

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA

IONE MARIA ASCHIDAMINI

**COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
PERSPECTIVA DE DOCENTES E ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Itajaí
2005

IONE MARIA ASCHIDAMINI

**COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
PERSPECTIVA DE DOCENTES E ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito para a obtenção do título de Mestre – Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Dr^a. Rosita Saupe

Itajaí
2005

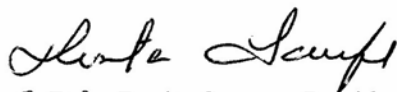
IONE MARIA ASCHIDAMINI

**“COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
PERSPECTIVA DE DOCENTES E ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM”**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

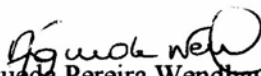
Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 22 de fevereiro de 2005.



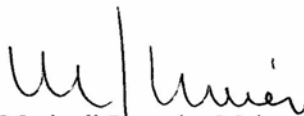
Prof.^a. Dr.^a. Rosita Saupe – Presidente

UNIVALI



Prof.^a. Dr.^a. Águeda Pereira Wendhausen – Membro

UNIVALI



Prof.^a. Dr.^a. Marineli Joaquim Meier – Membro

UFPR

*A Angelo, meu pai, com quem aprendi a
humildade...*

*A Úrsula, minha mãe, por ter me
amparado... sempre...*

*A Emmanoel e André Luis, meus filhos,
razão do meu viver...*

AGRADECIMENTOS

A Deus que nos ama incondicionalmente e nos sustenta...

À orientadora, Prof^a. Dr^a. Rosita Saupe, pelas oportunidades que me levaram ao crescimento, pela confiança, paciência e competência.

À Prof^a. Dr^a. Marineli Joaquim Meier, pela amizade, acolhimento e pelas valiosas contribuições teórico – metodológicas.

À Prof^a. Dr^a. Águeda Lenita P. Wendhausen, pelas importantes contribuições, especialmente nos momentos da qualificação e defesa do texto.

À Prof^a. Dr^a. Vânia Backes pelas valiosas contribuições quando da qualificação do texto.

À Cristian Carla A V. Cassi por compartilhar comigo, sem cansaço, o desenrolar dos Grupos Focais.

À Coord. da Graduação em Enfermagem, por permitir a execução do estudo.

Aos acadêmicos e docentes participantes do Grupo Focal pela valiosa contribuição e adesão à proposta.

Aos meus filhos amados, Emmanoel e André Luis pela paciência...e ausências ... pela digitação e formatação desses escritos.

A Márcia Elisa E. da Cruz pelo companheirismo. Que nossa amizade perdure...

Aos colegas e demais professores do mestrado, pelos momentos inesquecíveis nessa trajetória.

O destino do homem deve ser criar e transformar o mundo, sendo o sujeito de sua ação

Freire

ASCHIDAMINI, Ione Maria. Competências na promoção em saúde da família: uma perspectiva de docentes e acadêmicos de enfermagem. 2005. Dissertação – Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho.

RESUMO

COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA DE DOCENTES E ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo conhecer as competências para a promoção e educação em Saúde da Família na perspectiva de docentes e acadêmicos de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba. A base conceitual foi fundamentada nos quatro pilares propostos no relatório da UNESCO para a educação no século XXI, também chamado relatório Delors. Foi utilizado o Grupo Focal como técnica de pesquisa e foram realizadas oito sessões grupais. A partir da interação grupal e do aprofundamento dos debates, os dados elaborados foram visualizados segundo a Análise de Conteúdo. Emergiram quatro categorias, cada uma relacionada a um dos saberes que compõem os pilares citados. São eles: 1. aprender a conhecer - conhecimento como instrumento da compreensão; 2. aprender a fazer - comunicação como habilidade de transformação da realidade; 3. aprender a ser - ética e responsabilidade como atitudes de caráter, harmonia e universalidade. 4. aprender a viver e trabalhar juntos - trabalho em equipe. A primeira caracterizou-se pelo conhecimento amplo envolvendo áreas do saber como a Política, a Religião, a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia, a Filosofia e a Ética. Na segunda evidenciaram-se aspectos da relação interpessoal como habilidade necessária para a promoção e educação em Saúde da Família. Na terceira a ética e a responsabilidade expressaram-se como atitudes vinculadas ao conhecimento e à humanização. A quarta categoria revelou-se pela formação do vínculo e o processo de integração entre os diferentes saberes. A técnica do grupo focal favoreceu a aproximação entre os sujeitos do estudo e possibilitou discussões que facilitaram a emergência das competências necessárias para a promoção e educação em Saúde da Família, o que requer dos profissionais da saúde novos olhares sob uma ótica multiprofissional e transdisciplinar.

Palavras-chave¹: competências; promoção da saúde; saúde da família; pesquisa qualitativa; grupos de estudo.

¹ Pesquisadas em: <http://www.descs.bireme.br>

Aschidamini, Ione Maria. Necessary Qualities for Family Health Promotion from a Nursing Professors' and Students' Perspective. 2005. Dissertation – University of Itajaí, Masters Degree in Health.

ABSTRACT

NECESSARY QUALITIES FOR FAMILY HEALTH PROMOTION FROM A NURSING PROFESSORS' AND STUDENTS' PERSPECTIVE.

The purpose of this research is to identify the necessary qualities for Family Health promotion and education, from the perspective of professors and students of a school of higher education in Curitiba. This research is based on the four pillars of education in the 21st century, described in UNESCO's report, also known as the Delors report. Eight group debate sessions were held and analysed using the Focal Group technique. As a result of thorough debates and interaction with the group, four categories emerged, each one related to one of the pillars described in UNESCO's report. The categories were: 1) The use of knowledge as a tool for comprehension; 2) The use of communication to transform ideas into reality; 3) The influence of ethics and responsibility in a person's character to promote harmony and universality; 4) Learning how to work together as a team. The first category illustrated the importance of ample knowledge in Politics, Religion, Anthropology, Sociology, Psychology, Philosophy, and Ethics. The second emphasized how aspects of interpersonal relationship are fundamental in the promotion and education of Family Health. The third illustrated how ethics and responsibility are linked to knowledge and humanization. The fourth revealed the close relationship between the different pillars. The Focal Group technique contributed to the analysis of the topics above. The discussions which were held allowed the necessary qualities for Family Health promotion and education to be identified. This new reality requires that health practitioners adopt a multi-professional and interdisciplinary view in relation to this subject.

Key words: qualities; health promotion; family health; qualitative research ; group debate.

1	INTRODUÇÃO AO TEMA	1
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	6
2.1	Processo de Educação em Saúde frente aos problemas sociais	6
2.2	Formação profissional e a articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa/ Estratégia Saúde da Família (PSF)	8
2.3	Enfermagem e competências: uma construção histórica	11
2.3.1	Aspectos do desenvolvimento histórico da Enfermagem	12
2.3.2	Determinantes históricos da Enfermagem relacionados ao ensino	13
2.3.3	Competências do enfermeiro no processo formador em saúde	16
2.4	Perspectivas na Educação à luz da (re) construção do saber em Enfermagem	19
3	BASES TEÓRICO - CONCEITUAIS.....	24
3.1	Competências.....	24
3.2	Promoção e Educação em Saúde.....	25
3.3	Saúde da Família.....	27
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	29
4.1	Pesquisa Qualitativa.....	29
4.2	Grupo Focal como instrumento de coleta de dados	31
4.2.1	Grupo Focal Piloto	35
4.2.2	Os encontros do Grupo Focal	37
4.3	Apresentação da pesquisa.....	41
4.3.1	O campo de pesquisa.....	41
4.3.2	Os sujeitos do processo de pesquisa.....	42
4.4	Análise dos dados	42
4.5	Procedimentos éticos.....	46
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	47
5.1	Desenvolvimento do Grupo Focal.....	47
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
6.1	CATEGORIA 1 – Aprender a conhecer - Conhecimento como instrumento da compreensão	54
6.2	CATEGORIA 2 – Aprender a fazer - Comunicação como habilidade de transformação da realidade.....	66
6.3	CATEGORIA 3 – Aprender a ser - Ética e responsabilidade como atitudes de caráter, harmonia e universalidade.....	69

6.4	CATEGORIA 4 – Aprender a viver e trabalhar juntos - Trabalho em equipe.....	74
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	87
	ANEXO A.....	94
	MATERIAL DE APOIO	94
	Síntese utilizada na segunda sessão grupal.....	94
	ANEXO B.....	96
	MATERIAL DE APOIO	96
	Síntese utilizada na quarta sessão grupal.....	96
	ANEXO C.....	98
	MATERIAL DE APOIO	98
	Síntese utilizada na sexta sessão grupal.....	98
	ANEXO D.....	101
	MATERIAL DE APOIO	101
	Síntese utilizada na oitava sessão grupal.....	101
	ANEXO E.....	105
	MATERIAL DE APOIO	105
	Segunda, Quarta, Sexta, Oitava sessão grupal.....	105
	ANEXO F.....	108
	COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:.....	108
	UMA PERSPECTIVA DE DOCENTES E ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM.....	108
	Grupo Focal.....	108
	ANEXO G.....	109
	DIÁRIO DE CAMPO.....	109
	1º Grupo Focal.....	109
	ANEXO H.....	110
	DIÁRIO DE CAMPO.....	110
	2º Grupo Focal.....	110
	ANEXO I.....	111
	DADOS SOBRE OS DOCENTES.....	111

ANEXO J.....	112
CERTIFICADO DO PROJETO DE PESQUISA.....	112
ANEXO K.....	113
PARECER 381 / 2003.....	113
ANEXO L	114
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	114
ANEXO M.....	115

1 INTRODUÇÃO AO TEMA

Com o advento da tecnologia e as mudanças no mundo do trabalho, novas concepções de educação e saúde e do processo saúde-doença se fazem necessárias. Nesse contexto, é emergente a noção de competência que vem associada a atributos como a autonomia, a responsabilidade e a capacidade de comunicação. Com essas transformações, segundo Witt e Almeida (2003, p.561) “o indivíduo evolui de uma lógica de ter, a uma lógica de ser”, combinando a formação técnico-profissional com o “comportamento social, a aptidão para o trabalho em equipe, a capacidade de iniciativa, o gosto pelo risco”.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo, conhecer as competências para a promoção e educação em Saúde da Família na perspectiva docente e discente da graduação em Enfermagem, com o intuito de reorientar e sugerir elementos curriculares que contemplem o SUS (Sistema Único de Saúde), a Lei 9394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), em seu artigo 43 e inciso I, pontua que a educação superior tem por finalidades estimular a criação cultural, o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, e finalmente as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, que no Artigo 3º define a formação do enfermeiro com um perfil crítico-reflexivo, generalista e humanista.

Dessa maneira, é urgente a construção conjunta de competências com foco na transdisciplinaridade. Competências essas, “que abarquem a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades dos serviços, para a resolução dos problemas de saúde, e contribuir com as mudanças que se fazem necessárias, a fim de que se avance na implantação do SUS (Sistema Único de Saúde)” (WITT; ALMEIDA, 2003, p. 566).

Com base nos pressupostos desses autores e analisando o compromisso do profissional enfermeiro, entende – se que este deverá estar comprometido com a coletividade no exercício

da cidadania, objetivando capacitar indivíduos e/ ou grupos para assumirem a melhoria das condições de saúde de forma crítica e autônoma.

Porém, o que se observa na prática, é que o enfermeiro ao defrontar-se com a problemática no atendimento à comunidade, sente-se despreparado para a atuação com famílias, o que não lhe foi oportunizado na formação acadêmica, uma vez que seus conhecimentos se concentraram no modelo biologicista, com foco no atendimento hospitalar.

Corroborando com este fato, Albarracin (2002, p. 25) afirma que “as bibliografias utilizadas nas disciplinas próprias da profissão associam o fazer do enfermeiro com os aspectos eminentemente técnicos [...] dificultando tanto a articulação coerente entre o fazer e a prática do enfermeiro, quanto a sua responsabilidade e seu compromisso com a sociedade”.

Entendemos que o profissional enfermeiro deva conhecer e fazer uso da tecnologia para inserir – se no mundo do trabalho, porém, faz-se necessário articular saberes e habilidades na transdisciplinaridade, primar pelo compromisso ético, pela cidadania e autonomia das famílias. Para que isso aconteça deve-se pensar na educação, principalmente no Ensino Superior em que docentes e discentes, juntos com a comunidade, encontrem os caminhos para a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Nesse sentido, a aprendizagem por competências, fundamentada em conhecimentos se faz necessária para o desenvolvimento de habilidades, possibilitando atitudes no enfrentamento de situações/ problema encontrados no dia - a - dia da prática profissional.

De acordo com Dilly (1995) é necessária uma educação libertadora que faça do enfermeiro um agente de transformação, propiciando ao acadêmico desenvolver as competências para o cuidado com famílias e grupos de risco das comunidades.

Também para Maranhão (2003, p. 7)

a crise da eficiência e eficácia da formação, exclusiva ou preponderante nos hospitais universitários, bem como a ausência de um perfil profissional contemporâneo adequado e baseado em competências, habilidades e atitudes, demonstram e reforçam a precária realidade médico – social e o esgotamento do modelo atual de saúde e de formação [...]. Do profissional

espera-se a capacidade de promover estilos de vida saudáveis conciliando as necessidades individuais com as da comunidade, atuando aí como agente de transformação social.

Dessa forma, a abordagem acadêmica centrada em conteúdos segundo Kuenzer (2001) passa a ser questionada por apresentá-los de forma fragmentada. Enquanto o desenvolvimento de competências propicia aos discentes, capacidade para lidar com a novidade e para a tomada de decisões em situações inesperadas.

Justifica-se portanto, o ensino por competências, que apresenta uma nova perspectiva na formação do enfermeiro, na qual o discente precisa ultrapassar o papel de passivo, de reprodutor dos ensinamentos do professor e tornar-se crítico e pesquisador. Juntos, “docentes e discentes precisam aprender como acessar a informação, onde buscá-la e o que fazer com ela” (BEHRENS, 2000, p. 71). Segundo o mesmo autor, o aluno deve saber solucionar problemas, ser autônomo e criativo na busca do desenvolvimento de uma consciência crítica para a construção de um mundo melhor.

Por sua vez, cabe aos docentes mudar a forma de ensinar optando pelos caminhos que levem ao aprender. Como parceiros nesse processo, docentes e discentes desencadeiam novas formas de aprendizagem para buscar a produção do conhecimento.

Novos paradigmas na educação se vislumbram e então “torna-se essencial que professores e alunos estejam num permanente processo de aprender a aprender” (BEHRENS, 2000, p. 73). Num mundo globalizado como o nosso, o graduando precisa ser instigado a buscar o conhecimento, a aprender a pensar, a elaborar informações para que possa aplicá-las à sua realidade. O educando de hoje necessita relacionar teoria e prática no intuito de contribuir na solução de problemas emergidos da realidade e dessa forma superar a dicotomia existente entre ambas.

Dilly (1995), Behrens (2000) e Kuenzer (2001) nos acenam para uma nova educação em que docentes e discentes devem ser parceiros num constante processo de aprender a aprender.

Nesse contexto, a formação tradicional em saúde com foco na organização disciplinar e nas especialidades, conduz à fragmentação e a conseqüente formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas com incapacidade de manejo da subjetividade e da diversidade moral, social e cultural da família e das comunidades.

Com esse entendimento Behrens (2000) enfatiza a importância das aptidões, habilidades e competências no preparo do acadêmico para a atuação profissional, instigando-o a agir sobre a realidade sob pena deste aluno não estar preparado para enfrentar as exigências de luta, agressão e competitividade em cujo cenário a sociedade se apresenta.

Cabe à escola, e principalmente ao Ensino Superior, a tarefa de desenvolver o “aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser” (DELORS, 2003, p.101). Igualmente Medeiros (2001) disserta sobre o papel das Instituições de Ensino Superior quanto a estimular a produção do conhecimento, criando ambientes de aprendizagem para que competências pessoais possam ser desenvolvidas durante a formação acadêmica, de modo que o profissional enfermeiro possa reverter estas competências em melhoria da qualidade de saúde da população.

Dessa forma, a graduação deverá contribuir com a reforma do pensamento, formando cidadãos capazes de enfrentar os problemas de seu tempo, com base na realidade mutável centrada no indivíduo, família e comunidade.

Tem-se ciência de que profissionais do século XXI deverão ser críticos, autônomos, participativos, buscando continuamente uma formação humana com visão holística e espírito

investigativo, alicerçados na pesquisa e na busca de soluções possíveis para os conflitos emergentes deste século.

Justifica-se, portanto, esse estudo na graduação, uma vez que “a formação do enfermeiro deve atender às 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” (ALMEIDA, 2003, p. 12). E tem como objetivo, conhecer as competências para a promoção e educação em Saúde da Família na perspectiva docente e discente de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior.

Pesquisas dessa natureza devem ser realizadas no intuito de sugerir e reorientar a formação acadêmica para a promoção e educação em saúde. Essa formação deve pautar-se na realidade de vida das famílias e não centrar - se em conteúdos descontextualizados dos aspectos sócio – político – econômico - culturais em que as sociedades se organizam.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Neste capítulo, abordar-se-ão questões centrais relacionadas ao processo de educação em saúde frente aos problemas sociais; à formação profissional e a articulação com o SUS (Sistema Único de Saúde) e ao Programa/ Estratégia Saúde da Família (PSF); à enfermagem e competências e às perspectivas na educação em Enfermagem à luz da (re) construção do saber em Enfermagem.

2.1 Processo de Educação em Saúde frente aos problemas sociais

A abordagem do tema se justifica, uma vez que a Educação em Saúde da Família nasce enraizada na “Educação Popular” e dessa forma deve ser entendida como um crescimento da capacidade das famílias no enfrentamento da doença e no processo de cura de seus membros.

Traçar-se-á, aqui, um paralelo entre a Educação Sanitária Brasileira e a Educação Popular em Saúde.

A educação em saúde no Brasil marcou seu início na década de 1920 quando o sanitarista Dr Carlos Chagas implantou a educação para a saúde com expansão das atividades de saneamento em âmbito nacional. Nessa década, também foi realizado o Iº Congresso Brasileiro de Higiene, com vistas à prevenção e à educação sanitária (KAWAMOTO, 1995) na “tentativa de substituir as brigadas de Polícia Sanitária que atuavam, há mais de vinte anos, de maneira impositiva e repressora por profissionais que deveriam utilizar o convencimento e a Educação Sanitária como estratégia de mudança [...], sendo a intenção inicial formar profissionais enfermeiros para assumirem o papel de educadores em saúde [...]” (RIZOTTO, 1999, p. 21). Esses autores trazem a importância do enfermeiro como elemento chave na educação para a saúde com vistas a mudanças, numa situação de apaziguar enfrentamentos

sociais na interface do processo saúde-doença. No presente estudo, ficou evidente a importância atribuída ao enfermeiro na educação em saúde.

De acordo com Kawamoto (1995) as décadas de 1930 a 1964 foram marcadas por uma nova ordem social, o êxodo rural. Ante esse fato, a educação para a saúde se fez necessária devido ao aglomerado de pessoas nas grandes cidades, que ocasionara a miséria social, a desinformação e as doenças.

Desse modo, até a década de 1970, percebe-se a educação em saúde como uma iniciativa das elites políticas e econômicas, subordinada aos seus interesses. Mas a partir deste momento, diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil. Assim, no setor Saúde, a “Educação Popular” passou a se constituir um instrumento de reorientação de suas práticas, dinamizando e fortalecendo a relação com a população e seus movimentos organizados. Esta experiência trouxe para o setor saúde “uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde [...]” (VASCONCELOS, 2001b, p. 14).

A partir desse entendimento, acontece em 1972 a 3ª Reunião Especial de Ministros das Américas, que aponta como prioridade a cobertura dos serviços de saúde a toda a população. Em 1983 e 1986 respectivamente, foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS) para atender as necessidades prioritárias da população de acordo com a Política Nacional de Saúde, baseada em critérios epidemiológico-sociais; e a VIII Conferência Nacional de Saúde com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde.

Inicia na década de 1990, a Rede de Educação Popular em Saúde que articula profissionais de saúde e lideranças populares na busca de um melhor entendimento dos princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos. A Educação Popular em Saúde reuniu grupos sociais e educandos em um diálogo sobre o saber popular e o saber científico. Entende-se que, diante dessas questões, a Educação Popular em Saúde deve levar a

uma reflexão crítica do indivíduo, da comunidade e da equipe de saúde, resultando em melhoria da qualidade de vida da população. Dessa forma, leva a uma melhor compreensão do processo saúde-doença com a conseqüente reforma do pensamento. Para Vasconcelos (2001b) cabe, principalmente, ao crescimento da capacidade das famílias e dos movimentos sociais, articularem, usufruírem e reorientarem os diversos serviços e saberes disponíveis.

De acordo com Vasconcelos (2001b, p. 16) “assiste-se, hoje, à ampliação do espaço para a discussão e experimentação de propostas que reorientem o modelo do atendimento no dia-a-dia dos serviços. E, neste momento, a Educação Popular ganha um significado especial”. O mesmo autor afirma que esta perspectiva se diferencia do movimento sanitário brasileiro que acreditava ser possível penetrar nos diversos segmentos da vida social de forma prescritiva, sem o entendimento dos mecanismos que envolvem o processo saúde - doença da população.

2.2 Formação profissional e a articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa/ Estratégia Saúde da Família (PSF)

A formação profissional na Educação Superior articula-se com os Serviços de Saúde por meio de conceitos e princípios comuns, objetivando a formação dos egressos com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e com foco nas competências para a atuação nesse sistema, considerando o contexto da Reforma Sanitária Brasileira, no entendimento da saúde, como um processo coletivo com qualidade e resolutividade. As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais dessa articulação.

Nesse cenário, teve início em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com a constituição das primeiras equipes de Saúde da Família, contando com a participação de profissionais de saúde, além dos leigos que integram o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). O objetivo desse programa, transformado em estratégia, é a “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios. A atenção centra-se na

família, entendida, percebida e situada a partir de seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde-doença, no contexto de um território definido geográfica e administrativamente” (CIANCIARULLO, 2002, p. 20).

Assim sendo é necessário reportar-se novamente ao contexto da Lei Nº 9.394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (no que concerne ao capítulo IV - Da Educação Superior), das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde e da Portaria Nº 198/GM/MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por entender-se a importância da articulação na formação dos profissionais da saúde com o SUS - Sistema Único de Saúde e com o PSF - Programa/ Estratégia Saúde da Família.

A LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) no seu art. 43 e incisos VI e VII respectivamente, assim se expressa em relação ao Ensino Superior:

- deve estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;
- deve promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição.

Essas questões ficam também evidenciadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde quando atendem as necessidades decorrentes de mudanças próprias da contemporaneidade. A construção das Diretrizes Curriculares é de consenso pela articulação entre as Instituições de Educação Superior e os Sistemas de Saúde e enfatiza o abandono da visão exclusivista e equivocada do diagnóstico e do tratamento. Enfatiza o aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e

aprender a viver juntos (DELORS, 2003), com a garantia de uma formação profissional com autonomia e discernimento no intuito de assegurar atenção integral, humana e de qualidade no atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (MARANHÃO, 2003).

Vindo também ao encontro dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria N° 198/GM/MS traz a questão da Educação Permanente em Saúde para a formação de trabalhadores no setor, visando ao fortalecimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva. Em seu artigo 1º e incisos IV e VI respectivamente, assim se apresenta:

- articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde.

O Programa Saúde da Família está inserido em um contexto de decisões políticas e institucionais de fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerado como estratégia estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde, o PSF (Programa Saúde da Família) tem demonstrado potencial para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo vigente de atenção. Suas diretrizes orientam para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços de saúde, apontando para resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida.

Entende-se que o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, representam uma tentativa de preencher lacunas dentro do enfoque de Saúde da Família e promover melhor integração entre

os diferentes níveis de atenção à saúde dentro de um contexto geo-político-cultural. O PSF (Programa Saúde da Família), como estratégia, vem inovar “o cenário dos serviços de saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral, contínua e pró-ativa tendo como meta a assistência básica humanizada e participativa, centrada na família em conformidade com os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (CIANCIARULLO, 2002, p. 192-3).

A articulação entre os diversos segmentos do Ensino Superior de Enfermagem e o Sistema Único de Saúde (SUS) está assentada nas Diretrizes Curriculares Nacionais em parágrafo único, a saber “a formação do enfermeiro deve atender às 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” (MACEDO, 2003, p. 12). Finalmente a estratégia Saúde da Família, veio como uma tentativa de reestruturar o atendimento às famílias e à comunidade de forma a configurar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, o Ensino Superior deverá estar em sintonia com os pressupostos e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) no atendimento ao indivíduo, família e comunidade, para vislumbrar uma educação emancipatória que, segundo Freire (2002), permite ao homem transformar a realidade, respondendo aos desafios do mundo, temporalizando os espaços geográficos e fazendo história pela sua própria atividade criadora.

2.3 Enfermagem e competências: uma construção histórica

Conhecer a história e percorrer os caminhos da profissão faz-nos refletir sobre a responsabilidade do enfermeiro na assistência à saúde da população e na formação profissional em saúde. Neste tópico serão abordados os aspectos do desenvolvimento histórico da Enfermagem, determinantes históricos da profissão relacionados ao ensino e competências do enfermeiro no processo formador em saúde.

2.3.1 Aspectos do desenvolvimento histórico da Enfermagem

Conforme Bagnato (1997) trabalhos desenvolvidos na área da Enfermagem por diferentes autores, apontam a presença de competências na Enfermagem relacionando fases e modelos: o religioso, o vocacional, o funcionalista, a organização dos princípios científicos e a construção das teorias de enfermagem.

O autor explicita que o modelo **religioso** esteve presente na primeira fase da Enfermagem denominada pré-profissional no final do século XVIII e início do século XIX, em que os cuidados eram realizados por religiosos, tendo como marca predominante o desprendimento e o amor ao próximo. A prestação de cuidados é concebida “como um trabalho espiritualizado, não possibilitando a estes indivíduos reivindicar ou ter direitos” (BAGNATO, 1997, p. 244).

Com o advento do capitalismo, emerge o modelo **vocacional** em que a Enfermagem se institucionaliza, separando o aspecto religioso do técnico profissional. É exigido dos profissionais de Enfermagem, “elevação moral, altruísmo, abnegação, pureza, sacrifício, humildade, falta de ambição profissional, conformismo, fidelidade e responsabilidade” (BAGNATO, 1997, p. 244). As competências da Enfermagem apresentam-se centradas no doente e no ambiente.

Por volta de 1940, a prestação de cuidados exige competências diferenciadas por parte dos profissionais e se reveste de novas roupagens como

o desempenho de tarefas e os procedimentos, [...] a supervisão minuciosa das atividades, a impessoalidade nas relações de trabalho, a disciplina, a rigidez no treinamento, a exigência da humildade, devoção e servilismo, com o objetivo de formar um profissional dócil, obediente e controlável (BAGNATO, 1997, p. 244).

Esta forma de pensar da Enfermagem caracteriza o modelo **funcionalista**.

No final da década de 40 até por volta de 1960, as atividades de Enfermagem centraram-se nas necessidades do paciente e no trabalho em equipe, com a preocupação de identificar e relacionar os princípios científicos à prática e ao ensino de Enfermagem, destacando-se, neste contexto, o modelo **organização dos princípios científicos**, reforçando a autoridade da enfermeira que se manifesta no “vestuário, gestos, atitudes e posturas dos profissionais da área” (BAGNATO, 1997, p. 245). Da enfermeira, espera-se conhecimentos centrados nas necessidades do paciente, habilidades no manejo de grupos e atitudes éticas.

E finalmente, no final da década de 60, começa a aparecer a preocupação em construir um corpo de conhecimentos que confira à Enfermagem o “status de ciências”, corroborando então, com o modelo **teorias de enfermagem**. O trabalho em equipe com enfoque na ciência e na humanização caracteriza a assistência em enfermagem. Esta fase perdura até nossos dias e é criticada por desconsiderar o contexto e legitimar práticas que mantêm a profissão submissa e dependente (BAGNATO, 1997).

Novos enfoques se descortinam no âmbito das competências com relação à prática e ao ensino de Enfermagem no momento em que novos paradigmas se apresentam no intuito de alicerçar sua práxis no conhecimento, nas habilidades e atitudes para o desenvolvimento não só profissional como pessoal. Essas competências devem ser desenvolvidas no Ensino Superior, com a preocupação em formar profissionais críticos que cultivem o conhecimento, habilidades e atitudes, no resgate humanista e ético do cuidado envolvendo o indivíduo e a família. As competências, no contexto atual, segundo Bagnato (1997) centram-se na ciência, no trabalho grupal e na humanização.

2.3.2 Determinantes históricos da Enfermagem relacionados ao ensino

No contexto histórico brasileiro, a Enfermagem surge no período colonial, fase de dominação jesuítica e de catequização indígena. Esta fase se caracteriza pela introdução de novas formas culturais e a obrigatoriedade no uso de roupas até sua total deterioração, que

aliada à higiene precária, constituiu-se em fator desencadeante de doenças. Sobrevêm então, as epidemias com elevados índices de morbidade e mortalidade. Com o aparecimento das doenças, emerge a necessidade de alguém para cuidar dos doentes. A escassez de profissionais “colaborou para a proliferação do curandeirismo, e a arte de curar nas mãos dos leigos [...] era um misto de tirocínio, ciência e credice” (GEOVANINI, 2002, p. 30). Nesse cenário, nasce a enfermagem no Brasil (1543) com o desenvolvimento das competências no âmbito curativo, correspondendo ao surgimento das primeiras Santas Casas (MEDEIROS, 2001).

Geovanini (2002) caracteriza a enfermagem na sociedade brasileira sob três fases principais, a saber:

- organização da enfermagem sob o controle de ordens religiosas (período colonial até o século XIX);
- desenvolvimento da educação institucional e das práticas de saúde pública (século XIX até a Segunda Guerra Mundial);
- processo de profissionalização denominada Enfermagem Moderna cujo início foi com a Segunda Guerra Mundial (1938), estendendo-se até a atualidade.

Somente no final do século XIX, a questão saúde passa a constituir um problema econômico-social quando as doenças infecto contagiosas trazidas pelos europeus e escravos africanos começam a propagar-se. Na ocasião, o Brasil era advertido em relação às epidemias e endemias que ameaçavam não só as tripulações dos navios como também as populações, chegando a uma situação de calamidade pública (GEOVANINI, 2002). Surgiu então a preocupação com a formação do pessoal de Enfermagem para atender às atividades de saúde pública e foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (Decreto Federal 791 de 27 Setembro/ 1890) aos moldes das Escolas de Salpetrière na França, com a duração de dois anos. O currículo abordava aspectos básicos da assistência hospitalar no

desenvolvimento de competências predominantemente no modelo biomédico, apesar da imperativa necessidade da assistência em Saúde Pública.

Em 1923, por intervenção de Carlos Chagas (diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública) em convênio com o governo americano, vieram para o Brasil enfermeiras americanas que organizam a primeira escola de Enfermagem baseada no Modelo Nightingaleano, a Escola de Enfermagem Anna Néri, que redimensionou o modelo de Enfermagem profissional no Brasil. Esta foi durante muito tempo considerada uma escola padrão. A escola exigia das candidatas um nível de escolaridade mais apurado e, a partir da vigência da Lei 20.109 de 15 de Junho/ 1931, passou a ser o modelo exigido para as demais escolas brasileiras. Além das competências de âmbito curativo desenvolvidas nos hospitais, as enfermeiras deveriam cultivar “a submissão, o espírito de serviço, a obediência e a disciplina” (GEOVANINI, 2002, p. 34), caracterizando o Modelo Nightingaleano. Na década de 40, a Escola Anna Néri foi incorporada à Universidade do Brasil e, em 1949 com o Projeto de Lei 775, a educação em Enfermagem foi centralizada nos Centros Universitários, mas só em 1962 a Enfermagem passou a ensino de nível superior (GEOVANINI, 2002).

Com a reorganização da Previdência Social a partir da década de 50, as competências no âmbito da Enfermagem eram de cunho curativo e especializado, exigindo do profissional a incorporação de tecnologia sofisticada, relegando a Saúde Pública a uma posição secundária (GEOVANINI, 2002).

Nas décadas de 70 e 80 ocorrem transformações importantes na estrutura social do país. A política então proposta para superar as crescentes dificuldades de saúde, pautou-se na Declaração de Alma-Ata, que priorizava a assistência profilática e preventiva. Nessa época, os cursos de pós-graduação em Enfermagem tiveram seu ritmo acelerado, suscitando o desenvolvimento de competências ao nível de docência, treinamento, coordenação e

supervisão. No final da década de 80, as reflexões e críticas em torno da área da Enfermagem passaram a construir novos caminhos para a profissão (GEOVANINI, 2002).

A partir da década de 90, a Enfermagem ocupa duas posições distintas: a especialização para atender as expectativas médico-hospitalares e o resgate da Saúde Pública no Brasil. Esta, desenvolvendo competências no atendimento por meio da Consulta de Enfermagem, atuando com tecnologia simplificada e de baixo custo teve como foco principal a promoção e a educação em saúde; aquela, priorizou a formação de competências centradas no atendimento das doenças. Dessa maneira, a formação dos profissionais de saúde se desenvolvem numa relação estreita com as políticas econômicas e de saúde implementadas pelo Estado, acentuando uma formação fundamentada no modelo biologicista e voltada, principalmente, para a área hospitalar (GEOVANINI, 2002).

Para Giovanini (2002) é necessário e relevante o debate sobre novos currículos de Enfermagem no momento atual, de modo a contemplar as necessidades regionais e o perfil epidemiológico da população. Momentos de reflexão e crítica devem estar sempre presentes nesse cenário, com uma preocupação constante em formar profissionais críticos, competentes e conscientes de seu papel social e comprometidos com a saúde da população.

2.3.3 Competências do enfermeiro no processo formador em saúde

Reflexões a respeito de momentos históricos permitem ao profissional enfermeiro, a compreensão de elementos que vêm sustentando as concepções de Enfermagem e do enfermeiro desde 1860, quando existiu a escola institucionalizada por Florense Nightingale (GERMANO, 1985).

Essas reflexões levam ao entendimento da necessidade da formação do profissional enfermeiro que, segundo Saupe, (1998, p. 65) “requer preparo teórico-prático, com enfoque clínico-epidemiológico, exigindo das escolas uma revisão dos campos de prática, uma atualização das bibliotecas e uma renovada postura pedagógica”. Deve-se reconhecer o papel

do enfermeiro como educador, uma vez que toda e qualquer prática de Enfermagem é de cunho educativo, ressalta o autor.

Ern e Backes (1999) reafirmam a necessidade urgente de mudanças no ensino e educação em Enfermagem alicerçadas em concepções curriculares dinâmicas, críticas e criativas no intuito de problematizar e transformar a realidade formativa e a práxis na Enfermagem.

Vindo ao encontro desta proposta, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) apresenta as Decisões do 3º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – 3º SENADEN/ 1998. O documento final produzido no evento, apresenta o perfil do graduando, as diretrizes curriculares em termos de competências e habilidades, os conteúdos considerados essenciais e os indicadores de avaliação, incluindo a dimensão educativa do processo de ação e reflexão do enfermeiro. Afirma, igualmente, a necessidade do graduando estar capacitado para assumir a formação dos trabalhadores de Enfermagem, participar da formação de outros profissionais de saúde, bem como planejar e implementar ações de educação em saúde dirigidas à população, tudo isto independente da Licenciatura. Esta entidade que incentiva a cultura e o ensino em Enfermagem foi fundada em 1926, quando se chamava Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (GEOVANINI, 2002).

Com esse entendimento, Loureiro e Vaz (1999) também trazem à discussão um ensino capaz de formar profissionais engajados no processo de transformação do sistema de saúde. Isso implica um projeto político-pedagógico em conformidade com a Constituição Federal, pautado pela ética da responsabilidade e da solidariedade na busca de formas alternativas de “fazer saúde”.

Refletindo sobre essas questões, Cassi (2004, p. 28) tece severas considerações sobre a formação profissional em Enfermagem, quando afirma que até recentemente essa formação

vinha “disfarçada de científica e contemplando aspectos educativos superficialmente, sendo fortemente marcada por uma linha de caráter técnico e de comportamento doutrinário”.

Diante disso, a postura do educador em Enfermagem é a de trabalhar como mediador na construção do conhecimento no contexto da prática social, com o intuito do educando interagir e intervir na realidade. A questão pedagógica deve centrar seu foco no aluno e na preocupação do aprender a aprender e para que deve aprender pois “objetiva a construção do saber, estimula a reflexão, devolve a capacidade de observação, análise, síntese, crítica, autonomia de pensar, de fazer, ampliando os horizontes, tornando o sujeito educativo um agente ativo que interage com a realidade na qual está inserido, levando-o a refletir antes, durante e depois o significado, os pressupostos, os objetivos e as finalidades de sua ação [...] entendendo a formação como um processo contínuo” (BAGNATO, 1999, p. 38). Ressalta o autor a importância no incentivo e apoio para as atividades de educação continuada.

De acordo com as idéias dos autores estudados, Germano (1985), Bagnato (1999), Loureiro e Vaz (1999), Ern e Backes (1999), Geovanini (2002) e Cassi (2004) as Diretrizes Curriculares para o Curso Superior de Enfermagem, ditadas pelo Ministério da Saúde, estão centradas no conhecimento com base no desenvolvimento de habilidades e competências e pensamento reflexivo dos indivíduos. Autores como Perrenoud (2000), Medeiros (2001) e a própria legislação educacional vigente, desenvolvem aspectos da formação baseada em habilidades e competências. Bem sabemos que existem questões e discussões acerca de autores dessa linha. Até o momento, o desenvolvimento de conhecimentos científicos, próprios da Enfermagem, e de habilidades e competências, estão pouco presentes nas escolas, aparecendo somente em discursos isolados e de maneira simplista e superficial.

Porém, Geovanini (2002, p. 44) se refere a uma “nova postura da Enfermagem, que incentiva a inter e a multidisciplinaridade, e tem como objetivo a manutenção da saúde do homem visto como ser integral no seu ecossistema e que vence a abordagem biologista-

tecnológica”. O autor vislumbra como o grande desafio para a Enfermagem, a redefinição da prática e o redirecionamento da formação do pessoal de enfermagem em todos os níveis. Situa a pós-graduação e a educação continuada como imprescindíveis para a retroalimentação da prática, mas enfatiza que esta deverá ser acompanhada de pensamento crítico sem o que não ocorrerão as mudanças. Para isto, enfatiza ser necessário uma análise das bases históricas, políticas e ideológicas que condicionam a práxis e o processo da formação do enfermeiro.

Cassi (2004) nessa mesma linha de pensamento induz à reflexão sobre a trajetória que está sendo desenvolvida para a construção de uma formação profissional de compromisso e respeito para com o conhecimento, a vida e a sociedade.

2.4 Perspectivas na Educação à luz da (re) construção do saber em Enfermagem

Far-se-á uma breve abordagem histórica sobre o ensino de Enfermagem relacionando os currículos, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem e o Projeto Político Pedagógico.

Reportar-se-á neste subcapítulo à Escola Anna Néri, no Rio de Janeiro que, segundo Saube (1998), iniciou seu funcionamento em 19 de fevereiro de 1923, durante um ano de surto de varíola. Inicialmente o curso tinha enfoque na educação sanitária, na profilaxia da tuberculose e higiene infantil. A partir de 1927 passou a contemplar também a higiene pré-natal e as doenças transmissíveis.

A primeira reformulação do currículo de Enfermagem data de 1949, conforme Decreto nº 27.426/ 14 de novembro. O decreto que veio após a Lei nº 775 de 06 de agosto de 1949 estabelece o currículo para a formação do enfermeiro. O curso passa a ter duas modalidades: enfermeiro, com 36 meses e auxiliar de Enfermagem, 18 meses (GERMANO, 1985). O currículo era composto de três séries, além de aulas teóricas e realização de estágios em hospitais, unidades de saúde coletiva, clínica médica e cirúrgica geral. Esse currículo de 1949 foi orientado pelo *curriculum guide* norte-americano de 1937 (SAUPE, 1998).

No final dos anos de 1940 até meados dos anos de 1960, a Enfermagem Brasileira é caracterizada pela preocupação em organizar “os princípios científicos que norteiam a prática da enfermagem e pela ênfase na modalidade do trabalho em equipe” (GERMANO, 1985, p.73).

A partir de 1959, o currículo do ensino de Enfermagem é reformulado e são estabelecidas duas opções de especialização: para enfermeiro em Saúde Coletiva e enfermeira Obstétrica. Neste currículo foi retirada da graduação a disciplina de Enfermagem na Saúde Pública.

Em 1962, na afinação do processo desenvolvimentista com a concentração de riqueza e exclusão social, a preocupação passa a ser com as clínicas especializadas, ou seja, com os hospitais. A saúde coletiva não é considerada disciplina obrigatória, sendo colocada em nível de especialização.

Assim ficou até a lei 5.540/ 1968, da Reforma Universitária. Novamente o ensino da enfermagem entendido como reflexo da sociedade, é estruturado de acordo com os interesses vigentes. Para Germano (1985) a partir de 1962, o enfermeiro é doutrinado para que domine cada vez mais as tecnologias disponíveis para o tratamento das doenças.

De 1972 até 1994, o currículo de Enfermagem contemplava três perspectivas além da licenciatura e oferecia habilitação em Enfermagem Obstétrica, Saúde Pública e Médico-cirúrgica.

O foco do Ensino Superior hoje está fundamentado em competências e habilidades de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais que traçam as normativas para o Curso de Graduação em Enfermagem e o perfil do profissional enfermeiro, contemplando “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva [...]. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (ALMEIDA, 2003, p. 09). Porém, o currículo mínimo exigido deixa a desejar

quanto às disciplinas que preparam o enfermeiro para o exercício de seu importante papel de educador. Saupe (1998) e Cassi (2004) externam a gravidade dessa situação, com o que se concorda, porque se entende que a educação é inerente ao ser enfermeiro, que desenvolve características de educador, seja com a equipe de trabalho na qual está inserido, seja com o paciente e seus familiares ou com a comunidade. Além disso, ele tem a função social de formação de novos profissionais nas escolas e universidades.

O Projeto Político Pedagógico da Graduação em Enfermagem deverá estar em sintonia com esta nova visão de mundo, possibilitando uma formação global e crítica dos sujeitos envolvidos no processo, de forma a capacitá-los ao exercício da cidadania, com objetivos claros de transformação da realidade (BORK, 2003). O aprendizado contínuo, segundo o autor, que contemple uma administração participativa e o incentivo à pesquisa científica, são estratégias fundamentais na busca da consolidação de uma prática pedagógica a qual deve “promover cuidado de enfermagem integral centrado no paciente-família, fundamentado em evidências científicas e na interdisciplinaridade” (BORK, 2003, p. 172).

Bork (2003) aborda a graduação em enfermagem como apenas o início do aprendizado que irá se desenvolver ao longo da vida profissional e responsabiliza os educadores no que diz respeito ao encorajamento do aluno para que desenvolva seu próprio aprendizado. Enumera dois caminhos para os enfermeiros: a competência e a flexibilidade. A “competência para aprender sempre, dominando e atualizando os conhecimentos [...] e a flexibilidade para assimilar conhecimentos novos, na mesma profissão ou fora dela [...]” (BORK, 2003, p. 174).

O panorama que presenciamos neste momento suscita a necessidade de desenvolvimento de novos modelos de prestação de serviços dentro do setor de saúde, que venham ao encontro das reais necessidades da população. Desta forma, “a enfermagem como profissão da área da saúde, deve participar da busca de uma solução efetiva” (UNICOVSKY, 1998, p. 234) no sentido de reorientar os processos da formação de recursos humanos em

enfermagem, para atender o contexto político e socioeconômico que caracteriza uma sociedade em transformação.

Interrogações se apresentam neste cenário em que Unicovsky (1998, p. 235) leva à reflexão ao reformular a seguinte questão: “como preparar o enfermeiro para atender o homem do futuro, com os meios e processos compatíveis com o crescente avanço tecnológico?” Para responder a questão, o autor sugere reestruturação nas instituições de ensino, tais como:

- currículos mais flexíveis e voltados para o preparo diferenciado em função da parcela da população que o enfermeiro vai atender, priorizando o ser humano e mantendo a visão holística do indivíduo;
- gerenciamento de linhas de cuidado como informática, sistemas de comunicação e controle e enfermagem autônoma;
- especialização precoce, visto que a alta tecnologia dificultará a generalização;
- desenvolvimento de capacidades, em detrimento do ensino de procedimentos isolados, preferindo a reflexão, o raciocínio, a criatividade e o pensamento crítico;
- operacionalização das novas teorias da aprendizagem, valorizando a independência do estudante e suas características individuais;
- embasamento da pesquisa em enfermagem, a qual terá grande importância para o cuidado de enfermagem do futuro;
- criação de cursos de extensão, atualização e pós - graduação, adequados aos interesses dos enfermeiros assistenciais;
- desenvolvimento de estudos relacionados à qualidade no ensino, envolvendo a avaliação da assistência e resolutividade das ações de enfermagem. O autor enfatiza que o controle de qualidade do egresso, através de estratégias de ação

contínua, terá que retroalimentar todo o sistema formador, condicionando as alterações necessárias para as escolas poderem acompanhar a vertiginosa evolução das próximas décadas.

Finalizando, Unicovski (1998) apresenta o sistema formador que é desafiado pela rápida evolução do ser humano e pela sofisticação tecnológica. Tais fatores tendem a modificar o papel do futuro enfermeiro. Para que o controle da qualidade na formação do enfermeiro se efetive, o autor enfatiza a importância de se investir no corpo docente, pois “é o seu comprometimento com as questões do ensino e a prática da enfermagem nos diferentes níveis, que garantirá o destaque de uma escola de qualidade” (UNICOVSKY, 1998, p. 236).

O preparo do enfermeiro do futuro deverá estar fundamentado em conhecimentos, habilidades, valores e atitudes, sensibilidade ética e integridade moral, eqüanimidade e autoconhecimento (BORK, 2003). Lança como desafio a seguinte questão: quais serão os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que deverão apreender, qualquer que seja a especialidade a que se dediquem? Tais questões ressalta Bork (2003, p. 171) “ainda não dispõem de limites claros e desafiam respostas simples”.

Em conformidade com Unicovsky (1998) também se acredita no papel exercido pelo educador no estímulo à pesquisa, propiciando ao aluno uma visão crítico-reflexiva na construção das competências necessárias para o exercício da profissão no século XXI.

3 BASES TEÓRICO - CONCEITUAIS

Entre as várias possibilidades para definir o marco teórico orientador da pesquisa, (uma teoria, parte de uma teoria, uma seleção de pressupostos, princípios e conceitos), optou-se por utilizar um conjunto de conceitos, fundamentados na literatura, que tem relação direta com o tema em questão (TRENTINI, 1987). Estes conceitos incluem: competências, promoção da saúde, educação em saúde e saúde da família, que constituíram a fundamentação teórica em cujas bases foi desenvolvida esta pesquisa e que serão, a seguir, apresentados.

3.1 Competências

Uma nova e ampliada concepção de educação se faz necessária para que todos possam descobrir, reanimar e fortalecer o seu potencial criativo. Dessa forma, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens, que devem acompanhar toda a vida do indivíduo, constituindo os pilares do conhecimento (Delors, 2003) e que estão assim relacionadas: **aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver juntos.**

Aprender a conhecer para Delors (2003) significa adquirir o domínio dos instrumentos do conhecimento que favorece o despertar da curiosidade intelectual, estimula o sentido crítico, com autonomia e capacidade de aprender. Na graduação em Enfermagem se faz necessário a contextualização dos conhecimentos para a promoção e educação em Saúde da Família, porque se concebe o indivíduo como um ser social, gerenciando o processo saúde-doença com responsabilidade e autonomia.

As habilidades, **aprender a fazer**, para o autor (Delors, 2003) vão além da qualificação profissional e significam o enfrentamento das situações cotidianas, o trabalho em equipe, o cultivo das qualidades humanas e as relações interpessoais. Para os futuros enfermeiros, percebe-se a importância de relacionar as habilidades necessárias para a

promoção e educação em Saúde da Família, o que exige uma qualificação com base mais comportamental do que intelectual.

As atitudes, **aprender a ser e aprender a viver juntos**, para Delors (2003, p. 102) significam “a compreensão do outro e a percepção das interdependências [...] no respeito pelos valores do pluralismo e da compreensão mútua”[...]. Estas atitudes deverão nortear a prática do futuro enfermeiro para a promoção e educação em Saúde da Família, possibilitando “pensamentos autônomos e críticos [...] de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias” [...] (DELORS, 2003, p. 99).

Finalizando, percebe-se consonância entre o pensamento do autor pesquisado e as Diretrizes Curriculares Nacionais quanto às competências para o ensino no Curso de Graduação em Enfermagem com ênfase nos conhecimentos, habilidades e atitudes. Desta forma, o Artigo 4º das referidas diretrizes, enfatiza a formação do enfermeiro tendo por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos indispensáveis para o exercício das seguintes habilidades: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. No Artigo 5º, incisos VIII e XIII respectivamente, verifica-se que o enfermeiro deverá “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” e “assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde” (DELORS, 2003, p. 10 -11).

3.2 Promoção e Educação em Saúde

O conceito original de promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez em 1945, quando Henry E. Sigerist definiu as quatro tarefas essenciais da medicina como: a promoção da saúde, a prevenção da enfermidade, o restabelecimento dos enfermos e a reabilitação, afirmando que a saúde se promove “proporcionando condições de vida decentes, boas

condições de trabalho, educação, cultura física, formas de lazer e descanso” (SINGERIST apud TERRIS, 1999, p. 38).

Voltando aos tempos atuais, mais precisamente em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, formulou a meta “Saúde para todos no ano 2000”, principalmente através da atenção primária à saúde. E em 1986 acontecia em Ottawa a Iª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova Saúde Pública. Dessa conferência resultou uma Carta de Intenções, que enumera os seguintes pré-requisitos para a saúde: a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. E o conceito de promoção da saúde como

nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para 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. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 19).

Dessa forma o processo de promoção e educação em saúde precisa contemplar o indivíduo/ comunidade nas reais necessidades no contexto saúde-doença na busca de alternativas, com autonomia do educar-se coletivamente em saúde.

Enfatiza-se, então, a importância da atuação profissional do enfermeiro, para a melhoria das condições de saúde da população, no direcionamento contínuo de produção de conhecimento, promovendo situações de mudança de forma crítico-reflexiva junto às comunidades assistidas.

3.3 Saúde da Família

Vive-se novos arranjos familiares da contemporaneidade que exigem respostas diferenciadas por parte da sociedade. Novas estruturas familiares se apresentam, diferentes “*modos vivendis*”, em que o pai já não é mais, muitas vezes, aquele que ampara. Segundo Nitschke, Elsen (2000) a família e a saúde da família passam por diferentes olhares e definições, dependendo da visão de mundo de cada um.

Elsen (2002, p. 12) refere-se à família como “um sistema de saúde para seus membros, [...] do qual fazem parte [...] um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença”.

Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas. Urge, então, uma nova prática, construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar as famílias em atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento.

Para Nitschke, Elsen (2000, p. 37) saúde da família é

mergulhar num mar de diversidades [...] é sobretudo, mergulhar na sua rede de interações, tanto intra como extra-famílias, o que vale dizer trazer à tona suas necessidades, suas potencialidades, suas forças, traçando sua rede e suporte social, envolvendo a sua comunidade, ambiente, seu território, seu planeta, situando-a num tempo e num espaço, enfim, contextualizando-a.

Esses autores enfatizam também a importância de conteúdos relacionados ao cuidado à família no currículo dos Cursos de Graduação em Enfermagem, criando espaços de reflexão e vivências para os acadêmicos, possibilitando uma maior compreensão da relação saúde-

doença no âmbito do cuidado familiar², nos quais, possam transitar “entre o micro e o macrosocial, entre o ser humano na sua individualidade e na sua coletividade, enfim mergulhar infinitamente nas relações intra e extra - familiares” [...] (NITSCHKE, ELSESEN, 2000, p. 35).

Por essas razões, para que o enfermeiro exerça uma nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde, com vistas à construção da equipe de saúde como a verdadeira unidade produtora desses serviços. Nesta perspectiva surge a Estratégia de Saúde da Família, que vem se destacando na reorganização da atenção básica centrada na promoção da qualidade de vida.

² Idealizado por ELSESEN (2002).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo é apresentada a metodologia traçada para a pesquisa, ilustrada por alguns dados que caracterizam o processo da trajetória percorrida.

Iniciar-se-á com a explanação sobre a Pesquisa Qualitativa, o Grupo Focal como instrumento de coleta de dados, e em seguida apresentar-se-á a pesquisa e a Análise de Conteúdo de Bardin (1977), encerrando com os aspectos éticos.

4.1 Pesquisa Qualitativa

O encaminhamento metodológico deste estudo foi efetivado através da Pesquisa Qualitativa cuja abordagem, esclarece Minayo (1998), aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, aspectos não perceptíveis em equações, médias e estatísticas. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a “complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ ou “objetos sociais” apresentam” (Minayo, 1998, p.25). Alude a não preocupação em quantificar, mas em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que por sua vez são depositárias de crenças, valores, hábitos e atitudes. Nesse sentido, Behrens (2003, p. 146) afirma que a “abordagem qualitativa preocupa-se mais com o processo, com sua validade e sua relevância, do que com o produto”.

Também para Demo (2000) a Pesquisa Qualitativa caracteriza-se pela rejeição a toda resposta fechada e dicotômica e prioriza questões abertas e a busca do aprofundamento por familiaridade, convivência e comunicação.

Triviños (1987) menciona as origens da Pesquisa Qualitativa na Antropologia, na Sociologia e posteriormente na Educação. Esclarece-nos sobre seus postulados e declara atenção especial aos pressupostos da Pesquisa Qualitativa que servem de fundamento à vida das pessoas. O autor anuncia, que a Pesquisa Qualitativa delinea seu objeto na busca dos significados e suas raízes, nas causas de sua existência e suas relações, tendo em vista o

sujeito como ser social e histórico, no entendimento e compreensão da vida humana nos seus diferentes significados.

Da mesma forma, Debus (1997) alude sobre a Pesquisa Qualitativa como sendo um tipo de investigação que se preocupa em saber o que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos. Isso permite compreender melhor as atitudes, crenças, motivos e comportamentos humanos. Por sua própria natureza, a investigação qualitativa é de índole interpretativa e trata dos aspectos emocionais e contextuais sendo classificada pela autora, como um processo de descobrimento.

Debus (1997) também anuncia as origens da Pesquisa Qualitativa nas Ciências Sociais e nas Teorias Psicanalíticas e aponta duas razões para a sua utilização. Como proporcionar uma maior profundidade e compreensão das respostas e a relação dessas com a própria natureza da investigação qualitativa. A autora aponta problemas relacionados à investigação qualitativa, por exemplo, quando se analisam os dados como se fossem um estudo quantitativo, não levando em consideração uma maior compreensão das respostas. Outro problema está relacionado à sua subjetividade, pois depende muito da perspicácia e interpretação por parte do investigador e dos observadores.

Para contemporizar essas situações, Debus (1997) prescreve três regras ao investigador para que possa realizar uma boa investigação qualitativa:

- o investigador precisa aprender a perguntar o “porquê”;
- o investigador deve saber “escutar”;
- o investigador deve abordar a investigação como um “processo criativo”.

Para a investigação de cunho qualitativo Debus (1997) indica dois métodos, a saber, as entrevistas individuais e os Grupos Focais. Esclarecemos que para o presente estudo utilizamos os Grupos Focais.

4.2 Grupo Focal como instrumento de coleta de dados

Os grupos focais tiveram seu início depois da Segunda Guerra Mundial e vêm sendo utilizados nas pesquisas de cunho qualitativo (ROSO, 1997). Esse instrumento de coleta de dados em Pesquisa Qualitativa vem sendo utilizado na área da saúde desde a década de 1990. Segundo Westphal, Bogus e Faria (1996), precisamente em 1989, o setor de Educação da Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo utilizou a técnica de Grupo Focal para o diagnóstico de problemas educativos.

O Grupo Focal apresenta semelhança com o chamado “grupo operativo” de Pichon-Rivière (1998) criado em 1946 por ocasião em que era responsável pelo Serviço de Adolescentes Del Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres na cidade de Buenos Aires. Utiliza para o trabalho grupal o que chama de ECRO (Esquema Conceitual, Referencial e Operativo) de caráter dialético. De acordo com o autor, o desenvolvimento de um esquema conceitual, referencial e operativo comum aos membros do grupo, permite o incremento da comunicação intragrupal. A sessão grupal acontece em três momentos, a saber: a abertura, o desenvolvimento e o fechamento e privilegia a obtenção de seus objetivos.

Esclarece Morgan (1998, p. 24-25) que o intercâmbio mútuo nas sessões em Grupo Focal leva a respostas relativamente espontâneas dos participantes, como também a produzir um nível relativamente alto de envolvimento grupal. Esta interação faz com que os participantes recordem de dados e fatos que individualmente não recordariam. Anuncia o autor que a finalidade dos Grupos Focais é “chegar mais próximo às compreensões que os participantes possuem do tópico de interesse do pesquisador [...] e isso consiste em descobrir suas atitudes e opiniões [...]”. Afirma também que o Grupo Focal é importante para se conhecer as experiências e perspectivas dos participantes, revelando não apenas “o que”, mas também “por que” os participantes pensam desta ou daquela maneira.

A organização e sistematização de uma investigação através dos grupos focais tem seus alicerces em Westphal, Bogus e Faria (1996), Debus (1997), Dall'agnol e Trench (1999), Iervolino e Pelicione (2001) e Meier e Kudlowiez (2003) que são unânimes quanto aos aspectos operacionais, desde a escolha de seus participantes, do moderador (também chamado facilitador), do(s) observador(es), do local dos encontros, da elaboração do guia de temas, quesitos fundamentais para o bom andamento das reuniões em grupo focal. No entanto, para esse estudo, considerou-se o enfoque preconizado por Debus (1997).

Debus (1997) enuncia o Grupo Focal como uma dinâmica grupal, com um pequeno número de participantes guiados por um moderador qualificado em manejo de grupo, objetivando alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento de questões com foco nos objetivos da pesquisa. De acordo com Minayo (1999) o Grupo Focal é considerado da mesma forma que a história de vida e sua importância reside nas opiniões, relevâncias e valores dos participantes. E define o Grupo Focal como

uma técnica de inegável importância por se tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo das representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 1999, p. 129).

Quanto a operacionalização do Grupo Focal, Minayo (1999) é de concordância com os autores pesquisados Westphal, Bogus e Faria (1996), Debus (1997), Dall'agnol e Trench (1999), Iervolino e Pelicione (2001) e Meier e Kudlowiez (2003) e preconiza reuniões com um número pequeno de informantes (de seis a doze), com a participação de um animador (moderador) cuja função considerada importante é focalizar e aprofundar as discussões de acordo com os propósitos da pesquisa. Situação diferenciada encontra-se em Corrêa (2000) quando da sistematização do Grupo Focal com um grupo de fármacodependentes. O autor relata ter vivenciado uma tarefa difícil visto que os vinte e cinco usuários internados na Casa

de Recuperação quiseram participar do estudo, pois nesse momento, situa-nos o autor, os usuários vislumbraram possibilidades de recuperação. Menciona que se viu diante de um dilema ético quanto ao rigor da pesquisa, pois segundo a literatura é preconizado para o Grupo Focal, no máximo, quinze participantes (WESTPHAL, BOGUS, FARIA, 1996).

Debus (1997) apropriadamente nos relata sobre a utilização dos Grupos Focais e aponta quatro questões importantes que justificam o seu emprego. Cita a interação entre as pessoas, a observação, o custo e o tempo. Como fruto da interação grupal surgem respostas mais ricas, idéias novas e originais. O moderador pode observar o debate e obter conhecimento direto dos comportamentos, atitudes e percepções do grupo. Quanto à questão do custo e do tempo, os Grupos Focais requerem menos tempo e custos que uma série de entrevistas individuais.

Para a organização de uma investigação por meio dos Grupos Focais, Debus (1997) prescreve alguns cuidados para o bom desempenho das discussões e instrui sobre a composição de cada grupo, que deve ter pelo menos um ponto em comum, como, por exemplo, ser da mesma classe social, ou da mesma idade, ou com níveis culturais e experiências similares. A duração da sessão deverá ser em torno de uma hora e trinta minutos. A dimensão do grupo deve ser entre oito a dez pessoas e o local dos encontros apresentar-se aconchegante e sem ruídos onde os participantes sintam-se à vontade para falar com liberdade favorecendo as discussões. Outro aspecto importante a considerar nos grupos focais é o guia de temas que consiste em uma lista de temas ou questões abertas pertinentes aos objetivos da investigação. Esclarece o autor que o maior ou menor detalhamento do guia de temas depende da experiência do moderador e que sua abordagem geralmente ocorre de temas gerais para os específicos, proporcionando um desenrolar natural durante as discussões em Grupo Focal.

Debus (1997) atribui vital importância à seleção do moderador que deve possuir características pessoais, estilo de moderação, experiência e antecedentes no manejo de grupos.

Quanto às características pessoais cita a empatia, a capacidade de escutar e de interagir com outras pessoas. O estilo de moderação deve adaptar-se ao dos participantes. O moderador para Debus (1997, p. 63) não é um juiz e “não coloca palavras na boca dos participantes”. Menciona o autor sobre o tipo de moderação, que deve ser não diretiva, isto é, com o mínimo de interação do moderador. Bleger (1998) contemporâneo de Pichon-Rivière (1998) manifesta-se sobre o papel do moderador e aconselha que este deve facilitar o diálogo entre os componentes, não devendo ser crítico nem coercitivo com nenhum membro do grupo. Resume as qualidades do coordenador em três palavras: arte, ciência e paciência. Pichon-Rivière (1998) por sua vez, expressa a função do coordenador como essencialmente criar, manter e fomentar a comunicação, favorecendo o vínculo entre o grupo.

Debus (1997) manifesta-se sobre a importância do papel do observador (es) nas sessões grupais, no auxílio ao moderador quanto à observação aos sinais não verbais dos participantes, no manejo das gravações, nas anotações em diário de campo, enfatizando um trabalho conjunto com o moderador na análise e interpretação dos dados coletados através dos Grupos Focais. Para Minayo (1999) os estudos referentes à comunicação não verbal têm revelado novo dinamismo na compreensão do significado das mensagens.

Esclarece Debus (1997) que a realização de um grupo eficaz requer atitudes para fazer frente às dificuldades que possam emergir nas dinâmicas de grupo. Revela alguns problemas específicos que podem ocorrer nos Grupos Focais tais como, a sessão tornar-se aborrecida, situação inerente aos próprios participantes e a perda do controle do grupo focal. O primeiro caso se evidencia quando os participantes perdem o interesse e o entusiasmo pela discussão. Essa apatia dos participantes pode ocorrer como resultado de fatores dentro do grupo, por exemplo, um número elevado de participantes dificultando a interação. Outro fator de desinteresse por parte dos participantes pode ocorrer quando o moderador é demasiado formal intimidando o grupo ou por outro lado é demasiado casual parecendo artificial. Manifesta a

preocupação com os problemas inerentes aos próprios participantes e cita os tipos humanos como o dominador, o tímido, o falador, o desligado, o confuso, o negativo, o hostil, o perturbador e o interrogador. Nomeia o moderador como elemento essencial na condução eficaz das discussões em Grupo Focal, devendo este, manter-se alerta quanto ao problema da perda de controle do grupo. Aconselha a não fazer perguntas dirigidas interrompendo a discussão e a formulação de hipóteses ou conselhos aos participantes. Minayo (1999) enfatiza a importância do moderador (animador) e o cuidado que deve ter em não induzir consciente ou inconscientemente o grupo através de suas próprias relevâncias.

Debus (1997) menciona também a importância do diálogo entre moderador e observador (es) e comenta sobre a necessidade de reunirem-se logo após o término do Grupo Focal, pois declara que este processo proporciona a oportunidade de esclarecer e cristalizar o significado do que foi dito durante as discussões grupais. Na pesquisa em questão, o papel do moderador e do observador foram vivenciados alternadamente pela pesquisadora e outra professora³ da mesma Instituição de Ensino Superior da pesquisadora.

4.2.1 Grupo Focal Piloto

Com o objetivo de promover a familiarização com a metodologia, realizou-se um grupo focal piloto com acadêmicos do 5º período de graduação em Enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba, cujo cenário foi o mesmo da pesquisa em questão.

Foi realizado um único encontro, com a participação de quatro acadêmicas de Enfermagem, um moderador e um observador.

O local da sessão grupal foi a sede da ABEn/PR, considerado ideal segundo os autores pesquisados Westphal, Bogus e Faria (1996), Debus (1997), Dall'agnol e Trench (1999), Iervolino e Pelicione (2001) e Meier e Kudlowiez (2003).

³ Mestre em Educação. Universidade Tuiuti. Curitiba – Paraná.

O moderador foi a pesquisadora e o observador a professora que posteriormente acompanhou os Grupos Focais para a coleta de dados da dissertação.

O guia de temas foi elaborado segundo o referencial teórico de Debus (1997), tendo como discussão central a família. O seguinte guia de temas foi norteador do Grupo Focal piloto:

- 1 – O que vem à mente de vocês quando se fala em família? O que é família para vocês?**
- 2 – O que é família para vocês futuras enfermeiras? “Diga-me mais sobre isto”. “Pode me explicar mais isto?” “Vamos falar mais sobre isto?”**
- 3 – Relacionem a família ontem e a família hoje.**
- 4 – Como vocês vêem o cotidiano da família contemporânea?**
- 5 – Como vocês imaginam que poderá ser a vida das famílias do futuro? Melhor? Pior? Por quê? “O que vocês pensam sobre isto?” “Podem explicar?”**
- 6 – Diante destas considerações, gostaríamos que vocês descrevessem os conhecimentos, necessários ao futuro profissional enfermeiro para a promoção e educação em saúde da família. “Por quê?” “De que forma?” Pode me falar mais sobre isto?**

A condução das discussões em Grupo Focal seguiu um cronograma sistematizado sugerido por Roso (1997) que consiste em alguns marcos conforme segue:

- abertura da sessão, informações sobre a pesquisa (objetivos e metodologia). Não foram necessárias as apresentações⁴;
- debate centrado no guia de temas;
- intervalo de 10 minutos com lanche aos participantes;
- fechamento da sessão quando o moderador/observador validou, juntamente com o grupo, as conclusões que sintetizaram os temas trabalhados;
- encerramento e cumprimentos (10 minutos antes);

⁴ Colegas do mesmo período acadêmico e eram conhecidos da moderadora e observadora.

- sorteio de livro entre os participantes.

Foi utilizada aparelhagem de vídeo para as filmagens e os dados foram registrados em diário de campo.

A avaliação dos participantes foi positiva, tanto em relação ao tema quanto a oportunidade de um outro espaço de aprendizagem e investigação, que contribuiu para a construção de novos conhecimentos.

Estudos preliminares e testes piloto de metodologias promovem a competência de pesquisadores para o desenvolvimento de novos modelos e oferecem subsídios para a tomada de decisão quanto a sua aplicação em estudos definitivos. Neste caso evidenciou a necessidade de permanente reflexão durante todo o processo da pesquisa, sobre o trabalho grupal, seu manejo e sua subjetividade.

4.2.2 Os encontros do Grupo Focal

Os componentes do Grupo Focal, conforme preconizado por Debus (1997), devem ter pelo menos um traço em comum, o que nos levou a uma amostra intencional, composta de docentes e acadêmicos de Enfermagem da mesma Instituição de Ensino Superior.

O início do desenvolvimento do Grupo Focal aconteceu com o convite aos acadêmicos de Enfermagem. Na ocasião, explicou - se que se tratava de sessões grupais sobre Saúde da Família para compor a dissertação de Mestrado. Inicialmente foram convidados doze participantes, dando margem a possíveis desistências.

Quanto aos docentes, fez -se o convite após levantamento de dados nas disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde da Família junto à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem. Foi entregue uma carta/convite à participação nos Grupos Focais para discussão sobre Saúde da Família. Obteve-se adesão imediata do coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem dessa Instituição de Ensino Superior.

Participaram do Grupo Focal quarenta acadêmicos de Enfermagem e nove docentes, distribuídos em oito sessões grupais, sendo dois encontros por período acadêmico e duas sessões grupais com os docentes, tendo em vista os objetivos da pesquisa. A dimensão do grupo, levando em conta o referencial metodológico de Debus (1997), foi considerada ideal tendo em média de 5 a 7 participantes. Esses encontros foram realizados no período entre 20 de agosto e 05 de outubro de 2004 e observou-se uma semana de intervalo entre a primeira e a segunda sessão grupal, para a transcrição das comunicações, a confecção da síntese (material de apoio) (Anexos A/ B/ C/ D) e o início da análise.

Quanto ao local para a realização dos grupos focais, optamos pela ABEn / PR por ser um local tranquilo, aconchegante, de fácil acesso, livre de ruídos, e próprio às filmagens. Realizamos nesse local quatro sessões em grupo focal, duas sessões com o 6º período de Enfermagem e duas sessões com o 8º período. As sessões grupais com o 7º período de Enfermagem e com os docentes foram realizadas no próprio Centro Universitário por solicitação dos participantes. A escolha e a organização do local das sessões foi fator importante, pois segundo a literatura, da privacidade e da desconcentração depende o sucesso ou não do Grupo Focal.

O horário das sessões grupais foi flutuante, tendo acontecido duas sessões pela manhã, quatro sessões à tarde e duas sessões à noite, com o intuito de facilitar os propósitos do estudo e atingir maior participação nos Grupos Focais.

O tempo de duração das sessões foi de duas horas, que segundo Debus (1997) é o tempo máximo para as discussões. Compreendeu-se que foi o necessário para a introdução e o aprofundamento dos temas discutidos. Esclarece o autor, que em tempo superior, poderia ocorrer o cansaço dos participantes prejudicando os resultados, o que foi observado algumas vezes, sendo exigido então um maior empenho na moderação.

Houve um cuidado especial na elaboração do guia de temas que segundo Debus (1997) é um aspecto importante a ser considerado nas investigações em Grupo Focal. Elaboramos dois guias de temas, um foi utilizado para o **primeiro, terceiro, quinto e sétimo** Grupo Focal que contemplava questões abertas de ordem geral com abordagem inicial sobre competências, e um aprofundamento nos quesitos Promoção em Saúde, Educação em Saúde e Saúde da Família. Essas questões foram contempladas nas discussões em Grupo Focal: **Qual é o entendimento do grupo quando se fala em competência, em ser competente? Qual a compreensão de vocês quando se fala de Promoção em Saúde? Como vocês percebem a questão da Educação em Saúde? O que significa para vocês a expressão Saúde da Família? O que vocês têm a dizer quando se fala em Promoção e Educação em Saúde da Família?** E o outro guia de temas foi utilizado no **segundo, quarto, sexto e oitavo** Grupo Focal, contemplando um aprofundamento sobre competências para a Promoção e Educação em Saúde da Família e seus desdobramentos, a saber: conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser e conviver). Assim se apresenta o desenvolvimento do Grupo Focal: leitura da síntese do Grupo Focal anterior e do material de apoio (alguns conceitos sobre competências) (Anexo E); e as seguintes questões: **Então, de acordo com esses conceitos, no entendimento do grupo, quais são os conhecimentos (saberes) necessários à enfermeira (o) para a Promoção e Educação em Saúde da Família? Vamos agora relacionar as habilidades (saber fazer) que devem ser desenvolvidas pela enfermeira (o) para a Promoção e Educação em Saúde da Família? Gostaríamos que vocês apontassem quais as atitudes (saber ser / conviver) necessárias que devem nortear a prática da enfermeira (o) para a Promoção e Educação em Saúde da Família?** O referencial teórico metodológico de Debus (1997), serviu de base para a elaboração do guia de temas.

Os momentos – chaves das sessões grupais foram preocupações quanto à exposição clara dos objetivos, da justificativa do estudo, leitura e reflexão do material de apoio. Fez parte das preocupações gerais também, proporcionar um ambiente descontraído para a realização das discussões. Apesar disso, não se conseguiu formar um ambiente ideal, como será exposto com mais detalhes no capítulo da apresentação dos resultados.

A condução das discussões em Grupo Focal foi centrada no **guia de temas** e seguiu um cronograma sistematizado sugerido por Roso (1997) que consiste em alguns marcos conforme segue:

1ª Sessão Grupal

- abertura da sessão, informações sobre a pesquisa (objetivos e metodologia).
Não foram necessárias as apresentações⁵;
- debate centrado no guia de temas;
- intervalo de 10 minutos com lanche aos participantes;
- fechamento da sessão quando o moderador/observador validou, juntamente com o grupo, as conclusões que sintetizaram os temas trabalhados;
- encerramento, cumprimentos e acertos para o próximo encontro (10 minutos antes).

2ª Sessão Grupal

- abertura da sessão;
- síntese da sessão anterior - oral e escrita (no máximo uma página)⁶;
- leitura do material de apoio – alguns Conceitos de Competências;
- debate centrado no guia de temas;

⁵ Colegas do mesmo período acadêmico e eram conhecidos da moderadora e observadora.

⁶ Idealizado por MEIER (2003).

- intervalo de 10 minutos com lanche aos participantes;
- fechamento da sessão quando o moderador/observador validou juntamente com o grupo as conclusões que sintetizaram os temas trabalhados;
- encerramento e cumprimentos (10 minutos antes);
- sorteio de livro entre os participantes.

Os dados foram registrados em diário de campo (Anexos F/ G/ H) e gravados em vídeo, cujo manuseio ficou ao encargo da observadora, conforme orientado pela literatura.

O Grupo Focal como instrumento de coleta de dados foi utilizado nesta pesquisa, para que se apontassem as competências em saúde da família na concepção docente e discente de Enfermagem, e a partir da compreensão desses grupos se pudesse identificar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes do futuro profissional enfermeiro para a promoção e educação em Saúde da Família.

4.3 Apresentação da pesquisa

4.3.1 O campo de pesquisa

A instituição onde foi realizado o estudo é da iniciativa privada. Considera-se relevante a realização de pesquisas com instituições dessa natureza, pois se sabe que hoje são elas que predominam, em nossa sociedade, no ensino superior.

O Centro Universitário oferece cursos de graduação e pós-graduação *Lato Sensu* nas áreas de humanas, exatas e biológicas, com exceção do curso de Medicina. Foi criado em 1998 a partir de Decreto do Exmo. Presidente da República e publicado no D. O. U. de 12 de Fevereiro de 1999. Tem como missão formar a cidadania e primar pela valorização humana, sintonizado com as transformações científicas e tecnológicas pelas quais passa a sociedade contemporânea.

O Curso de Graduação em Enfermagem tem como clientela (90%) egressos técnicos e auxiliares de enfermagem. Esses alunos trazem seus sonhos e anseios, vêm em busca de aprofundamentos teórico - práticos e melhores oportunidades de trabalho.

4.3.2 Os sujeitos do processo de pesquisa

Este estudo foi realizado com acadêmicos de enfermagem do 6º/ 7º/ 8º períodos de graduação e docentes das áreas de Saúde Coletiva de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba. Esses docentes atuam na disciplina de Saúde Coletiva, sendo três deles com duas especializações, um atuante no PSF (Programa Saúde da Família) e dois com mestrado (nas áreas de Educação e Enfermagem) (Anexo I). Todos apresentam em média dez anos de atuação na Enfermagem e na docência no Ensino Superior em disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde da Família.

4.4 Análise dos dados

Os dados coletados no processo de investigação, por meio dos Grupos Focais, foram visualizados à luz da Análise de Conteúdo.

A Análise de Conteúdo nasceu em épocas remotas quando os primeiros homens iniciaram a interpretação dos livros sagrados. Esforços mais sistemáticos já se encontram nos séculos XVII na Suécia, e no século XIX na França. Em 1908, o professor Thomas de Chicago, analisa cartas pessoais, autobiografias, jornais e outros materiais (TRIVIÑOS, 1987).

Minayo (1999) relata, que no ano de 1915 nos Estados Unidos no Departamento de Jornalismo da Universidade da Colúmbia, Lasswell fazia a análise de material de imprensa e de propaganda oriundos da Primeira Guerra Mundial. Pode-se dizer que a partir desta data a Análise de Conteúdo adquire formas sistematizadas de um método de investigação. A partir da década de 1940, os departamentos de Ciências Políticas das universidades americanas,

analisaram as comunicações decorrentes da Segunda Guerra Mundial por intermédio da Análise de Conteúdo.

Esclarece-nos Triviños (1987) que a maturidade do método, em relação ao seu emprego e a sua fundamentação teórica, foi elaborada através dos pontos de vista de Berelson e Lazarsfeldt em 1948, sendo publicados na época os conteúdos, as regras e os princípios da Análise de Conteúdo. Em 1955, o autor discorre sobre a “Conferência de Alberton” em Illinois, onde se reuniram diferentes especialistas em Análise de Conteúdo. No período pós-guerra, a Análise de Conteúdo sofreu um temporário esquecimento, vindo a ressurgir na década de 1960 num cenário de debates mais abertos dentro da Antropologia, Sociologia, tendo amplo uso na Psicologia Clínica e na Psicanálise. Em 1966 na Pensilvânia, aconteceu um novo impulso no aperfeiçoamento da Análise de Conteúdo, realizado por um grupo de cientistas que publicaram suas reflexões em 1969. Porém para Triviños (1987), a obra verdadeiramente notável sobre a Análise de Conteúdo, em que o método foi configurado em detalhes, abordando as regras e os princípios com seus conceitos fundamentais, é a obra de Bardin, *L'analyse de Contenu*, publicada em Paris no ano de 1977.

Nesse sentido, decidiu-se pela Análise de Conteúdo de Bardin (1977) por constituir-se em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e tem como objetivo a descrição do conteúdo das mensagens. Segundo enuncia o autor, a Análise de Conteúdo

procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça [...] é uma busca de outras realidades através das mensagens e visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares (BARDIN, 1977, p.44).

Autores pesquisados como Carlini-Cotrin (1996), Oliveira (1998) e Morgan (1998) também orientam, em seus estudos, a análise dos dados por meio da Codificação Sistemática

através da Análise de Conteúdo. De acordo com Oliveira (1998) após as sessões grupais, na fase de análise, são realizadas as transcrições das mensagens, o tratamento dos dados e a elaboração do relatório. Morgan (1998, p. 70) assegura que “deve haver um balanço entre as citações diretas dos participantes e as sínteses de suas discussões”. Bardin (1977), nesse contexto, manifesta-se sobre a importância da análise dos dados à luz da hermenêutica.

Com esse entendimento, após cada encontro de Grupo Focal, as mensagens foram transcritas literalmente e digitadas. Desse modo, de acordo com Bardin (1977) iniciava-se a primeira fase da Análise de Conteúdo, (quando da leitura exaustiva do material) já nesse momento sendo invadido por impressões e tendo em vista o objetivo do estudo. A essa fase o autor denomina leitura flutuante.

Buscando atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas várias técnicas como a Análise da Enunciação e a Análise Temática que segundo Minayo (1999) melhor se adaptam à investigação qualitativa do material sobre Saúde. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto e pode ser representada por uma palavra, uma frase ou um resumo. Qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Para esse estudo, elegeu-se a técnica da Análise Temática.

Dessa forma, analisando os depoimentos, percebeu-se a frequência com que determinadas palavras, expressões, idéias, apareciam no contexto das mensagens e separou-se por recorte temático as unidades de significados (codificação) de interesse do estudo, para posterior categorização. De acordo com Bardin (1977) a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

Nesse sentido, a codificação obedeceu a critérios tais como GF1/ A20 significando o primeiro Grupo Focal (GF1) e a mensagem do aluno (A) de número 20; e para os grupos dos

docentes GF7/ D2 e GF8/ D20, por exemplo, significando o 7º Grupo Focal (GF7) e o 8º Grupo Focal (GF8), D (docentes) e as mensagens 2 e 20 respectivamente.

Essa sistematização facilitou voltar às mensagens originais sempre que necessário, possibilitando maior compreensão para a etapa seguinte, a categorização.

Foi elaborado o quadro a seguir para a melhor visualização dos Grupos Focais:

Participantes	Grupos Focais
6º Período Discente	GF1 e GF2
7º Período Discente	GF3 e GF4
8º Período Discente	GF5 e GF6
Docente	GF7 e GF8

A partir das unidades de significado, preferiu-se o critério de categorização semântica, por agrupamento de temas, cuja análise temática “é transversal, isto é, recorta o conjunto das comunicações através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Esta categorização não leva em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos dos conjuntos dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis” (BARDIN, 1977, p. 175). Para este estudo, utilizar-se-ão os vocábulos “fala, discurso, comunicação e grupo focal” como sinônimos.

Ao se analisar as unidades de significação foi realizado o inventário, isto é, agruparam-se os elementos a partir das semelhanças entre eles. Constituiu-se então o corpus quando da organização do material, observando os critérios de exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados nas comunicações); de representatividade (que contém a representação do universo pretendido); de homogeneidade (que obedece a critérios precisos de escolha dos temas); de pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do estudo). Segundo Bardin (1977) esses critérios são sinônimos de boas categorias.

Nesse sentido, foram identificadas **quatro categorias** representativas do conteúdo das mensagens que serão apresentadas no capítulo da Discussão dos Resultados.

Utilizando essa técnica de análise, pretendia-se identificar os conteúdos das mensagens referentes às competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para a promoção e educação em Saúde da Família.

4.5 Procedimentos éticos

Há que se esclarecer que os procedimentos éticos desenvolvidos no decorrer da pesquisa iniciaram com a autorização do Projeto Integrado “Competências dos Profissionais de Saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde” desenvolvido sob a coordenação e orientação da Professora Dr^a. Rosita Saupe, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Univali, conforme Parecer 381/2003 (Anexos J/ K), o qual faz parte este subprojeto intitulado “Competências na promoção em Saúde da Família: uma perspectiva de docentes e acadêmicos de Enfermagem” sob minha responsabilidade.

Fez parte o preenchimento de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo L), convite para a participação em um estudo sobre as “Competências na promoção em Saúde da Família: uma perspectiva de docentes e acadêmicos de Enfermagem”.

Por meio do Ofício nº 022/2003 - Programa Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, foi solicitada junto à Coordenação do Curso de Enfermagem do Centro Universitário, a autorização para a coleta de dados (Dissertação de Mestrado) na instituição, a qual foi autorizada mediante Ofício nº190/2003-2-Enfermagem^{6*}, expedido pelo Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da Instituição de Ensino Superior de Curitiba.

O Centro Universitário, local da realização da pesquisa, mostrou interesse na devolução dos dados para posterior análise e reflexão, o que deve ocorrer oportunamente.

^{6*}O referido documento não consta nos anexos por solicitação da Instituição de Ensino Superior.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, tratar-se-ão alguns aspectos do desenvolvimento do Grupo Focal.

5.1 Desenvolvimento do Grupo Focal

Como foi exposto anteriormente, os sujeitos do estudo constituíram-se de acadêmicos do 6º, 7º e 8º períodos e de docentes do Curso de Graduação em Enfermagem de um Centro Universitário da iniciativa privada.

Há que se considerar a abordagem aos participantes do Grupo Focal como de extrema importância, podendo ou não haver adesão à proposta a partir dos contatos realizados. Dos doze convites alguns não compareceram, porém os que vieram no primeiro encontro estavam presentes também no segundo, à exceção de um docente que não compareceu ao segundo encontro por estar em reunião com a regional do PSF (Programa Saúde da Família).

Dando início à formação dos Grupos Focais visitaram - se as salas de aula por várias vezes e notou - se que, aos poucos, ia surgindo um líder natural em cada período acadêmico, que se propôs a estimular os demais colegas de turma para adesão à proposta. Nesse contexto, Ressel et al (2002) ressalta a importância da construção dos grupos, o que denomina de “enamoramamento”.

Entre os participantes da pesquisa, houve predomínio do sexo feminino com trinta e quatro acadêmicas de Enfermagem e seis acadêmicos, sendo a média de sete participantes por sessão em grupo focal. Nos Grupos Focais dos docentes, também houve o predomínio do sexo feminino com sete enfermeiras e dois enfermeiros, sendo a média de cinco participantes por sessão em Grupo Focal (Anexo M).

Quanto ao local dos encontros em Grupo Focal, optou-se, a priori, pela sede da ABEn/PR que oferecia condições ideais para as sessões grupais. Porém, pela necessidade de facilitar a adesão aos grupos, foram realizadas sessões no próprio Centro Universitário. Esse local

atendeu às necessidades mínimas, porém não foi ideal para o Grupo Focal quanto aos aspectos operacionais nos quesitos silêncio e privacidade. Quando da transcrição das comunicações, o conteúdo encontrava-se com muitas interferências dificultando o tratamento do material.

Outro aspecto de vital importância nas sessões em Grupo Focal é o papel do moderador que segundo Debus (1997) deve ser selecionado pelas suas características pessoais e experiência no manejo de grupos. Fator que contribuiu para um bom desempenho no Grupo Focal foi a forma de atuação mais ativa da observadora no transcorrer das sessões.

Como foi exposto anteriormente o papel da moderadora e da observadora foram vivenciados de forma não indicada pela literatura, uma vez que os papéis foram exercidos alternadamente. Os autores pesquisados Minayo (1999), Westphal, Bogus e Faria (1996), Debus (1997), Dall'agnol e Trench (1999), Iervolino e Pelicione (2001) e Meier e Kudlowiez (2003) prescrevem, que cada um deve ter seu papel bem definido durante a realização dos Grupos Focais. Pensou-se em experienciar as duas situações, o que enriqueceu nossos momentos de análise após as sessões grupais, nas quais discutiram-se diferentes formas de atuação grupal. Supõem-se que a interação entre moderadora e observadora fortaleceu esse trabalho, sem emergir situações de rivalidade entre ambas. Essa vivência foi considerada uma contribuição a mais dentro da sistematização dos Grupos Focais. De acordo com Debus (1997), escolheu-se a técnica de moderação não – diretiva, o que permitiu aos participantes expressarem seus pensamentos e sentimentos, vindo ao encontro dos objetivos do Grupo Focal e da Metodologia Qualitativa.

Observou -se que no decorrer das sessões grupais, a moderadora e a observadora vinham sentindo-se mais à vontade e confiantes na condução dos grupos, nos quais, as discussões transcorreram num clima de harmonia, não aflorando situações de conflito que suscitassem a intervenção por parte da moderadora e/ou observadora.

Optou - se por uma seqüência na realização dos Grupos Focais do 6º ao 8º períodos da graduação e por último o grupo dos docentes, levando em consideração o domínio do conhecimento e a capacidade crítico-reflexiva dos participantes. Os comentários estão apresentados de acordo com a ordem cronológica de seu acontecimento.

Durante as sessões em Grupo Focal, a moderadora e a observadora registraram as reações dos participantes que, em geral, na primeira sessão grupal, mostraram-se ansiosos, como se percebeu no Grupo Focal dos acadêmicos do 6º período de Enfermagem, que apesar de estimulados à descontração permaneceram tensos até o intervalo, porém, na validação dos dados e na síntese do debate, mostraram -se mais descontraídos. Suspeitou - se de que o ocorrido foi motivado em parte pela filmagem e também pelos participantes terem sido recentemente nossos alunos. Na segunda sessão grupal do 6º período, percebeu -se maior descontração. Provavelmente a familiaridade com os assuntos discutidos deixou o grupo mais tranquilo e a discussão fluiu com empolgação, o que não aconteceu na primeira sessão. Pelas discussões, notou - se que estavam “presos” à educação em saúde condicionada às palestras na Unidade de Saúde e ao modelo biomédico centrado no ambiente hospitalar.

Esses acadêmicos têm a preocupação em serem exemplo para as famílias na questão de hábitos saudáveis. Relacionam Saúde da Família com as comunidades carentes e o modelo biologicista. Levantaram a questão dos profissionais da saúde que têm o hábito do tabagismo, e da má alimentação usando o refrão “[...] faça o que eu digo e não faça o que eu faço [...]”. Para esses acadêmicos é complicado lidar com as famílias e a competência exige conhecimento amplo (científico, cultural, social e psicológico) percepção, enfrentamento de situações inesperadas, liderança, equipe multiprofissional, criatividade, comunicação e uma atitude ética e humana.

Com relação às sessões grupais do 7º período de graduação, também se evidenciou um clima de insegurança no primeiro momento, mas que foi prontamente substituído pela

discussão que fluiu sem interrupções. Um dos participantes liderou as discussões e outro se manteve calado, somente participando quando interpelado pela moderadora. Como no grupo focal do 6º período também se percebeu o foco no modelo biomédico, mas já trazendo à discussão aspectos sócio-políticos com relação à promoção e educação em Saúde da Família.

Percebe-se nesses educandos também o foco no modelo biologista, fazendo a ligação de Saúde da Família com as comunidades carentes. A competência também está ligada aos conhecimentos amplos (científico, cultural, social) sendo que os **saberes populares** devem ser respeitados. A habilidade, para esses acadêmicos, consiste na percepção, na liderança e no trabalho em equipe, na atitude ética e na responsabilidade. Desabafam também quanto à questão do pouco preparo que recebem na graduação para o cuidado com as famílias

“A faculdade está dando uma abordagem do Programa Saúde da Família, mas não é o suficiente para trabalhar com as famílias [...]” (GF3/ A58, 2004).

Para esses educandos a promoção da saúde aparece com um significado de prevenção que se efetiva por meio de orientações e palestras. Falam do SUS (Sistema Único de Saúde) como “um bom projeto” porém culpam a falta de interesse dos profissionais como o responsável pelas más condições de saúde das comunidades.

A participação do 8º período de graduação nos Grupos Focais foi bastante diversa das anteriores. Desde o início os participantes mostraram-se descontraídos, seguros e convictos quanto às abordagens discutidas. Ficou claro o entrosamento e a união do grupo, que discutiu com relevância as questões apresentadas. Percebe - se no grupo uma visão crítico-reflexiva acerca das responsabilidades da enfermeira (o) com relação à família e à comunidade.

Esses alunos mostraram – se mais criativos, trazendo à discussão situações políticas e éticas, relacionando a teoria com a prática e questionando a prática de hoje, ainda inadequada no contexto sócio – político – econômico - cultural das famílias . Para esses graduandos, a

promoção da saúde é “orientar os caminhos para a qualidade de saúde que a população tem direito; e está ligada à proteção e à prevenção [...]” (GF5/ A127, 2004). Argumentaram que para isso é necessário conscientizar os próprios profissionais da saúde. O profissional competente foi definido como “uma pessoa que sabe o que está fazendo e como tem que fazer e tem iniciativa própria [...]” (GF5/ A116, 2004). O conhecimento das questões legais da profissão também foi reflexão desse grupo de acadêmicos.

Essas reflexões não aconteceram com os acadêmicos do 6^o e 7^o períodos de Enfermagem. Nesses educandos observamos a forma pouco crítica com que os assuntos foram tratados e o foco no modelo biomédico, descontextualizando o indivíduo da família e da comunidade.

Dessa forma, infere-se que esses acadêmicos desenvolverão as competências para a promoção e educação em Saúde da Família no decorrer da graduação, se lhes forem oportunizados os conhecimentos, as habilidades e as atitudes no cotidiano do viver das famílias e das comunidades.

Os Grupos Focais dos docentes foram informais e descontraídos e as discussões fluíram sem interrupções. Foram levantadas questões relevantes em relação aos temas discutidos o que suscitou reflexões dos participantes sobre a importância do desenvolvimento das competências para a promoção e educação em Saúde da Família à nível de graduação.

Esses docentes, por sua vez, mostraram-se críticos, trazendo questões de ordem política e da formação acadêmica, refletindo sobre o papel do enfermeiro na Universidade e na sociedade. Trouxeram à discussão a situação do enfermeiro que em detrimento da promoção da saúde das pessoas vem assumindo cargos de gerência por melhores salários. Para esses professores, a promoção é a qualidade de vida e vem estruturada a partir da sociedade. E a competência para a promoção e educação em Saúde da Família são os conhecimentos, as habilidades na comunicação e no trabalho em equipe, e atitude ética que

implica em “ser politicamente correto”. Se não forem desenvolvidas essas competências, asseguram, “seremos capatazes”, meramente executores de tarefas. A questão da formação continuada do enfermeiro também é preocupação desses docentes, porque muitos profissionais não dão continuidade aos estudos após a graduação.

As falas seguintes permitem refletir sobre a formação das competências na promoção e educação em Saúde da Família. De acordo com esses docentes

Saúde da Família é economia doméstica; não paramos para refletir que não passa só por questões de saúde, mas questões administrativas, de economia e direitos. Levar a população a solucionar seus problemas a partir da própria comunidade. Instigar de uma forma sadia, levando-os a pensar nas soluções, faze-los pensar diferente, de forma que as idéias saiam da própria coletividade, de forma a irem atrás das soluções. Vamos fazer a comunidade pensar o que é saúde, higiene, quais os problemas que eles têm, usando os recursos da própria comunidade, agregando valores; tendo uma atitude compreensiva, porque estou vendo a realidade dos indivíduos, mas eu posso encaminha-los a propor soluções. O enfermeiro deve ser observador, que observa a realidade com coerência, e não ser uma pessoa crítica que condena (GF8/ D40, 2004).

O enfermeiro tem que ser observador, facilitador, abrir discussões, ser coerente com a realidade, ter conhecimento, habilidades, ser politicamente correto, ético e ter a capacidade de agregar valores. O problema é que somos imediatistas, queremos respostas rápidas e não paramos para refletir ou para discutir com as pessoas e queremos resultados (e as pessoas também querem resultados). Não damos uma parada para discutirmos com os nossos pares, com a nossa equipe. Precisamos discutir qual é a melhor ação [...] qual é a melhor forma, o porquê. Achamos que estamos na era da informação... tudo é resolvido rápido... é resolvido pelo celular, no computador... Temos que ter a competência para resolver conflitos. Se não desenvolvermos as competências (que já foram mencionadas) seremos “capatazes”, simplesmente, meramente executores de tarefa (GF8/ D4, 2004).

Concluí - se que o Grupo Focal como instrumento de coleta de dados na Pesquisa Qualitativa foi de uma contribuição ímpar, porque na sua especificidade se coaduna perfeitamente quando se fala que a Pesquisa Qualitativa “trabalha com o universo de

significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...] e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO, 1998, p. 21). E tem como uma de suas maiores riquezas a tendência que as pessoas têm de formar e modificar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (CARLINI-COTRIN, 1996).

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O processo de construção do conceito de Competências na Promoção em Saúde da Família foi evidenciado gradativamente nos oito encontros dos Grupos Focais do 6º, 7º e 8º períodos da graduação em Enfermagem, bem como no grupo dos docentes. A partir das unidades de significado, emergiram **quatro categorias** relacionadas às competências na promoção em Saúde da Família. Entendemos que essas categorias apresentam uma relação direta com as bases conceituais sobre **competências** de acordo com Delors (2003), que fundamentam este estudo, conforme apresentamos a seguir:

1. conhecimento como instrumento da compreensão – aprender a conhecer;
2. comunicação como habilidade de transformação da realidade – aprender a fazer;
3. ética e responsabilidade como atitudes de caráter, harmonia e universalidade – aprender a ser;
4. trabalho em equipe – aprender a viver (e trabalhar) juntos.

Essa classificação tem a finalidade de discutir aspectos predominantes de cada uma das categorias, já que a inter-relação entre as dimensões de **conhecimentos, habilidades e atitudes** está presente em todas.

6.1 CATEGORIA 1 – Aprender a conhecer - Conhecimento como instrumento da compreensão

O Grupo Focal, ao levantar a questão do conhecimento, apontou a necessidade de que esse seja amplo, perpassando os diferentes saberes: Política, Religião, Antropologia, Sociologia, Psicologia, Filosofia e Ética e os relacionou às competências para a promoção e educação em Saúde da Família como podemos observar nas comunicações seguintes

Além do conhecimento que o enfermeiro leva da faculdade, como o conhecimento científico, tem que ter um conhecimento amplo, desde a política até a religião [...] GF6/ A146.

Para o trabalho com famílias não adianta só ter conhecimentos de enfermagem, de saúde, o conhecimento tem que ser amplo [...] GF6/ A144.

Nitschke e Elsen (2000) salientam a importância do conhecimento amplo, ou seja, o profissional não deve abandonar sua formação de base, mas ir sucessivamente integrando outros elementos ao seu saber, e ao seu agir de forma a primar pela interdisciplinaridade.

Delors (2003, p. 91) também enfatiza que o “conhecimento é múltiplo e evolui infinitamente [...] e a especialização não deve excluir a cultura geral [...] que enquanto abertura a outras linguagens e outros conhecimentos permite, antes de tudo, comunicar-se”. Portanto, a construção do conhecimento é contínua, e como processo deve enriquecer-se com as experiências cotidianas ao longo de toda a vida, no trabalho e também fora dele.

O termo conhecer refere-se ao processo humano individual de experienciar e compreender o *self* e o mundo, de forma a produzir algum nível de conscientização. Conhecer, portanto, é um processo dinâmico e mutável. O termo conhecimento refere-se ao que possa ser compartilhado ou comunicado aos outros (CHINN; KRAMER apud WALDOW, 1998).

A questão política e a religiosa foi destaque nas falas a seguir:

[...] a questão política interfere na educação e promoção em Saúde da Família [...] GF3/ A87.

Temos que conhecer a história da formação do homem. Saberes da Antropologia, Sociologia e Psicologia, porque têm pessoas que têm religião, outras não ... a gente tem que respeitar GF6/ A145.

Para Vasconcelos (2001a) o desafio é encontrar formas de abordagem dos problemas familiares, frente à luta política dos diversos movimentos sociais. Atribui a importância dos serviços públicos repensarem sua forma autoritária e normatizadora de relação com o mundo popular e para isso enfatiza o autor, é necessário superar a visão predominante entre os profissionais a respeito da incapacidade dos pobres para cuidarem de si mesmos.

A experiência espiritual, declara Maturana (2001), é o pertencer a uma comunidade ou a um reino cósmico vindo a acontecer conosco de uma forma ou de outra ao longo dos caminhos de nossas vidas, significando para nós a harmonia e a saúde.

Além dos saberes escolares, técnico-profissionais, passa a ser valorizada, também, a capacidade de mobilizar esses saberes para a resolução de problemas e seu enfrentamento. Questões políticas, religiosas e de relações interpessoais devem fazer parte das reflexões no cotidiano dos profissionais da saúde quando do contexto familiar⁷.

Foi pontuada ainda a questão antropológica e financeira

Conhecimento técnico-científico-antropológico [...] Trazer à discussão questões político-financeiras não só ao nível de graduação GF8/ D49.

Para Alonso (2003, p. 64) ao se adentrar o campo da Saúde da Família, deve - se articular saberes para compreender e se situar na realidade familiar. Aponta a Antropologia como um saber importante para uma aproximação compreensiva acerca da dinâmica de construção de significados. É de parecer que os enfermeiros analisem as suas posições, crenças e atitudes, ao interpretarem as experiências das famílias. Nesse processo de articulação de saberes é preciso “compreender o senso de realidade das famílias, a sua visão de mundo [...]”.

⁷ Idealizado por Elsen (2002).

Nessa linha de pensamento, outro saber relacionado foi o filosófico e ético representado nas seguintes comunicações

[...] conhecimentos filosóficos devem fazer parte desta busca para entendermos os fatores que interferem no processo saúde-doença GF8/D46.

Ter conhecimentos da Filosofia e da Ética. Dominar conhecimentos científicos próprios e nas especificidades (especialidades). Manter constância na busca do conhecimento GF4/ A93.

Ao saber (conhecimento) e saber fazer (habilidade), une-se o cumprimento de uma conduta ético-moral que responde por nossas ações, como um imperativo do próprio exercício da prática profissional. No cuidado à família e às comunidades, exige-se além da fundamentação científica, conhecimentos filosóficos e o desenvolvimento de uma consciência profissional de respeito à vida e à dignidade da pessoa humana (OGUISSO; SCHMIDT, 1999).

No entendimento de Nitschke e Elsen (2000, p.44) ao se envolver na Saúde da Família, faz-se necessário uma reflexão teórico-filosófica e vale dizer que “os cidadãos têm o direito de serem cuidados numa perspectiva que os inclua em suas relações, tanto intra quanto extra-familiares, sendo considerados no seu ambiente, envolvendo sua comunidade, sua nação e, mesmo, o seu planeta”. As autoras consideram um compromisso ético por excelência, tratar as pessoas não como “coisas”, mas como pessoas, “porque só as pessoas têm um valor absoluto, não condicionado”.

Os autores pesquisados, Oguisso e Schmidt (1999) Nitschke e Elsen (2000), apontam a Filosofia e a Ética como conhecimentos necessários para o cuidado familiar. Pensamos

igualmente que tais conhecimentos devem compor as competências na promoção em Saúde da Família.

O Grupo Focal apontou aspectos relevantes no cotidiano com famílias, valorizando aspectos sócio-político-culturais e holísticos no atendimento de conflitos familiares, tanto internos quanto em relação à equipe multiprofissional. Observamos isso nas falas seguintes

Temos que ver a saúde da família como um todo, com uma visão holística [...] então você não pode trabalhar só a pessoa que está com o vício, por exemplo e sim todos os elementos, psicologicamente, socialmente[...] temos que trabalhar de uma forma que possamos ajudar sem interferir, não é assim? O atendimento em saúde da família é ver o que está acontecendo naquela família para poder trabalhar as causas e não querer combater os efeitos GF3/ A78.

Não ser “intruso” nas famílias, não invadir a privacidade. Respeitar as individualidades das famílias. Imbutir valores importantes para restabelecer a saúde com critérios GF4/ A99.

Esses estudos sobre o processo de viver da família, relacionados à saúde e à qualidade de vida, são extremamente relevantes. De acordo com Elsen (2003, p.15), essas questões devem refletir seu contexto físico-social-político e econômico, reflexão que vem ao encontro das discussões do Grupo Focal. Enfatiza ainda a importância desses estudos para que se possa conhecer em profundidade o “estado da arte e do saber sobre família”.

Nos recortes a seguir é evidente também a importância do conhecimento científico

O conhecimento científico é a base do nosso estudo, em seguida o conhecimento da área, da família e da comunidade[...] GF2/ A32.

O enfermeiro tem que conhecer a respeito do que vai falar, a localidade, a situação socioeconômica [...] ter claro o conhecimento científico [...] GF6/ A139.

O domínio do conhecimento segundo Delors (2003) pode ser considerado como um meio e uma finalidade da vida humana. Meio porque se pretende que cada um aprenda a compreender o mundo que o rodeia pelo menos para viver dignamente, para desenvolver as suas capacidades profissionais e para se comunicar. Finalidade porque seu fundamento é o prazer de compreender, de conhecer e de descobrir. O grupo focal entendeu que os profissionais devem ter o domínio desse conhecimento, para então transmitir à população.

Outra questão discutida no Grupo Focal foi o conhecimento científico com enfoque teórico – prático, como ilustrado a seguir.

Conhecimento científico das técnicas [...] GF2/ A36.

Competência vem com o conhecimento. Ter ação [...] não adianta só o conhecimento e não saber como aplicar GF5/ A110.

Na mesma linha de pensamento, Demo (2000) menciona que é fundamental a relação da teoria com a prática. O autor esclarece, que a teoria precisa defrontar-se necessariamente com a realidade, não só para validar-se, mas, sobretudo para abrir-se à inovação. Por outro lado, toda prática sendo apenas versão parcial, carece voltar à teoria.

[...] colocar em prática seus conhecimentos e habilidades. Saber quais os recursos disponíveis para ajudar a comunidade [...] levantar os problemas e tomar atitudes coerentes com a situação GF2/ A53.

Competência é saber fazer com conhecimento teórico-prático GF7/ D2.

Competência é ser bom naquilo que você está fazendo, conhecer, saber de onde vem aquilo, como se executa GF5/ A109.

Essas comunicações encontram apoio em Bork (2003) quando afirma que a aquisição e a transmissão de noções teórico - práticas devem fazer parte da aprendizagem. Enfatiza, porém, que possuir conhecimentos em determinado assunto não é o suficiente, e sendo assim, preconiza uma interação dos aspectos teórico-práticos com habilidades interpessoais e o cultivo do pensamento crítico. Acrescenta que o exercício profissional da enfermagem exige competência técnica para a correta execução de procedimentos técnicos, porém devem ser sempre relacionados aos conhecimentos e aos aspectos subjetivos do cuidado.

Destacando ainda a questão teórico - prática no Grupo Focal

[...] devemos repensar o discurso e a prática [...] usar o conhecimento para modificar a prática GF8/ D48.

A competência está ligada ao conhecimento e à prática. Só o conhecimento sem a prática não é ser competente. Estamos saindo da universidade agora, será que somos competentes em tudo o que aprendemos? GF5/ A115.

Para Sá e Fugita (2001, p.56) o enfermeiro deve refletir sobre sua prática diária, “com o intuito de aguçar sua curiosidade científica e estimular o potencial criador que possui, em prol da evolução contínua do saber-fazer em enfermagem”.

Essas reflexões sobre as questões teórico - práticas, foram consideradas, extremamente importantes e reafirmam o pensamento de Delors (2003) quando declara que aprender a conhecer e aprender a fazer são indissociáveis e que a formação técnico-profissional deverá vir acompanhada de um comportamento social, aptidão para o trabalho em equipe, capacidade de iniciativa e o gosto pelo risco, de forma que os profissionais devem sempre repensar a relação da teoria com a prática, não considerando a formação profissional como um fim em si mesma.

Waldow (1998) esclarece, nesse sentido, que os conhecimentos produzidos na enfermagem constituem e desenvolvem a profissão e, no campo da prática, as enfermeiras trazem experiências durante a vida, acrescidas de conhecimento estruturado formal adquirido no processo de formação profissional.

Analisando os depoimentos, percebemos a relação do conhecimento científico biológico, social e psicológico

Conhecimento científico, social, psicológico (cada indivíduo é um) para trabalhar na origem (origem dos problemas familiares). Ter conhecimento psicológico das pessoas [...] GF2/ A37.

Não basta só o conhecimento que a enfermeira tenha adquirido [...] só o conhecimento científico não é a solução do problema, [...] pelo lado psicológico da questão a enfermeira tem que trabalhar com as pessoas [...] a enfermeira chega na comunidade e tenta mudar a rotina da família que tem seu jeito [...] o conhecimento psicológico é muito importante GF2/ A35.

Quanto ao enfoque psicológico, Delors (2003) assegura que a compreensão pelos outros faz com que cada um conheça melhor a si mesmo. E para o autor, a descoberta da multiplicidade dessas relações leva à busca de valores comuns e têm como fundamento a solidariedade.

Miotto (1997) traz à discussão a questão social quando historia sobre a família dos anos de 1990 que, segundo o autor, apresentam diferentes configurações, como o número reduzido de filhos, o aumento da concepção em idade precoce, das famílias monoparentais e da população idosa. Essa família, pontua o autor, encontra - se dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

As discussões grupais trouxeram à tona o conhecimento científico biológico relacionado ao sociológico e ao psicológico, vindo ao encontro dos autores pesquisados,

Miotto (1997), Elsen (2003) e Delors (2003). Também foi reflexão do Grupo Focal o conhecimento histórico-cultural das famílias.

Nos recortes seguintes o grupo focal pontua o contexto histórico-cultural da família e o conhecimento do território. Nessas falas, percebe - se a importância de se conhecer a história familiar

Conhecimento científico, cultural [...] Conhecer os grupos de risco, conhecimento geográfico [...] GF4/ A91.

Conhecimento não só de saúde[...] conhecer o território como um todo, desde dentro de casa [...] não basta só o conhecimento científico GF2/ A33.

A enfermeira tem que conhecer a história da família [...] vai encontrar pessoas da “alta sociedade” e pessoas “bem humildes” GF2/ A34.

[...] conhecer bem a família [...] ter habilidades para ver os problemas e poder agilizar a situação. Não adianta só o conhecimento científico se você não tem a ajuda das pessoas da comunidade [...] GF2/ A36.

[...] conhecer a família [...] ter conhecimento geral da comunidade, do saneamento, dos vetores das doenças, dos problemas políticos GF2/ A39.

Com esse entendimento, Marsiglia (2002, p. 119) assegura que

conhecer a família da qual se fala e para a qual muitas vezes dirigimos nossa prática profissional é muito importante; também é imprescindível compreender sua inserção social e o papel que a ela está sendo atualmente destinado [...]

Como afirma Demo apud Geovanini (2002), a cultura familiar refere-se a diferentes maneiras de ser, querer e produzir uma identidade histórica da comunidade tornando-a diferente das demais. O grupo focal ressalta o respeito aos valores

Respeitar valores individuais e coletivos. Planejamento com foco na realidade e necessidade do indivíduo e da família, respeitando seus valores. Descobrir formas de dizer sim ou não GF4/ A104.

Segundo Szymanski (2002) as famílias buscam uma adequação entre os valores herdados, os partilhados com os pares e os novos valores, que vêm de seu contato com outras informações e outros segmentos da sociedade. O autor esclarece a importância do respeito à cultura e aos valores das famílias. E declara que a formação dos profissionais deve contemplar a interdisciplinaridade no desenvolvimento humano de todos os seus membros.

Ao analisar-se as unidades de significação ficou evidente a importância do conhecimento da realidade das famílias

Conhecer a região [...] os recursos da comunidade, como a igreja, a escola, a mercearia, são pontos onde podemos fazer educação em saúde [...] Conhecer a realidade do local onde você vai atuar e as necessidades da comunidade [...] GF5/ A135.

[...] conhecer a área [...] conhecer a realidade de cada um que vai trabalhar [...] GF2/ A37.

Esses achados são importantes como afirma Elsen (2002) e se caracterizam por cuidados de proteção, quando efetiva medidas para garantir a segurança física, emocional e social do grupo familiar.

Também foram reflexões importantes do Grupo Focal o conhecimento da área de atuação, do perfil dos moradores, dos recursos disponíveis e das necessidades da comunidade

Para o trabalho com famílias o enfermeiro deve conhecer sua área de abrangência, o perfil dos moradores, a situação sócio-econômica-cultural [...] GF6/ A138.

Nas necessidades básicas da família entra a situação sócio-econômica, a saúde, a educação, a alimentação, o espiritual, o psicológico e o fisiológico GF3/ A80.

Saúde da família visa a prevenção e promoção da saúde. Deve-se promover a saúde integral, como a habitação, o lazer, a educação [...] GF1/A25.

Nessa perspectiva ainda foi exposto o conhecimento das aptidões pessoais (características internas) para o trabalho com famílias

[...] Temos que desenvolver características internas [...] para entendermos os fatores que interferem no processo saúde-doença GF8/D46.

[...] tenho que conhecer as minhas aptidões, do que eu sou capaz. Sou melhor em trabalhos com equipes, na liderança ou sou melhor se alguém me orientar no que fazer... tenho que trabalhar as habilidades que me faltam. A gente tem que se conhecer [...] GF2/ A40.

Habilidade você adquire em campo estando presente com as situações. A segurança nos cuidados com as famílias. O relacionamento com a família, falar com firmeza para passar confiança. Habilidades psicológicas, trabalhar com as famílias incorporando-as aos serviços da comunidade [...] GF2/ A45.

Nesse contexto, Bork (2003) considera competência emocional, o saber lidar com suas emoções em contato consigo mesmo e com o outro e assegura que a consciência das habilidades interpessoais leva a pessoa a lidar melhor com seus limites e possibilidades.

O conhecimento pessoal em Enfermagem é entendido como uma experiência interior que por intermédio do conhecimento do *self* é possível reconhecer o outro ser humano como pessoa (WALDOW, 1998). Segundo o autor, o conhecimento pessoal não é expresso diretamente por meio da linguagem, mas pelo cuidado sintonizado no respeito e na solidariedade.

O Grupo Focal pontuou aspectos sobre as questões legais da profissão do enfermeiro

Para o trabalho com famílias, o enfermeiro deve conhecer os aspectos legais [...] GF6/ A138.

[...] conhecer “o lugar onde está pisando” [...] pensar nos aspectos legais, o que pode, o que não pode [...] GF6/ A140.

Pontes et al (2001) confere em suas palavras a importância de se preparar cada vez mais para enfrentar situações que resultem em demandas judiciais. Para o autor, o profissional esclarecido age com maior segurança e dessa forma encontra elementos que o auxiliem, se necessário, em sua defesa. De acordo com as estatísticas fornecidas pelos conselhos de classe, há um aumento de denúncias e demandas judiciais que envolvem os profissionais de saúde e as instituições nas quais trabalham. Dessa forma, deve - se ter amplo conhecimento da legislação e do código de ética da profissão, para poder atuar nas especificidades que envolvem as famílias.

Como foi percebido, o Grupo Focal elencou vários elementos essenciais na estruturação das competências na promoção em Saúde da Família. No que diz respeito aos conhecimentos, apontou múltiplos aspectos, como: **a Política, a Religião, a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia, a Filosofia e a Ética. O conhecimento científico teórico - prático;**

abordou também questões referentes à **história da família, sua cultura** e por último as **aptidões legais** para a promoção e educação em Saúde da Família.⁸

6.2 CATEGORIA 2 – Aprender a fazer - Comunicação como habilidade de transformação da realidade

Nessa categoria verificaram - se alguns aspectos da comunicação como habilidade de transformação da realidade. Essa habilidade foi atribuída pelo Grupo Focal como interação na formação do vínculo, como desenvolvimento evidenciado pelo processo de integração entre os diferentes saberes e como resultado, sendo determinado pelo saber se comunicar, perceber e escutar e se fazer entender.

Analisando os depoimentos percebeu-se a ênfase na formação do vínculo, do pacto.

Para trabalhar em saúde da família tem que ter comunicação [...] ter habilidade em estabelecer a relação terapêutica [...] estabelecer um elo, um pacto, um vínculo [...] por mais que tenha todo o conhecimento teórico-científico, se não tiver habilidade em se comunicar, não vai formar vínculo [...] GF7/ D4.

Nesse contexto, Silva (1996, p. 9) assegura que

somos por excelência seres de comunicação e que no encontro comunicativo com os outros, nós descobrimos quem somos, nos compreendemos, crescemos em humanidade, mudamos para melhor e nos tornamos fator de transformação da realidade em que vivemos.

A integração entre os diferentes saberes ficou demonstrado nos recortes seguintes.

[...] deve-se pensar na integração entre os diversos saberes e buscar auxílio quando necessário [...] GF4/ A91.

⁸ Síntese da Categoria, idealizado por MEIER (2004).

[...] competência é a habilidade no saber fazer, o conhecimento e a comunicação GF7/ D4.

Diante disso, Silva (1996, p. 10) nos esclarece que a comunicação não se constitui apenas da palavra verbalizada, mas declara que “o corpo fala alto e sem máscaras”. Desse modo, ainda relata o autor, que a sabedoria quando nasce da inquietude científica busca o conhecimento em suas diferentes linguagens e saberes para a compreensão do ser humano e coloca-se a seu serviço.

Alonso (2003, p. 62) corrobora esse pensamento afirmando que o significado da experiência, muitas vezes, “não está exatamente naquilo que a pessoa narra, nem tampouco naquilo que é compreendido por quem ouve”. Deve-se portanto “buscar os significados, muitas vezes, nas entrelinhas dos discursos, por vezes também nas expressões não verbais [...] fortemente impregnadas de subjetividade [...]”.

Os participantes do Grupo Focal evidenciaram a comunicação na forma de saber se comunicar

Habilidade de se comunicar com a pessoa e a família [...] ter uma forma criativa para passar para as pessoas, não podemos falar em termos técnico-científicos [...] GF2/ A43.

Na comunicação usar linguagem de acordo com o nível sócio - cultural das famílias [...] GF5/ A134.

Nesse sentido, Stefanelli (1993) demonstra que para a comunicação ser efetiva, é necessário que as palavras usadas tenham significação comum. Pontua o autor que para que isto ocorra, é importante que o profissional conheça o repertório da família, ou seja, o grau de conhecimento, linguagem, vocabulário, expectativas, crenças, a bagagem cultural e experiência de vida que ela acumulou.

O Grupo Focal apontou a comunicação como perceber e escutar e se fazer entender.

[...] ter habilidade em se comunicar, de perceber quando as pessoas estão entendendo e de escutar [...] ter habilidade de se relacionar e de se fazer entender. Você pode ser um excelente enfermeiro na área hospitalar, mas pode não ter habilidade para trabalhar em Saúde da Família GF2/ A37.

Com esse entendimento, Silva (1996) expõe que decodificar, decifrar e perceber o significado das mensagens é tarefa do profissional de saúde, e para isso precisa ficar atento aos sinais verbais e não-verbais emitidos pelas pessoas com as quais atua. Diz o autor, que cabe à equipe, portanto, conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções junto às famílias, bem como primar pelo relacionamento entre os próprios membros da equipe. Dessa forma, poderemos identificar os problemas sentidos pelas famílias com base no significado que atribuem aos fatos que lhes ocorrem, e tentar ajudá-las a encontrar os meios para manter ou recuperar sua saúde. O autor ainda esclarece que o bem-estar do homem depende da comunicação que ocorre em todo o processo interpessoal ou grupal em que se vê imerso, tanto na sua vida pessoal como profissional.

Analisando os depoimentos, sobressaiu-se novamente explícita a dificuldade em trabalhar com as famílias.

Para trabalhar em Saúde da Família tem que ter comunicação [...] porque não sabemos se seremos bem recebidos [...] não é fácil trabalhar com famílias GF4/ A91.

Desse modo, Stefanelli (1993) aconselha que a enfermeira precisa esforçar-se por conhecer as famílias a fim de poder partilhar idéias. Ainda enfoca o autor, que a comunicação adequada deve levar em consideração a cultura e o ambiente no qual as pessoas estão

inseridas. Assegura que só assim poderá ajudar no processo de mudança e de recuperação da saúde da família.

Os participantes do Grupo Focal concluíram que a comunicação se reveste de diferentes formas, como a **formação do vínculo** e a **integração entre os diferentes saberes**, e transita pelos vieses do **saber se comunicar, perceber, escutar e se fazer entender**. Nesse contexto, a comunicação para Stefanelli (1993) é uma necessidade humana básica sem a qual a existência do ser humano seria impossível. Para o autor, a comunicação assume tal importância, que é considerada como capacidade ou habilidade interpessoal a ser adquirida pela enfermeira, independente de sua área de atuação.

Silva (1996) também declara que cada pessoa é um mundo à parte, com seu subjetivismo, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas. E as finalidades básicas da comunicação são entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade. A comunicação é para o autor, antes de mais nada, um ato criativo.

6.3 CATEGORIA 3 – Aprender a ser - Ética e responsabilidade como atitudes de caráter, harmonia e universalidade

Nessa categoria, reconheceu-se a responsabilidade e a ética como atitudes dos profissionais da saúde no cotidiano do trabalho com as famílias.

O Grupo Focal apontou a ética e a responsabilidade como atitudes vinculadas ao conhecimento. Destacou que esses elementos agregados à habilidade e ao conhecimento científico compõem as competências para o trabalho com as famílias. A responsabilidade também apareceu como atitude humanizada e de exemplo para a família. O grupo focal relacionou também a responsabilidade com a ética e a moral. A questão política aparece nas discussões, relacionada à responsabilidade e a falta de interesse dos profissionais. A ética e a

responsabilidade assumem também o sentido de não enfrentamento com as famílias, e a atitude de ser responsável pelos próprios atos.

Ao se analisar as unidades de significação, atenta-se para a ética e a responsabilidade vinculadas ao conhecimento

Ser competente é ter responsabilidade. Você não vai poder identificar o que está errado... se você não sabe... GF1/A3.

Competência é saber o que se está fazendo, conhecer, ter responsabilidade, e poder fazer sem dúvida [...] GF5/ A111.

Ter conhecimento do assunto, postura e ética [...]GF2/ A47.

Oguisso e Schmidt (1999) atribuem ao conhecimento científico e tecnológico a relação com a ética no vislumbre do sujeito-social – comunitário.

O Grupo Focal apontou a responsabilidade como atitude, sendo parte integrante da competência

Competência não é só técnica, é ter conhecimentos e responsabilidade [...] é atitude de completar a tarefa GF1/ A4.

A enfermeira deve colocar em prática seus conhecimentos e habilidades. Levantar os problemas e tomar atitudes coerentes com a situação. Responsabilidade, habilidade e conhecimento científico leva a uma atitude adequada frente às situações Gf2/ A53.

Competência é ter responsabilidade por alguma coisa. Formação ou capacitação que está dando a formação para estar responsável por

determinado assunto, área do saber, do conhecimento ou da profissão. Entendo que a competência não é só o saber fazer [...] GF7/ D1.

Nisembaum (2000, p. 91) cita competências individuais que integram conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos a novas situações e ambientes, assim como “lidar com responsabilidades e expectativas do ambiente de trabalho, incluindo a capacidade de trabalhar com outros”.

Nestes recortes, percebemos a responsabilidade e a ética como atitude humanizada

Atitude humanizada. Você tem que ter responsabilidade, agir com inteligência, saber lidar com as situações inesperadas GF2/ A48.

Atitude ética, humana, ser o exemplo para a família GF2/ A49.

Ter uma atitude correta que significa que o paciente presta muita atenção em você. Não pode ser “faça o que eu digo e não faça o que eu faço”. O que você diz precisa fazer. Ser o exemplo. Tentar resolver, não só ver o que está errado. Tomar a frente da situação GF2/ A47.

Boff (2003, p. 27) descreve, com propriedade, a ética humana entre as pessoas e com a Mãe Terra. O autor enfatiza a construção de um novo *ethos* “que permita uma nova convivência entre os humanos e com os demais seres da comunidade biótica, planetária e cósmica [...]”. Esse *ethos* ganhará corpo nos valores, atitudes e comportamentos consoante às várias tradições culturais e espirituais e dará rumo ao ser humano revestindo-se de formas cada vez mais coletivas de realização.

A responsabilidade relacionada à ética e à moral foram discussões no Grupo Focal

[...] ter responsabilidade, ética e moral GF2/ A50.

Melo (2001), nesse sentido, refere - se à responsabilidade social que envolve a ética, o respeito, a tolerância e a moral. Para o autor, a responsabilidade e o respeito são os dois grandes fundamentos de uma ética humanista universal.

Na análise das comunicações observamos que emerge novamente a questão política, agora relacionada com a responsabilidade e a falta de interesse dos profissionais.

A questão política interfere na educação e promoção em Saúde da Família. É mais difícil, “vou pegar os papéis... vou tomar café”... atrapalha o processo em Saúde da Família. Devemos ser responsáveis [...] falta interesse dos profissionais GF3/ A87.

Campestrini (2001) esclarece que a moral, o direito e a política devem se submeter à ética e que o conflito entre os interesses deve ser para o estabelecimento de políticas que visem ao bem estar coletivo. E, sempre que houver conflito entre um interesse individual e um princípio ético, deverá prevalecer a ética.

Para Elsen (2003) o processo de viver das famílias e sua qualidade de vida estão inseridos no contexto físico - social e as decisões políticas devem visar sempre à saúde e ao bem estar das pessoas, famílias e comunidades.

Nessas falas, percebemos a ética relacionada ao não enfrentamento com as pessoas

[...] ética é um comportamento que faz parte da promoção em saúde [...] o enfermeiro não pode fazer enfrentamento com as pessoas. Trabalhar com toda a família com sabedoria, inserindo-a num programa de cuidados GF3/ A68.

[...] ser ético e ter a capacidade de agregar valores [...] discutir qual é a melhor ação [...] o porque [...] competência para resolver conflitos [...] GF8/ D41.

Segundo Oguisso e Schmidt (1999) podem ocorrer conflitos entre os valores pessoais ou culturais do enfermeiro(a) e os valores dos clientes/ famílias, sendo que aqueles não devem interferir na qualidade da assistência prestada.

O Grupo Focal pontua novamente a dificuldade em trabalhar com as famílias, nesse momento relacionando esses aspectos com a ética.

[...] ética é um comportamento que faz parte da promoção em saúde. É difícil e complicado, mas o enfermeiro deve orientar toda a família. São novos tempos [...] GF3/ A68.

Da mesma forma para Campestrini (2001, p. 54) “a ética tem o compromisso com a cultura da não violência e respeito à vida”, na educação dos jovens para a “não crueldade ensinando que a pessoa humana é infinitamente valiosa e deve ser incondicionalmente defendida”.

Foi discussão grupal a questão da responsabilidade pelas próprias atitudes

Ser ético é ser responsável pelas suas atitudes GF6/ A158.

Para Fortes (1998) a ética visa garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos. O autor nos leva à reflexão ao falar da sociedade atual, na qual coexistem diferentes compreensões e interpretações sobre os princípios e valores ético - sociais.

Nessa perspectiva, muitos profissionais da saúde passam a reorientar suas práticas, buscando enfrentar de forma global os problemas de saúde encontrados, para melhor entender o processo de viver das famílias e das comunidades.

O Grupo Focal apontou a ética e a responsabilidade como **atitudes** a comporem as competências na promoção em Saúde da Família. Uma ética dita social que se exterioriza em justiça, solidariedade, respeito e responsabilidade.

Foi discussão grupal a ética e a responsabilidade **vinculadas ao conhecimento**. Como atitudes em conjunto com o **conhecimento científico** e a **habilidade compondo as competências** para o trabalho com famílias.

Boff (2003) fala da urgência de um novo *ethos* de benevolência e de paz para com a vida, para com a sociedade e para com as pessoas. Nesse sentido, o grupo focal pontuou a questão da responsabilidade relacionada com a humanização. Também emergiu nas discussões grupais a responsabilidade relacionada à ética e à moral.

Fortes (1998) por sua vez, anuncia uma reflexão ética necessariamente multiprofissional, nela participando, ativamente, filósofos, teólogos, sociólogos, antropólogos, juristas e religiosos. Essa reflexão assume essencialmente um sentido autônomo e humanista.

6.4 CATEGORIA 4 – Aprender a viver e trabalhar juntos - Trabalho em equipe

Nessa categoria, relatam - se os aspectos da relação interpessoal como habilidade para viver e trabalhar juntos, necessária para a promoção em Saúde da Família. Essa habilidade foi evidenciada no Grupo Focal como aptidões internas para o trabalho em equipe, habilidade no contato com as famílias, com a comunidade, do professor com os alunos e habilidade de convivência entre os próprios profissionais da saúde e a seguir, a importância da enfermeira buscar o apoio na equipe multiprofissional para o melhor entendimento e desenvolvimento do cuidado com famílias.

Foi evidenciado no Grupo Focal o trabalho em equipe com o desenvolvimento de aptidões internas

Participar, interagir, somar valores próprios e coletivos. Delegar ações a pessoas que irão desenvolver o trabalho de enfermagem [...] GF4/A97.

Ter humildade sem ser submisso e também não achar que sabe tudo [...] somos uma equipe GF6/ A158.

Silva (1996) menciona que saber lidar com as diferenças, minimizando-as quando possível, é fundamental, assim como entender que a coesão de um grupo é o resultado das forças de atração exercidas sobre seus membros mantendo-os unidos.

A liderança emergiu no grupo focal como parte do trabalho em equipe

Eu penso que o enfermeiro nunca está trabalhando sozinho, está em equipe, e em Saúde da Família não é diferente. Tem que ter em primeiro lugar um perfil de líder (esse líder que nós entendemos não é feito, é nato, nasce dentro de nós) [...] GF3/ A57.

[...] todos os dias surgem situações novas, o enfermeiro tem que ser líder e ter humildade para aprender, para poder direcionar a equipe, dividir as tarefas e fazer o planejamento GF3/ A61.

O líder, para Bersusa e Riccio (2001, p.88) “tem a função de contribuir para a tarefa na qual o grupo está empenhado, na manutenção e no desenvolvimento do grupo”.

Foi destaque no Grupo Focal, o uso da criatividade

Usar a criatividade e desenvolver capacidades de trabalhar com pessoas GF4/ A101.

A criatividade para Sá e Fugita (2001, p. 56) “estimula o crescimento individual e coletivo, impulsiona a humanidade rumo a novas descobertas, confere ao ser humano a

capacidade de associar idéias que estimulem seu ajustamento ao ambiente que o cerca, aperfeiçoando-o e/ou modificando-o e propicia o caminho para a resolução de situações não-rotineiras”.

Para Mancia et al (2003) é dar vazão ao processo criativo porque serve de elo integrador na equipe gerando em seus componentes sentimentos de solidariedade e de trabalho coletivo.

Neste recorte percebemos a iniciativa e a perseverança como habilidade no trabalho com pessoas

Habilidade em trabalhar em equipe, habilidade de iniciativa, perseverança, não é porque não deu certo que não se vai insistir GF6/A153.

Nesse contexto, Delors (2003) assegura que o conhecimento e a técnica devem ser completados com a aptidão para as relações interpessoais. E o desenvolvimento dos serviços exige o cultivo de qualidades humanas que correspondem à capacidade de estabelecer relações estáveis e eficazes entre as pessoas. Alude ainda o autor, que a intuição e a capacidade de manter unida a equipe são extremamente importantes, e dessa forma lança um questionamento: como ensinar estas qualidades mais ou menos inatas?

Foi objeto das sessões grupais, a habilidade no trabalho com a família e com a comunidade

Eu penso que o enfermeiro nunca está trabalhando sozinho, está em equipe, e em Saúde da Família não é diferente. Ter habilidade para discernir sobre o problema com o qual estaria lidando e uma visão holística porque em Saúde da família, eu creio, que você não vai à casa de um cliente para ver só o paciente, tem que ver a família. Aquela pessoa que está ali cuidando deve estar estressada, a situação sócio-econômica... O enfermeiro tem que ter uma visão, uma percepção de tudo o que engloba a saúde da família GF3/ A57.

Dentro da proposta em Saúde da Família, a competência está voltada quase que integralmente para a habilidade [...] no contato com outras pessoas, já que existe a interação com a comunidade. Habilidade do profissional de saúde com relação à família [...] GF7/ D3.

O Grupo Focal também mencionou a dificuldade em lidar com as famílias

[...] para o enfermeiro trabalhar em Saúde da Família, tem que ter um perfil (quando falo em perfil penso que o enfermeiro tem que ter uma linguagem de fácil acesso para que as pessoas possam interpretar), determinadas características (se adequar à família que se está trabalhando, porque entendo que cada família é de um jeito) [...] ter muitas vezes um certo “jogo de cintura”, é difícil lidar com as famílias como um todo [...] GF3/ A55.

Analisando os depoimentos do Grupo Focal, notou-se a ênfase atribuída à interação entre professor - aluno

Dentro da proposta em Saúde da Família, a competência está voltada quase que integralmente para a habilidade [...] do professor que se propõe a trabalhar com os alunos; habilidade em perceber como que o aluno está recebendo a informação GF7/ D3.

A interação professor - aluno segundo Sordi e Bagnato (1998) deve visar a construção do saber do indivíduo, estimular a reflexão, a capacidade de observação, análise, crítica e autonomia. Os autores complementam que essa interação, além de dar ênfase ao saber e ao saber-fazer, deve direcionar-se ao saber-ser, para que o aluno possa transformar a prática e reexaminar a sua concepção de mundo. Com essas premissas, crê-se que o aluno se aproprie de elementos para uma inserção profissional nos planos do saber, da prática e sobretudo da ética.

Ao analisar as unidades de significação, destaca-se a importância atribuída à convivência entre os profissionais da equipe de saúde.

[...] as pessoas não têm ação, repetem os mesmos modelos, não percebem nada. É o mínimo pelo máximo. Coisa de enfermeira:

“minha equipe, meu doente, minha clínica...” Temos que aprender a viver juntos e conviver com os outros GF8/ D30.

[...] delegar ações a pessoas que irão desenvolver o trabalho de enfermagem. Treinar a equipe para resolver conflitos entre os componentes da própria equipe e família. Ser um agente conciliador GF4/A97.

Competência é ter responsabilidade no saber fazer e no mandar fazer [...] se eu estou numa equipe e tenho que distribuir funções eu tenho que saber trabalhar em equipe [...] GF1/A6.

Para Bersusa e Riccio (2001) o desenvolvimento de uma equipe está intimamente ligado à sua crença e à sua filosofia. A partir dessa visão, segundo os autores, a equipe pode se desenvolver com eficácia e ter um rumo norteador na busca da coesão grupal. Da mesma forma pensamos que uma equipe coesa, que compartilhe os mesmos objetivos, tem mais condições de interagir e perceber o mundo peculiar das famílias.

Com esse entendimento, o Grupo Focal apontou também a necessidade de buscar o apoio da equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho com famílias

É preciso que o enfermeiro tenha humildade porque ele está em uma equipe grande, uma equipe multiprofissional que trabalha em Saúde da Família. Buscando o apoio da equipe, aprende todos os dias com a equipe, com as situações e com as famílias [...] GF3/ A61.

Eu penso que promover a saúde é buscar um meio (não interferindo de uma forma brusca na vida da pessoa) para que ela vá mudando talvez os seus hábitos, que podem comprometer a saúde de um dos membros ou até de toda a família. Para isso, a enfermeira deve buscar o apoio da equipe multiprofissional [...] GF3/ A73.

Em Saúde da Família [...] a habilidade é a rapidez no agir perante as situações encontradas, segurança, e saber trabalhar em equipe multiprofissional GF2/ A44.

Segundo Bersusa e Riccio (2001) o espírito de trabalho em equipe tem que estar presente na equipe multiprofissional, no entendimento e apoio de seus integrantes. Também se entende que a união da equipe multiprofissional trará benefícios às famílias, que dependem, muitas vezes, do apoio dessa equipe para dar rumo às suas vidas.

O interesse dos profissionais e a habilidade para o trabalho multiprofissional ficou demonstrado no recorte seguinte

O enfermeiro tem que ter uma visão do todo, para que a equipe trabalhe junto, que tenha uma divisão de tarefas, para que o projeto seja conduzido com eficiência. O interesse dos profissionais é fundamental. O enfermeiro deve ter habilidade para o trabalho em equipe GF3/ A89.

No Grupo Focal foram pontuadas questões relevantes sobre o **trabalho em equipe** como uma habilidade necessária à promoção e educação em Saúde da Família. Essa habilidade deve ser constantemente incentivada e desenvolvida em relação ao cuidado com as famílias. Nas sessões grupais, foram destaque as **aptidões internas** para o trabalho em equipe, a **habilidade no contato com a família e com a comunidade**, a **interação professor-aluno**, a **convivência entre os profissionais da área da saúde** e o **apoio da equipe multiprofissional**. Segundo Duarte (2001) é necessário repensar constantemente o processo de atuação do enfermeiro e a sua relação com os outros profissionais de saúde, considerando as concepções do saber, área do conhecimento, espaço profissional e papéis. É indispensável ter conhecimento sobre a profissão, definindo seu objeto de atenção, seu campo de atuação e adotar um comportamento ético.

Com essa postura, acredita - se que será possível uma convivência harmoniosa entre os profissionais da equipe de saúde, o que resultará em benefícios no atendimento à família e à comunidade no que concerne à promoção, à educação em saúde e a qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecer a importância da promoção e da educação em Saúde da Família é inevitável. É imprescindível, porém, não só reconhecer essa necessidade, mas compreender e vivenciar o contexto familiar na sociedade contemporânea. Essa família que se apresenta de forma diferenciada, nem sempre constituída pela tríade pai, mãe e filho, requer dos profissionais da saúde novos olhares, sob uma ótica multiprofissional e transdisciplinar. Para isso, a Enfermagem deve aliar-se a outros saberes tais como, a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia, a Filosofia e a Ética, no intuito de desenvolver as competências no cuidado familiar em saúde.

Nessa pesquisa, buscou-se conhecer as competências para a promoção e educação em Saúde da Família na concepção docente e discente de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba, porque se entende que na academia, juntos, devem interagir na construção e reconstrução do conhecimento em saúde, para a melhoria da qualidade de vida das comunidades. Demo (2000) nesse contexto define que aprender é reconstruir, no sentido de que a aprendizagem autêntica desconstrói e reconstrói constantemente seus limites.

O objetivo acima exposto foi atingido, uma vez que os sujeitos envolvidos externaram suas opiniões e sentimentos em relação à temática proposta.

Quanto à metodologia, inicialmente surgiram inquietações sobre o que, e qual a melhor forma de sistematização dos Grupos Focais. Aprofundou-se na literatura para colher subsídios e elaborar um guia de temas que atendesse aos objetivos da pesquisa, o que demandou estudo e muito empenho. Entender a metodologia era necessário para depois implementá-la. As informações obtidas e a realização de um Grupo Focal piloto, subsidiaram o trabalho para que, com mais conforto e segurança, realizássemos as oito sessões grupais que compõem o presente estudo. Salienta-se também que o Grupo Focal proporcionou uma

vivência ímpar na condução e observação das sessões grupais por nós experienciada. A utilização desse instrumento de coleta de dados foi adequado e oportuno ao evidenciar as competências na promoção e educação em Saúde da Família. Foram identificadas quatro categorias, que apresentam uma ligação com as bases teórico – conceituais de Delors (2003) e fundamentam o presente estudo. Se configuram conforme segue:

Categoria 1 – Aprender a conhecer - Conhecimento como instrumento da compreensão

Conhecimento amplo, perpassando pelos diferentes saberes; conhecimento da Política, Religião, Antropologia, Sociologia, Filosofia e Ética; conhecimentos relacionados às competências para a promoção e educação em Saúde da Família.

Categoria 2 – Aprender a fazer - Comunicação como habilidade de transformação da realidade

Atuação sobre a realidade para transforma-la; habilidade na formação do vínculo com a família; processo de interação entre os diferentes saberes; saber se comunicar; perceber e escutar; se fazer entender.

Categoria 3 – Aprender a ser - Ética e responsabilidade como atitudes de caráter, harmonia e universalidade

Atitudes vinculadas ao conhecimento; atitudes agregadas à habilidade e ao conhecimento científico compondo as competências para o trabalho com as famílias; atitude humanizada; exemplo para as famílias; atitudes relacionadas à moral; falta de interesse dos profissionais da saúde; não enfrentamento com as famílias; responsabilidade pelos próprios atos.

Categoria 4 – Aprender a viver e trabalhar juntos - Trabalho em equipe

Habilidades para viver e trabalhar juntos; aptidões internas para o trabalho em equipe; habilidades no contato com as famílias, do professor com os alunos; habilidade de convivência entre os próprios profissionais da saúde; apoio na equipe multiprofissional.

Dessa forma, pôde-se inferir, a partir dos resultados encontrados, que foram subsidiados pela Análise de Conteúdo de Bardin (1977), o conceito de competências em Saúde da Família assim representado pelo Grupo Focal:

A competência para a promoção e educação em Saúde da Família compreende o conhecimento amplo (Política, Religião, Antropologia, Sociologia, Psicologia, Filosofia e Ética), o conhecimento científico e da prática, das aptidões internas e o conhecimento das questões legais, considerando o contexto histórico - cultural das famílias. A habilidade na comunicação e no trabalho em equipe, atitude ética e de responsabilidade (Grupo Focal 2004).

Quanto ao desenvolvimento do Grupo Focal, o moderador e o observador registraram as reações verbais e não verbais dos participantes, que em geral na primeira sessão grupal mostraram-se ansiosos.

Para os acadêmicos de Enfermagem, as sessões em Grupo Focal representaram um espaço de aprendizagem. Puderam expor suas idéias e inquietações quanto a complexidade na promoção e educação em Saúde da Família, conforme se pode observar nas falas seguintes:

A gente não espera o que vai encontrar, tem coisas que você acha que sabe, mas vai se deparar com situações bem diferentes. Direcionando para a Saúde da Família vamos encontrar pessoas carentes, às vezes drogados e doentes mentais, você não sabe que situação vai encontrar [...] GF2/ A44.

Tem que ter muitas vezes, dependendo da situação, um certo “jogo de cintura” (entonação na voz) porque as vezes é difícil lidar com as famílias como um todo [...] GF3/ A55.

Eclodiu também a questão do preparo deficiente na graduação em Enfermagem para o cuidado com as famílias. O estudo da Antropologia, Sociologia, Psicologia e da Ética é descontextualizado da promoção e educação em Saúde da Família. Analisando as unidades de significados, percebeu - se esse fato na forma de desabafo, conforme segue:

Enquanto acadêmicos de Enfermagem, deveríamos ter mais contato com a comunidade. Falta campo prático, estamos mais acostumados com a sala de aula e com o laboratório. Ao sair da graduação vamos estar em contato com a comunidade [...] está faltando o campo real na área da Saúde da Família [...] GF2/ A40.

Os participantes do 6º período encontravam-se ansiosos na primeira sessão grupal e no decorrer das discussões apresentaram períodos de silêncio, o que exigiu maior empenho na moderação. Na segunda sessão apresentaram-se mais descontraídos. No Grupo Focal ficou evidente:

- a educação em saúde: palestras na Unidade de Saúde, com foco no modelo biologicista;
- a dificuldade em trabalhar com as famílias;
- a confusão entre promoção e prevenção;
- a preocupação com a sua própria saúde e em ser o exemplo para as famílias.

Os acadêmicos do 7º período apresentaram-se inseguros no primeiro momento, advindo logo após a descontração e a liderança de um dos participantes, contrastando com outro que o tempo todo precisou ser instigado pela moderação. Nas discussões ficou evidente o foco no modelo biologicista, porém, já trazendo a preocupação com os aspectos sócio-político-culturais em relação à Saúde da Família.

O Grupo Focal do 8º período apresentou atuação diversa dos períodos anteriores. A descontração, a segurança, a convicção, a criatividade a união e o entrosamento foi a tônica do grupo. Apresentaram questões relevantes sobre a temática, com uma visão crítico-reflexiva acerca da importância das competências do enfermeiro na promoção e educação em Saúde da Família.

O grupo dos docentes foi informal e descontraído. Percebeu-se familiaridade com os assuntos discutidos, e uma visão crítico-reflexiva do papel do enfermeiro junto à família e a comunidade. Ficou evidente também o trabalho do enfermeiro na sociedade atual, e a importância do desenvolvimento das competências em Saúde da Família. A educação continuada também foi destaque nas discussões grupais desses docentes, e a Ética emergiu vinculada à questão político-ideológica. A reflexão sobre a origem da profissão fez parte do Grupo Focal. Segundo esses docentes, as questões apresentadas estão vinculadas à promoção e à educação em Saúde da Família e devem ser alvo de discussões no Ensino Superior.

Diante do conceito de família que segundo Elsen (2002, p. 12) é “um sistema de saúde para seus membros [...] um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença” e de Saúde da Família como “mergulhar num mar de diversidades [...] mergulhar na sua rede de interações, tanto intra como extra - famílias, o que vale dizer trazer à tona suas necessidades, suas potencialidades, suas forças, traçando sua rede e suporte social, envolvendo a sua comunidade, ambiente, seu território, seu planeta, situando-a num tempo e num espaço, enfim, contextualizando-a” (NITSCHKE e ELSSEN, 2000, p. 37), percebe-se ainda incipiente o discurso e a prática de docentes e discentes de enfermagem quanto às competências na promoção e educação em Saúde da Família.

Dessa forma se fazem necessárias pesquisas no âmbito das competências em Saúde da Família no Ensino Superior de Enfermagem para que as investigações venham a colaborar na

adequação do Projeto Político Pedagógico e da configuração curricular das Instituições de Ensino Superior, com o intuito de formar profissionais competentes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa/ Estratégia Saúde da Família (PSF), que contemplem a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei Nº 9.394/96 (LDB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde.

Frente às considerações anteriores, entende-se que, estudos e reflexões sobre famílias, devem contemplar o processo de viver e adoecer das comunidades, situando a família como promotora da saúde e da vida. Percebe-se, porém, que esse entendimento ainda está longe de acontecer no cenário dos Cursos de Graduação em Enfermagem. O que existe hoje, são iniciativas isoladas com foco no ensino por competências, por outro lado, percebe-se docentes preocupados em “transmitir conteúdos”, descontextualizados da prática e da realidade de saúde das populações. Nesse sentido Elsen (2002, p. 22) nos fala de “uma abordagem teórica que focalize a família, seu mundo interior, suas relações e possíveis interfaces com a saúde e a doença, que certamente trará significativas contribuições para a prática profissional”.

Entendemos que para o enfermeiro desenvolver competências em Saúde da Família no curso de graduação, é necessário que as instituições, o corpo docente e discente estejam dispostos a entender as famílias como únicas em seu ambiente bio-psico-social-cultural e político. Com esse entendimento, Geovanini (2002) declara a necessidade do enfermeiro incorporar uma prática inovadora que ultrapasse as barreiras institucionais, quebre o *status-quo* e dê um salto de qualidade rumo ao exercício pleno e humanizado da profissão.

Essa pesquisa descortinou também possibilidades a outros estudos, os quais, devem ser foco de atenção dos profissionais da saúde, porque se acredita que pesquisas com famílias possibilitarão respostas frente a complexidade do cuidado familiar em saúde

REFERÊNCIAS

ABEN – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEN). **Relatório Final do 3º SENADEN**. Rio de Janeiro, 20 a 23 de Março – 1998.

ALBARRACÍN, Daniel G. E. **Saúde-doença na enfermagem: entre o senso comum e o bom senso**. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2002.

ALMEIDA, Márcio. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALONSO, Ilca K. O cuidado de enfermagem na saúde da família: sob um olhar da Antropologia da Saúde. **Rev. Tec. – cient. Enferm.** Curitiba, v.1, n.1, p. 60-65, jan./ fev. 2003.

BAGNATO, Maria H.S. Concepções pedagógicas no ensino de enfermagem no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.6, n.3, p. 241-258, set/ dez. 1997.

_____. Formação crítica dos profissionais da área de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. V.8, n.1, p. 31-42, jan./ abr. 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRENS, Marilda A. Projetos de aprendizagem colaborativa num paradigma emergente. In: BEHRENS, Marilda A.; MORAN, José M.; MASETTO, Marcos T. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. 3.ed. São Paulo: Papirus, 2000.

BEHRENS, Marilda A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. 3.ed. Curitiba: Champagnat, 2003.

BERSUSA, Ana A S.; RICCIO, Grazia M.G. Trabalho em equipe: instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2001.

BLEGER, José. **Temas de psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

BORK, Anna M. T. (col.). **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa in promoção da saúde**. Brasília/D.F, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 198/ GM/ MS. **Educação Permanente e Saúde/ SUS**. Disponível em: [http:// www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes). Acesso em: 10 Jul. 2004.

CAMPESTRINI, Danilo. **Questões éticas**: conflito de interesses, vulnerabilidade e confidencialidade. In: CURSO DE CAPACITAÇÃO SOBRE ÉTICA EM PESQUISA. 2001, Itajaí , UNIVALI. Anais... p.51- 60.

CARLINI – COTRIN, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo: v.30, n.3, p. 285 – 93, Jun.1996.

CASSI, Cristian C. A. V. **Prática docente do enfermeiro: olhares em torno dos elementos articuladores**. Curitiba, 2004. 186 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós – Graduação em Educação, Universidade Tuiuti do Paraná.

CIANCIARULLO, Tamara I.; GUALDA, Dulce M. R.; SILVA, Gilberto T. R.; CUNHA, Izabel C. K. O (org.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

CORRÊA, Rubens G. **Visualizando possibilidades de recuperação do usuário de drogas em grupos focais**. Curitiba, 2000. 133 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

DALL’AGNOL, C.M., TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev.Gaúcha Enf**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5 – 25, Jan. 1999.

DEBUS M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DELORS, Jacques (coord.). **Educação: um tesouro a descobrir**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas,2000.

DILLY, Cirlene M.L.(col.). **Processo educativo em enfermagem**. São Paulo: Robe, 1995.

DUARTE, Maria J. R. S. et al. **Enfermagem fundamental**: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2001.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia S.; SILVA, Mara Regina S. (org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM, 2002.

ELSEN, Ingrid. A família como objeto de estudo. Ciência, Cuidado e Saúde. **Rev. Depart. Enferm. – UEM**. Maringá, v. 2, supl., 2003.

ERN, Edel; BACKES, Vânia M. S. Currículo: aspectos que educadores e educandos de enfermagem devem conhecer. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p. 43 – 52, jan./ abr. 1999.

FORTES, Paulo A. C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 26.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GEOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GERMANO, Raimunda M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1985.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M.C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.35, n.2, p. 115 - 21, jun. 2001.

KAWAMOTO, Emília E. (Coord.); SANTOS, Maria C. H.; MATTOS, Thalita M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KUENZER, Acácia Z. O que muda no cotidiano da sala de aula universitária com as mudanças no mundo do trabalho? In: CASTANHO, Sérgio; CASTANHO, Maria E. (org.). **Temas e textos em metodologia do ensino superior**. São Paulo: Papirus, 2001.

LOUREIRO, M. M.; VAZ, M. R. Projeto Político-pedagógico para os cursos de enfermagem: reflexões a partir da prática educacional. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p. 133 - 148, jan./ abr. 1999.

MACEDO, Arthur R. Diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem. In: ALMEIDA, M. (org.). **Diretrizes curriculares para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

MANCIA, J. R. et al. Tecnologias e inventos de enfermeiras: cuidando com criatividade. **Rev. Tecnic. Enferm**, Curitiba, v.1, n.1, p. 18 – 21, jan./ fev. 2003.

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.

MARSIGLIA, Regina M. G. Famílias de baixa renda na periferia do município de São Paulo: questões para os serviços de saúde. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v. especial, n. 71, p. 81 – 189, set. 2002.

MATURANA, Humberto. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MEDEIROS, Roseana Maria (col.). **Construção de competências em enfermagem**. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

MEIER, Marineli J.; KUDLOWIEZ, Sara. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.12, n.3, p. 394 - 399, jul/ set. 2000.

MEIER, Maineli J. **Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. Florianópolis, 2004. 216 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

MELO, Osvaldo F. **O pesquisador e a ética**. In: CURSO DE CAPACITAÇÃO SOBRE ÉTICA EM PESQUISA. 2001, Itajaí, UNIVALI, Anais... p. 33 – 48.

MINAYO, Maria Cecília de S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MIOTO, Regina C. T. Família e serviço social: contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: n.55, p. 114 - 130, nov.1997.

MORGAN, David L. **Grupos focais como pesquisa qualitativa**. Portland State University. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1998.

NISEMBAUM, Hugo. **A competência essencial**. São Paulo: Infinito, 2000.

NITSCHKE, Rosane G.; ELSÉN, Ingrid. Saúde da família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós-modernidade. **R. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, p. 35-48, dez. 2000.

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

OLIVEIRA, Mirian; FREITAS, Henrique M. R. Focus – group pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. **Rev. de Administração**. São Paulo, v.33, n.3, p. 83 – 91, jul/ set. 1998.

PERRENOUD, Philippe. **10 novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PICHON - RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martin Fontes, 1998.

PONTES, Rosani. A. et al. Questões ético-legais vivenciadas pelos profissionais de um serviço municipal de saúde: indagação e proposições. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.6, n.2, p. 36 – 42, jul./ dez. 2001.

RESSEL et al. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**, article, spring 2002. Disponível em: < <http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 10 nov. 2003.

RIZOTTO, Maria L. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROSO, Adriane. Grupos focais em psicologia social: da teoria à prática. **Rev Psico**. Porto alegre, v. 28, p. 155 - 169, jul./ dez., 1997.

SÁ, Ana C.; FUGITA, Rose M. I. A criatividade como instrumento em enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tâmara I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SAUPE, Rosita (org.). **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998.

SILVA, Maria J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 6.ed. São Paulo: Gente, 1996.

SORDI, Mara R. L.; BAGNATO, Maria H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.6, n.2, p. 83 - 88, abril 1998.

STEFANELLI, Maguida C. 2.ed. **Comunicação com o paciente**. São Paulo: Robe, 1993.

SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v. especial, n. 71, p. 9 - 25, set. 2002.

TERRIS, Milton. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: **Desarrollo de la estructura**. Primera Sección. OPAS, 1999.

TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 21, n.2, p.135-143, ago.,1987.

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

UNICOVSKY, Margarit Ana R.; LAUTERT, Liana. A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. In: SAUPE, Rosita (org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998.

VASCONCELLOS, Eymar M. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001 a.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2.ed. São Paulo – Sobral: Hucitec, 2001 b.

WALDOW, Vera R.; MEYER, Dagmar E.; LOPEZ, Marta J.M. (org). **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Saint Panam**. São Paulo, v. 120, n. 6, p. 472 – 81, 1996.

WITT, Regina R.; ALMEIDA, Maria C. P. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 559-68, out./ dez. 2003

ANEXOS

ANEXO A

MATERIAL DE APOIO

Síntese utilizada na segunda sessão grupal.

Acadêmicos Enfermagem – 6º período

Diante das questões propostas para a discussão no Grupo Focal, surgiram as seguintes reflexões.

Questão 01 – Qual é o entendimento do grupo quando se fala em competência, em ser competente?

Competência é um conjunto de fatores como os conhecimentos, as habilidades, o domínio da técnica, a afeição, a disciplina, e o saber como agir. É perceber o problema, é mais do que realizar, é ter liderança, organização e planejamento.

Questão 02 - Qual a compreensão de vocês quando se fala em Promoção da Saúde?

Promoção da saúde é uma forma de prevenção da doença e abrange toda a família (não só o doente). Se realiza através de campanhas e informativos utilizando-se dos meios de comunicação. Envolve educação, orientação, reeducação sobre os fatores de risco das comunidades. A humanização e a auto - promoção da saúde, envolvendo os acadêmicos de enfermagem no cultivo de hábitos saudáveis, faz- se necessário no intuito de rever seus próprios hábitos e de ser o exemplo para os clientes.

Questão 03 – Como vocês percebem a questão da Educação em Saúde?

A Educação em Saúde deve ser contínua visando a resultados, pois tem se observado que não tem promovido mudanças. Inicia com o próprio profissional devendo o enfermeiro ter a postura de educador, criando laços entre os elementos da equipe, desenvolvendo habilidades

personais para lidar com equipes e profissionais ditos “fechados”. Promove a equipe para ser multiplicadora, utilizando-se de reciclagens periódicas e dos meios de comunicação. Percebe-se a necessidade do resgate da humanização envolvendo toda a família. Nesse processo é preciso ter calma e paciência.

Questão 04 – O que significa para vocês a expressão Saúde da Família?

Questão 05 – O que vocês têm a dizer quando se fala em promoção e educação em Saúde da Família?

É educação continuada calcada na prevenção e promoção da saúde de forma integral, habitação, lazer e educação, envolvendo a equipe, o paciente, a família e a comunidade, principalmente nos aspectos psicológicos e sociais.

Promoção do conhecimento com o apoio e envolvimento familiar integrando o doente na família e na sociedade. Inserção do profissional, não só nos problemas de doença, mas na saúde. Saúde da Família é vida, é alegria.

Ao final das discussões, foi realizada uma síntese dos aspectos comentados, concluindo com o grupo: “A educação, a promoção e a Saúde da Família são elos de uma corrente que se interligam. Deve-se pensar a longo prazo na continuidade da vida com qualidade, promovendo condições para a família adotar hábitos saudáveis. Por outro lado é complicado e difícil porque muitas vezes as pessoas fazem opções pessoais não saudáveis”.

ANEXO B

MATERIAL DE APOIO

Síntese utilizada na quarta sessão grupal

Acadêmicos Enfermagem – 7º período

Diante das questões propostas para a discussão no Grupo Focal, surgiram as seguintes reflexões.

Para a enfermeira trabalhar em Saúde da Família precisa ter um perfil característico para passar as informações, não adianta só a competência técnica e os conhecimentos, ela deve usar a criatividade.

É difícil trabalhar com as famílias. A enfermeira deverá ter facilidade para se comunicar, utilizar o mesmo nível de linguagem da família, visando a compreensão. O conhecimento técnico, a linguagem médica. As famílias não entendem, gerando dificuldades quando vão para casa com a dúvida.

A enfermeira deve trabalhar em equipe e ter o perfil do líder (que é inato), porém pode ser desenvolvido no decorrer da graduação; ter conhecimento científico e cultivar uma visão holística, percebendo o paciente no seu contexto familiar. Também deve ter percepção sobre a Saúde da Família e estar atualizada nas questões de Saúde da Família e Saúde Coletiva. Necessita ler mais, ter mais informações, mais conhecimentos sobre o trabalho desenvolvido nas equipes de Saúde da Família. Deve priorizar o planejamento, sendo que, a ela compete orientar e educar, ser facilitadora do trabalho em equipe e não deve dar ordens (para ser líder e não chefe). Deve cultivar a humildade, pois se aprende todos os dias com o trabalho em equipe e com as famílias.

A enfermeira deve agir com sabedoria, despertando a confiança das famílias, apesar de que confiança se conquista à médio e a longo prazo. Dessa forma, cada família tem seu jeito próprio de interagir. A enfermeira deve ser ética, adaptando - se às situações, respeitar as crenças das pessoas. No dia-a-dia ainda existem muitas crendices (leite fraco, vacina não resolve). A enfermeira deve orientar a família, mas não fazer um enfrentamento. É complicado e difícil. Não se pode “mudar o mundo”, mas se pode trabalhar para que haja uma melhora... trabalhar com toda a família... com bom senso, a partir dos conceitos deles e inserir num programa familiar.

Promover a saúde é conscientizar, é oferecer idéias, condições, sugerir, sem interferir de uma forma brusca na vida da pessoa para que vá mudando talvez os seus hábitos.

Saúde da Família engloba um todo, não é só saúde física, é saúde emocional, psicológica, é um bem-estar geral; é a saúde da mãe, da criança, do pai e muitas vezes dos parentes que moram juntos. Há que se ter em relação à saúde da família, uma visão holística.

O atendimento em Saúde da Família consiste em ver o que está acontecendo naquela família para poder trabalhar as causas e não querer combater os efeitos. É identificar as necessidades básicas da família, na questão sócio-econômica, na saúde, na educação, na alimentação e também no aspecto espiritual e psicológico.

Também faz parte do bem-estar da família, ser bem aceito no grupo e na sociedade em que vive.

ANEXO C

MATERIAL DE APOIO

Síntese utilizada na sexta sessão grupal

Acadêmicos Enfermagem – 8º período

Diante das questões propostas para a discussão no Grupo Focal, surgiram as seguintes reflexões.

Questão 01 – Qual é o entendimento do grupo quando se fala em competência, em ser competente?

Competência é a capacidade de realizar/executar uma tarefa de maneira “bem feita”. É um conceito amplo, ninguém sabe tudo. A profissionalização torna a enfermeira competente. Competência é conhecer o que se faz, relaciona - se aos conhecimentos. É saber aplicar os conhecimentos em ações concretas e é ligada à prática. É ter segurança e certeza. Cada pessoa possui diferentes competências e estas podem ser momentâneas. Todos têm condições de ser competentes. Competência é relacionada à autonomia, iniciativa própria e atualização de conhecimentos. Devemos pensar nas competências legais para a execução de ações.

Questão 02 – Qual é a compreensão de vocês quando se fala em Promoção da Saúde?

É prevenir a doença, com o uso de estratégias (orientações). É estabelecer qualidade de vida, despertar as pessoas para fatores de melhoria da qualidade de vida. São meios para promover a saúde: a conscientização e a instrução. A promoção estava esquecida ou distorcida, mas é importante, é conscientização popular. E precisa de enfermeiros participantes, conscientes. Falta envolvimento político por parte dos enfermeiros. Houve um

resgate da promoção por meio do PSF, porém, depende da vontade governamental, do cenário político-econômico e deve-se vincular a promoção ao trabalho dos profissionais, necessitando para isto processos de comunicação adequados. A promoção funciona quando bem realizada. Falta a participação consciente da comunidade. A população é mal acostumada (Sistema Paternalista) e percebe-se a política de venda de medicamentos. É necessário que mais profissionais sejam envolvidos. Também pode ser realizada à nível terciário, tratamento hospitalar. É usada como bandeira política e envolve marketing político sendo que a doença gera riqueza. Deve-se reformular o sistema.

Questão 03 – Como vocês percebem a questão da Educação em Saúde?

A educação em saúde deve ser contínua. Falta a educação dos profissionais de enfermagem, saúde do trabalhador. Deve ser traduzida no linguajar popular, deve-se ter a percepção para as abordagens, depende das culturas e deve - se conhecê-las para podermos agir. Deve - se utilizar os recursos locais como por exemplo a igreja, a comunicação e a relação interpessoal. Não devemos subestimar as pessoas e as suas capacidades (seus saberes), não inferiorizar o ser humano. Ter clareza, verdade e honestidade. Hoje este trabalho só dá conta dos processos curativos.

Questão 04 – O que significa para vocês a expressão Saúde da Família?

Resgate da família, que é o alicerce da sociedade. Envolve a promoção, a prevenção e a proteção e o enfermeiro assume um pouco de tudo e nestas questões os aspectos psicológicos são importantes. O foco de atenção é ainda em quem está doente na família. É estar bem, viver bem entre os envolvidos. Família saudável de maneira global, holística (estrutura familiar, problemas, situações de doença). Falta trabalho desse porte em ambiente hospitalar.

Questão 05 – O que vocês têm a dizer quando se fala em promoção e educação em Saúde da Família?

A enfermeira deve usar a tecnologia e os recursos sociais para promover a saúde da família, como o hospital, a US, bares as escolas, a igreja. A escola é um meio importante para promover e educar a família. A criança adquire hábitos e transmite à família. A promoção em saúde da família apresenta melhores perspectivas quando a criança é o veículo. Devemos identificar hábitos culturais das diferentes sociedades e utilizar da criança como meio para mudanças de hábitos inadequados dos adultos.

ANEXO D

MATERIAL DE APOIO

Síntese utilizada na oitava sessão grupal

Docentes de Enfermagem

Diante das questões propostas para a discussão no Grupo Focal, surgiram as seguintes reflexões.

Ser competente é ter responsabilidade, sendo que a capacitação dos profissionais deverá contemplar esta responsabilidade dentro de determinado assunto, em certa área do saber, do conhecimento ou da profissão, auferindo ao profissional a garantia de uma certificação.

A competência compõe a habilidade, o conhecimento e a destreza dentro daquilo que se propõe realizar. É o saber-fazer com conhecimento contemplando aspectos teórico-práticos.

Dentro da proposta da Estratégia de Saúde da Família a competência está voltada quase que integralmente para a habilidade. Habilidade essa em executar as técnicas, estabelecer contato com outras pessoas e na interação com a comunidade. Espera-se que essa habilidade seja desenvolvida pelos profissionais da saúde e pelos docentes no trabalho com seus alunos, para que tenham a percepção de suas próprias diferenças.

Para o trabalho em Saúde da Família é imprescindível a comunicação no intuito de estabelecer um elo, um pacto com a comunidade e desse modo desenvolver o programa de promoção para a área em questão. O profissional de saúde deve priorizar a comunicação sob pena de não formar vínculo, já que somente o conhecimento teórico-científico não é suficiente.

A competência em Saúde da Família consiste no conhecimento, no saber-fazer e na formação do vínculo.

A promoção da saúde vem antes da prevenção com o estudo geo-político das comunidades. Promover a saúde é investir em conhecimentos, informações e orientações. O conhecimento sobre as questões de promoção à saúde deveria ser trabalhado na infância e na idade adulta para que na terceira idade as pessoas tivessem qualidade de vida. Esta última é uma questão histórica e cultural.

A promoção da saúde deverá estar inserida no contexto da docência, para que o aluno tenha esta visão mesmo quando o paciente estiver no hospital, o que muitas vezes não acontece, porque ainda se está centrado na cura ou na prevenção sem estar realizando a promoção.

Existe uma confusão entre promoção e prevenção e entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, pois não há uma definição muito bem estruturada para ambas. A promoção da saúde está idealizada a partir da coletividade, da sociedade (interesse da sociedade) e a prevenção é para grupos específicos, não para a sociedade como um todo. Trabalha-se o indivíduo, o meio e a sociedade dentro do processo saúde-doença, sendo que na promoção, os aspectos do processo saúde-doença partem da sociedade como um todo. Porém, não é o que se aplica hoje, porque se encontra entraves na própria estrutura das políticas de saúde. O que se percebe é a pretensão à promoção.

As propostas de promoção à saúde são voltadas para a sociedade, suprimindo a questão da doença, do problema, e a partir da promoção visar as metas para a prevenção, trabalhando a leitura, o lazer, o esporte. Vemos no momento a terceira idade dentro desse enfoque.

Hoje a saúde virou prevenção, não se tem liberdade, existe o entrave político, os gestores que muitas vezes trabalham com prestação de tarefas e números. É difícil o enfoque

na autonomia. Pensa-se na capacitação para exercer a profissão, visto que outros profissionais estão vislumbrando a promoção, enquanto o enfermeiro está assumindo outras atividades, como a gestão onde perpassa a questão de melhoria salarial. Como vamos educar nossos acadêmicos na promoção? Fica essa questão para reflexão. É uma questão estrutural, o enfermeiro é o gerente e responde por tudo. Fala-se muito em promoção da saúde hoje, mas temos muitos problemas sociais, pôr exemplo o idoso que não tem com quem ficar. O projeto da Estratégia de Saúde da Família, é lindo, mas falta muito para efetivar-se.

A questão da educação em saúde deve atingir toda a família, promovendo a mudança de hábitos, a transformação no dia – a - dia. É individual, é coletiva, é um processo. A educação e a promoção envolvem questões culturais. A população se preocupa quando estão doentes.

A competência em educação em saúde envolve os arredores, não é uma questão individual. Percebe-se a estreita relação entre a promoção e a educação em saúde. Nós enfermeiros estamos deixando a assistência à saúde e de certa forma priorizando o gerenciamento e percebemos que os alunos estão focados na prevenção. Na educação em saúde deve-se aproveitar o potencial da pessoa, dar - lhe atenção, conversar com o usuário.

Para se pensar em saúde da família, dever – se - á definir família hoje, que muitas vezes não são somente as pessoas que vivem no mesmo teto, que moram juntas. Percebe - se a questão cultural fortemente envolvendo as questões de Saúde da Família.

Esta família deve estar harmonicamente saudável dentro dos seus múltiplos aspectos, como a religião, os filhos, a alimentação. Nós, profissionais da área da saúde, temos que aplicar todos as ferramentas disponíveis para a formação do vínculo, já mencionado anteriormente, visto que não é em quatro ou cinco visitas que conseguirá muitas vezes ter sucesso. O importante nesse processo é a definição de papéis.

Vendo por outro ângulo, considero família o local de trabalho. A qualidade de vida está também nas questões do ambiente de trabalho. O meio interfere promovendo a saúde ou a doença.

ANEXO E

MATERIAL DE APOIO

Segunda, Quarta, Sexta, Oitava sessão grupal.

COMPETÊNCIAS – Alguns conceitos

De acordo com o National Trainig Board (NTB) da Austrália (1996) “as competências individuais integram a capacidade de transferir e aplicar habilidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos a novas situações e ambientes. Direccionam-se a todos os aspectos de performance do trabalho (não simplesmente a habilidades reduzidas ou simples), incluindo a exigência de responder a quebra de rotinas e desvios, assim como lidar com responsabilidades e expectativas do ambiente de trabalho, incluindo a capacidade de trabalhar com outros (NISEMBAUM, 2000, p. 91).

Segundo Nisembaum (2000, p. 91) “competência individual é a integração sinérgica das habilidades, conhecimentos e comportamentos, manifestada pelo alto desempenho da pessoa [...]”.

Em conformidade com o Comitê Mayer, do Ministério da Educação da Austrália “competências não devem ser vistas só como comportamentos treinados, e sim como capacidades mentais e de pensamento [...]. A competência exige tanto cabeça (Heads on) como mãos (Hands on), ou seja, a capacidade de pensar a respeito da performance e de também desempenhar [...]. **É o quê e o porquê**” (NISEMBAUM, 2000, p.90).

Boff (2003, p.33) afirma que “cuidar é mais que um ato; é uma atitude [...] abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”.

Dellors (1996) em seu Relatório para a UNESCO, relaciona **competência** com o **aprender a conhecer (conhecimentos), aprender a fazer(habilidades), aprender a viver juntos e aprender a ser (atitudes e comportamentos)**. Estas quatro vias do saber constituem apenas uma, existindo entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e permuta.

1- **Aprender a conhecer (conhecimentos)** significa o domínio dos instrumentos do conhecimento, podendo ser considerado como um meio e uma finalidade da vida humana. Pretende-se que cada um aprenda a compreender o mundo que o rodeia pelo menos para viver dignamente, para desenvolver as suas capacidades profissionais, para comunicar-se e também para ter o prazer de compreender, de conhecer e de descobrir.

2- **Aprender a fazer (habilidades)** não pode continuar a ter somente o significado da formação profissional, é também o comportamento social, a aptidão para o trabalho em equipe, a capacidade de iniciativa, o gosto pelo risco. Qualidades como a capacidade de comunicar, de gerir, de resolver conflitos e aptidão para as relações interpessoais tornam-se cada vez mais importantes. A intuição, o jeito, a capacidade de julgar, de manter a equipe unida mantendo as relações estáveis e eficazes entre as pessoas, também são quesitos importantes que se exigirá nas organizações do futuro.

3- **Aprender a viver juntos, aprender a ser e viver com os outros (atitudes e comportamentos)**, contempla o desenvolvimento total da pessoa, espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal e espiritualidade. Significa a elaboração de pensamentos autônomos e críticos para formular seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir por si mesmo e como agir nas diferentes circunstâncias da vida.

REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2003.

DELORS, Jacques (coord.). **Educação**: um tesouro a descobrir. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

NISEMBAUM, Hugo. **A competência essencial**. São Paulo: Infinito, 2000.

ANEXO F

COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA DE DOCENTES E ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Grupo Focal

Código do grupo focal:

Dados sobre o Grupo Focal:

- 1 Número de participantes:
- 2 Iniciais dos participantes :
- 3 Data da realização do Grupo Focal:
- 4 Dia da semana:
- 5 Início:_____Término: _____
- 6 Cidade / Local da realização do Grupo Focal:
- 7 Moderador e Observador:

ANEXO G**DIÁRIO DE CAMPO****1º Grupo Focal****Código do Grupo Focal:**

COMPETÊNCIA	PROMOÇÃO EM SAÚDE	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	SAÚDE DA FAMILIA

ANEXO H**DIÁRIO DE CAMPO****2º Grupo Focal****Código do Grupo Focal:****COMPETÊNCIAS**

CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATITUDES

ANEXO I

DADOS SOBRE OS DOCENTES

1 Escolaridade

1.1 Graduação (área) _____

1.2 Especialização (área) _____

1.3 Mestrado (área) _____

1.4 Doutorado (área) _____

2 Local de atuação Área de Atuação Tempo de Atuação

2.1 Hospital ()

2.2 Unidade de Saúde ()

2.3 Universidade ()

2.4 Faculdade ()

3 Disciplina (s)

Tempo Docência:

1.

2.

3.

4.

Data e local:

Moderador:

Observador:

ANEXO J

CERTIFICADO DO PROJETO DE PESQUISA

 UNIVALI UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA Certificado	
<p>Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "Competências dos recursos humanos em saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde: Programa/Estratégia de Saúde da Família", com a coordenação da Professora Rosita Saupe, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado através do parecer nº 381/2003 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.</p>	
<p>Itajaí (SC), 09 de setembro de 2003.</p>	
 Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura	 Prof. Roberto Rogério Moller Coordenador da CEP/UNIVALI

ANEXO K

PARECER 381 / 2003



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI - CEP/UNIVALI

PARECER Nº 381/ 2003

TÍTULO DO PROJETO: Competências dos recursos humanos em saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde: Programa/Estratégia de Saúde da Família.

COORDENADOR: Prof^ª Rosita Saupe.

PARECER:

(X) APROVADO

Itajaí, 09 de setembro de 2003.

Prof. Roberto Rogério Moller

Coordenador CEP/UNIVALI

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - PropPEC

Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí - SC - CEP 88302-202 - Caixa Postal 360

www.univall.br/proppec

Pró-Reitor
5 - Sala 101
(7) 341.7557
1 341 7601
proppec@univall.br

Departamento de Pesquisa
Bloco 05 - Sala 102
Fones: (47) 341.7532
341.7579
e-mail: pesquisa@univall.br

Departamento de Extensão
e Cultura
Bloco 05 - Sala 103
Fone: (47) 341.7758
341.7580

Departamento de Pós-Graduação
Bloco 05 - Sala 105
Fone: (47) 341.7534
Fone/Fax: (47) 341.7652
e-mail: posgrad@univall.br

Núcleo de Estudos de Língua e
Literaturas Estrangeiras - NELLE
Bloco 12 - 2º piso - Sala 211
Fone: (47) 341.7574
Fone/Fax: (47) 341.7533

Editora
Bloco 08
Fone: (47) 341.7645
e-mail: editora@univall.br

ANEXO L

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

em atendimento à RESOLUÇÃO nº 196/ 96 – Ministério da Saúde

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, CONVITE À PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO “COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA DE DOCENTES E ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM”.

O **objetivo** deste estudo é conhecer as competências do enfermeiro para a promoção e educação em Saúde da Família, na perspectiva de docentes e acadêmicos de enfermagem, para propor avanços em relação ao tema. A **justificativa** desta pesquisa apóia-se nas políticas públicas que integram os Sistemas de Saúde, na Lei 9394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, cuja proposta se concentra no desenvolvimento das competências do futuro profissional enfermeiro no atendimento às necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). O **encaminhamento metodológico**, será através de Pesquisa Qualitativa e a coleta de dados através da técnica denominada Grupo Focal. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarece - se 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 ao Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo e ao Sistema Educacional de Graduação em Saúde de maneira específica, pretendendo contribuir para uma maior integração e aproximação entre ambos, além de 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, solicita - se 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 recursos humanos para a consolidação do SUS: Programa/Estratégia de Saúde da Família”, desenvolvido sob a coordenação e orientação da Professora Dra Rosita Saube, sob a modalidade de Projeto Integrado e neste sub projeto intitulado “Competências na promoção em Saúde da Família: uma Perspectiva de Docentes e Acadêmicos de Enfermagem”, sob a responsabilidade da mestrandia Ione Maria Aschidamini, 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: _____ Telefone: _____

ASSINATURA _____ E - mail: _____

ANEXO M

Os 8 grupos focais ficaram assim distribuídos :

Grupo focal	Período/ área de atuação	Nº de participantes	Sexo	Local da realização
1	6º Período	9	8 feminino 1 masculino	ABEN/PR
2	6º Período	9	8 feminino 1 masculino	ABEN/PR
3	7º período	4	3 feminino 1 masculino	I.E.S. Campus 1
4	7º período	5	4 feminino 1 masculino	I.E.S. Campus 1
5	8º Período	7	6feminino 1 masculino	ABEN/PR
6	8º Período	6	5 feminino 1 masculino	ABEN/PR
7	Docentes/ Saúde Coletiva	5	4 feminino 1 masculino	I.E.S. Campus 1
8	Docentes/ Saúde Coletiva	4	3 feminino 1 masculino	I.E.S. Campus 1

