.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outras **habilidades** sobre **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

---



---



---

4.3. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** REQUER MUITAS **ATITUDES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas atitudes relacionadas à Pluralidade de Visão, à Flexibilidade, à Tolerância e ao saber Ouvir e Falar, as quais submetemos a sua apreciação.

### 4.3.1. DIÁLOGO.

4.3.1.1 - 34. Exercer o diálogo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 4.3.2. MOBILIZAÇÃO

4.3.2.1 - 35. Ter capacidade de mobilização.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 4.3.3. RESPEITO.

4.3.3.1 - 36. Mostrar respeito com o outro..

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 4.3.4. LIDERANÇA.

4.3.4.1 - 37. Saber ser líder..

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 4.3.5. AFETIVIDADE

4.3.5.1 - 38. Ser afetivo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 4.3.6. COMPARTILHAR SABERES.

4.3.6.1 - 39. Saber compartilhar conhecimentos e informações.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 4.3.7. FLEXIBILIDADE.

4.3.7.1 - 40. Mostrar atitude de Flexibilidade.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 4.3.8. TOLERÂNCIA.

4.3.8.1 - 41. Mostrar atitude de Tolerância.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 4.3.9. SABER OUVIR E FALAR.

4.3.9.1 - 42. Saber ouvir e falar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outras **atitudes** sobre **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

---



---



---



---

## 5. TERCEIRA PARTE : SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA REQUER MUITOS CONHECIMENTOS DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionados conhecimentos relacionados aos Recursos Humanos, aos Recursos Físicos e Materiais, à Epidemiologia, às Políticas de Saúde e Planejamento Local, os quais submetemos a sua apreciação.

### 5.1.2. SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1.2.1 - 43. Conhecer as Metodologias de Atenção à Família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.1.2.2 - 44. Conhecer os princípios Éticos nas ações de saúde e Conflito Moral.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.1.2.3 - 45. Conhecer fundamentos de Antropologia e Valores Culturais da Família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.1.2.4 - 46. Conhecer as Relações entre cultura, saúde e família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.1.2.5 - 47. Ter conhecimento sobre rede e suporte social da família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.1.2.6 - 48. Ter conhecimento sobre o processo e viver das famílias na interface saúde e doença.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.1.2.7 - 49. Conhecer sobre o sistema familiar individual e social e sua inter-relação.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.1.2.8 - 50. Conhecer sobre cidadania e ter visão interdisciplinar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outros **conhecimentos**, sobre **A SAÚDE DA FAMÍLIA**, que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA

---



---



---

5.2. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA REQUER MUITAS **HABILIDADES DO PROFISSIONAL**. Para esta pesquisa foram selecionadas habilidades relacionadas aos Recursos Humanos, à Epidemiologia e ao Planejamento Local, os quais submetemos a sua apreciação.

### 5.2.1. METODOLOGIA DE TRABALHO.

5.2.1.1 - 51. Ter responsabilidade profissional.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.2.1.2 - 52. Saber identificar as responsabilidades da família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.2.1.3 - 53. Desenvolver o processo de cuidado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.2.1.4 - 54. Saber avaliar o processo de trabalho.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outras **habilidades**, sobre **A SAÚDE DA FAMÍLIA**, que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

---



---



---

5.3. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA REQUER MUITAS ATITUDES DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas atitudes relacionadas aos Recursos Humanos e à Ética, as quais submetemos a sua apreciação.

### 5.3.1. COMPARTILHAR AÇÕES.

5.3.1.1 - 55. Compartilhar decisões entre profissionais e famílias.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.3.1.2 - 56. Saber compartilhar práticas do cuidado da família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.3.1.3 - 57. Saber compartilhar os saberes.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 5.3.2. FLEXIBILIDADE

5.3.2.1 - 58. Estar ciente dos diferentes poderes: profissional e o familiar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 5.3.3. TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE.

5.3.3.1 - 59. Saber compartilhar conhecimentos e informações.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 5.3.4. ÉTICA

5.3.4.1 - 60. Ter compromisso e respeito ético com o Núcleo Familiar e a Comunidade.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, inclua outras **atitudes**, sobre **A SAÚDE DA FAMÍLIA**, que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

---



---



---



---

**PARTE FINAL: Avaliação Geral.**

1. DA TEMÁTICA DA PESQUISA: contribuição para o desenvolvimento das Competências para Promoção e Educação em Saúde da Família, através da formação de recursos humanos na graduação e educação permanente dos profissionais.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

.....

2. DO INSTRUMENTO: qualidade do conteúdo e da forma.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

.....

3. DA EXPERIÊNCIA DE CONTRIBUIR COM A PESQUISA:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

.....

Agradecemos sua colaboração.

