

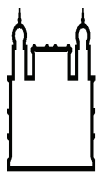
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na
Saúde



ELIETE BALBINA SANTOS SARAGIOTTO

Contribuição da Matriz Curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) no ano de 2004, para a Qualificação do Processo de Trabalho dos Técnicos em Enfermagem que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Rio de Janeiro, novembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

ELIETE BALBINA SANTOS SARAGIOTTO

Contribuição da Matriz Curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) no ano de 2004, para a qualificação do Processo de Trabalho dos Técnicos em Enfermagem que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Dissertação apresentada à Escola de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Casalade Martins

Rio de Janeiro, novembro de 2009.

DEDICATÓRIA

**Às duas pessoas fundamentais a minha vida:
Thiago e Felipe, pela compreensão, apoio incondicional,
paciência, incentivo, torcida, carinho desde a inscrição para
participar do processo de seleção até a conclusão desta
dissertação e por cada palavra aqui escrita.**

AGRADECIMENTOS

Ao “Divino Amigo Espírito Santo” e Nossa Senhora Auxiliadora, pela oportunidade em participar desse processo de aprendizagem e pela fé para chegar até aqui.

Aos meus pais Benedito e Antônia, pela certeza da intercessão junto a Deus.

Aos meus irmãos Bety, Erinaldo, Erivaldo, Eliane, Elizete e Eloize e amada Sandra, pelo apoio, incentivo, torcida e oração.

Ao Primo Estevão Júnior, pela dedicação, incentivo, torcida e apoio.

Às inesquecíveis amigas, Izabel dos Santos e Ena Galvão, meu eterno agradecimento e admiração pelo espelho e exemplo de perseverança, que me ensinou a lutar pela causa da formação dos trabalhadores de nível médio, desde o Projeto Larga Escala, sem essa força e conhecimento, talvez não estivesse aqui, apresentando esta dissertação.

Aos inesquecíveis amigos da coordenação geral da RETSUS Claudia Lange (Cacau), Sônia Alves (Deputada), Adailton, Lêda, Renatinha, André Malhão, Kátia, e Patrícia, pelo apoio, incentivo e oportunidade na luta pela realização do mestrado.

Aos amigos do SEGTES/MS: Andréia, Jacira Marques, Tânia Rodrigues, Núbia, Clarice, Neuza, Aparecida Timo e Marta Peralba, pelo apoio e competência para condução do mestrado.

Aos amigos do coração: Nelinho, Acy, Flavinha, Julinho, Eloá, Anderson, Sr. Bento, Lira, Olga, Ms. Inácio, Silmara, Pe. Kiko, Pe. Wagner, Hortêncio, Pe. Jair Claudinha, Rodrigo, Elisana e Swleyrna Rita, pelo apoio, incentivo, confiança, oração e torcida.

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria Inês, pela paciência, sabedoria, competência, dedicação, segurança, serenidade e tranquilidade que me transmitiu e me orientou.

Aos meus filhos do coração: Taissa, Mayke, Clodomiro, Rafinha, Raul, João, Baiano, Taliban, Felipinho, Silvinho, Nathália, Felipe e George, pelo carinho, torcida, incentivo e confiança.

À Dra. Simone Oliveira e Dra. Maria Helena Mendonça, pela aceitação ao convite para participação da banca de qualificação, a minha admiração pela competência e seriedade na condução.

Aos Coordenadores Dr. Antenor Amâncio Filho, Dr. Sérgio Pacheco e nossa inesquecível Luzimar, pelo incentivo, pelas palavras de carinho e dedicação.

Aos amigos especiais da ESPMT, Nelinho, Valéria, Noíse, José de Figueiredo, Fleuriza, Margarete, Gilberto, Sidney, Lourice, Nina, Andréia, Danielle, Venâncio, Marlene, Cacilda, Graça, Claudinha, Wanderley, Neide, Esmeralda, Moacir, Tuan, Carmem Silvia, Angelique, Ozana, Marta, Elza, Márcia Campos, Márcia Araújo, Vera dos Anjos e Cassandra, pelo apoio e carinho.

À amiga Marisa Helena e ao meu filho Thiago, pela ajuda no Grupo Focal conduzido com muita seriedade e competência.

A Franciele, por oportunizar o trabalho no município e apoio na realização do Trabalho de Campo.

Aos enfermeiros e Técnicos em Enfermagem, pela participação no trabalho de campo.

Às amigas e colegas Mestrandas de Mato Grosso: Jucineide, Vanessinha, Nídia, Lissandra, Márcia e Nilene, pelo apoio, companheirismo, amizade, incentivo e carinho.

As minhas amigas especiais do Pensionato: Katiene (meu anjo da guarda), Cris, Cláudia, Laurinha, Iza Coltrin, Iza Martins, Conceição, Anacleta, Maria Amélia, pelo companheirismo, cuidado e amizade.

A todos os colegas e amigos do mestrado, pelo incentivo e por terem compartilhado das minhas aflições nestes momentos difíceis, em especial, Katiene e Cris.

Aos Servidores da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, em especial Rose Fava, pelo apoio.

Ao Corpo Docente do curso, nosso muito obrigado pelo brilhantismo com que souberam ministrar as aulas.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	x
LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES.....	xi
LISTA DE QUADROS.....	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
LISTA DE SIGLAS.....	xiv
APRESENTAÇÃO.....	1
INTRODUÇÃO.....	4
CAPÍTULO I.....	11
1. O diálogo entre teoria e prática na perspectiva do desenvolvimento de competência na ESF.....	11
.2. O desafio entre o trabalho prescrito e o trabalho real.....	16
CAPÍTULO II.....	19
.Metodologia.....	19
1. Instrumentos/ Procedimentos de Coleta de dados.....	21
2.. Considerações Éticas.....	24
CAPÍTULO III.....	25
. A Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem do Município de Sapezal.....	25
.1. Os Pressupostos da Matriz Curricular.....	25
.2. O Desenho da Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem de Sapezal.....	28
CAPÍTULO IV.....	41
.O Processo de Trabalho dos Técnicos de Enfermagem na ESF de Sapezal..	41
.1. Estrutura da ESF do Município de Sapezal.....	41
2 A Rede e Fluxo dos Serviços de Saúde de Sapezal.....	45
3. Perfil da Equipe e Inserção na ESF.....	48

4. Formação e Capacitação do Técnico em Enfermagem na ESF.....	52
5. Processo de Trabalho na equipe da ESF.....	54
5.1. Trabalho em Equipe.....	61
CAPÍTULO V	66
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	73
ANEXOS.....	77

RESUMO

SARAGIOTTO, Eliete Santos. Contribuição da matriz curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) no ano de 2004, para a qualificação do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam na Estratégia da Saúde da Família (ESF). Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009,108p.

O presente estudo analisa em que medida a matriz curricular do Curso de Técnico em Enfermagem da ESPMT, no ano de 2004, contribuiu para a introdução de novas práticas no processo de trabalho das equipes da Saúde da Família do município de Sapezal. Parte-se da premissa de que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é considerada por alguns autores como uma das principais estratégias de (re)organização dos serviços e de (re)orientação das práticas profissionais do SUS, tendo como base a promoção da saúde a integralidade, a intersetorialidade e o trabalho em equipe. O processo de formação educacional nas Escolas Técnicas do SUS merece discussão sob dois aspectos: 1) A necessidade de adequação da matriz curricular às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos principalmente na adequação dos currículos e às demandas dos serviços; 2) O descompasso entre os serviços e a disponibilidade de pessoal preparado para atender às necessidades da população. Foi realizado estudo qualitativo com os egressos do curso de técnico em enfermagem que atuam nas Unidades da Saúde da Família (USF) do município de Sapezal. A pesquisa revelou que a matriz curricular elaborada pela ESPMT no ano de 2004 para o curso de Técnico em Enfermagem de Sapezal, embora tenha sido elaborado com o objetivo de preparar pessoal para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, não incorporou, do ponto de vista teórico e da prática pedagógica, os conteúdos específicos para o ESF. A pesquisa de campo mostra uma realidade de trabalho destes profissionais centrada na prática da assistência técnica de enfermagem. O processo de trabalho nas Unidades da Saúde da Família de Sapezal está voltado para o posto de trabalho, com atividades especializadas. Embora a ESPMT venha operando desde 2004 no modelo de competência, os conteúdos ministrados no curso está mais voltado para o posto de trabalho, baseado em normas e procedimentos e não por competências. A ênfase está na formação específica do técnico em enfermagem sendo que os poucos conteúdos relativos à saúde coletiva são

ministrados no último módulo, quando a etapa de formação dos auxiliares já foi concluída no Módulo III.

Palavras Chave: Matriz Curricular da ESPMT, Formação por Competências, Processo de Trabalho na Estratégia da Saúde da Família.

ABSTRACT

SARAGIOTTO, Eliete Santos. Contribution by the 2004 course curriculum of the Mato Grosso School of Public Health (ESPMT) to qualification of the work process for nurse technicians in the Family Health Strategy. Executive Master's Thesis on Work Management and Health Education, Sergio Arouca National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2009,108p.

The current study analyzes the extent to which the 2004 course curriculum at the Mato Grosso School of Public Health (ESPMT) contributed to the introduction of new practices in the work performed by Family Health teams in the municipality (county) of Sapezal, Mato Grosso State, Brazil. The initial premise is that some authors consider the Family Health Strategy one of the main strategies for reorganization of services and reorientation of professional practices under the Unified National Health System (SUS), with the following as the basis for health promotion; comprehensiveness, intersectorality, and teamwork. The educational training process in the Technical Schools under the National Health System deserves discussion from two perspectives: 1) the need to adjust the course curriculum to social changes and new epidemiological profiles, principally in relation to curricula and the health services' demands and 2) the mismatch between health services and the availability of personnel prepared to deal with the population's needs. A qualitative study was performed with nurse technician course alumni working in the Family Health Units in Sapezal. According to the study, although the curriculum elaborated by the Mato Grosso School of Public Health in 2004 for the nurse technician course in Sapezal was prepared to train people to work under the Family Health Strategy, from the theoretical and pedagogical point of view, it failed to incorporate specific contents pertaining to the strategy. The field research showed that nurse technicians' work reality was centered on technical nursing care. The work process in the Family Health Units in Sapezal is focused on individualized, hierarchically framed, and rigidly specialized work, without considering teamwork, singularity, subjectivity, and inter-subjectivity. As for the course content, although the School of Public Health has been working since 2004 with a skills-based model, the conclusion is that the course curriculum for nurse technicians in Sapezal is focused on the workplace based on norms and procedures rather than skills. The emphasis is on specific training for nurse technicians, and the limited content related to collective health is given in the final module, while the training stage of nurse technicians is already concluded in Module III.

Key words: Course Curriculum (ESPMT); skills-based training; work process in the Family Health Strategy.

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

Anexo A: Quadro 12: Atribuições do Técnico e do Auxiliar em Enfermagem conforme Lei do Exercício Profissional.....	77
Anexo B: Quadro 13: Atribuições do Técnico e do Auxiliar em Enfermagem conforme Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde	78
Apêndice A: Figura 3: Posicionamento da equipe no Grupo Focal.....	79
Apêndice B :Questionário	80
Apêndice C: Grupo Focal	91
Apêndice D: Entrevista	95
Apêndice E : Termo de Consentimento Informado ao Grupo Focal	98
Apêndice F: Termo de Consentimento Informado para Entrevista	100
Apêndice G: Termo de Consentimento Informado para Questionário	103
Apêndice H: Ofício de Autorização para a pesquisa de campo pela Secretária de Saúde de Sapezal.....	107
Anexo C: Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa.....	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Categorização das Funções pressuposta nos Referenciais Curriculares Nacionais.....	27
Quadro 02: Síntese com os números absolutos e percentuais da carga horária dos Módulos presentes na Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem	29
Quadro 03: Serviços de saúde do município de Sapezal, com números de profissionais e nível de inserção no SUS de Sapezal.....	42
Quadro 04: Estrutura das Unidades da Saúde da Família em Sapezal Frequência das atividades desenvolvidas pela equipe das Unidades de Saude da Família.....	43
Quadro 05: Estrutura Física das Unidades de Saúde da Família.....	47
Quadro 06: Número de profissionais da Equipes da Unidade de Saúde da Família.....	48
Quadro 07 Perfil dos Técnicos em Enfermagem das Unidades de Saúde da Família(USF).....	50
Quadro 08: Tempo de Inserção dos Técnicos em Enfermagem nas Unidades de Saúde da Família.....	50
Quadro 09: Quadro Síntese das respostas mais recorrentes sobre inserção na Equipe da Saúde da Família.....	51
Quadro 10: Quadro Síntese das respostas mais recorrentes sobre Formação/Capacitação dos egressos para atuar na Estratégia de Saúde da Família.....	52
Quadro 11: Frequência das atividades desenvolvidas pelos Técnicos em Enfermagem nas Unidades de Saúde da Família.....	55
Quadro 12: Frequência das atividades desenvolvidas pela equipe das Unidades de Saúde da Família (USF).....	56
Quadro 13: Quadro Síntese das respostas mais recorrentes sobre o Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família.....	59
Quadro 14: Síntese das Características da Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem e o Processo de Trabalho nas Unidades de Saúde da Família de Sapezal.....	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: : Funções e Subfunções da Matriz Curricular.....	26
Figura 02 Rede e Fluxo de Organização do Serviço.....	44
Figura 03 Posicionamento da equipe no Grupo Focal.....	79

LISTA DE SIGLAS

- SUS – Sistema Único de Saúde
- ETSUS - Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
- SEGTES/MS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
- ESPMT – Escola de Saúde Pública de Mato Grosso
- RETSUS - Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
- CNRHS - Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde
- PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem
- SES - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
- D.O.E Diário Oficial do Estado
- COFTES - Coordenadoria de Formação Técnica em Saúde
- ESF - Estratégia da Saúde da Família
- MS - Ministério da Saúde do Brasil
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
- LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
- USF - Unidade da Saúde da Família
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- PPI - Programação Pactuada Integrada
- NOB/96 - Norma Operacional Básica de 1996
- GM/MS – Gabinete do Ministério da Saúde
- NOAS/2002 - Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002
- PDR - Plano Diretor de Regionalização
- CIB - Comissão Intergestora Bipartite

USF - Unidade da Saúde da Família

GF - Grupo Focal

CIES - Comissões de Ensino Serviço

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CEEMT - Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso

H- Horas

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

APRESENTAÇÃO

Com o advento da reforma sanitária brasileira na década de 80, postulou-se a necessidade premente de se romper com o modelo assistencial que priorizava a dicotomia curativo-preventivo e com o corporativismo na saúde para estabelecer um modelo que privilegiasse a participação social, assim como mudança na formação profissional em saúde, entendida como uma das condições para transformar as relações de trabalho. ⁽¹⁾

A mudança do paradigma de atenção à saúde vigente, até então, prevê a valorização das ações de promoção, proteção de saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

O modelo que se vem estruturando a partir da Constituição de 1988 prevê ainda a necessidade de implementação de estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais capazes de incorporar as demandas e os problemas de saúde da população e das comunidades. ⁽¹⁾

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a transformação do Programa de Saúde da Família, já concebido com o referencial da promoção em uma Estratégia da Saúde da Família, inscreve-se no movimento de reorganização dos serviços, que passa a considerar como porta de entrada prioritária as Unidades de Saúde da Família.

Nesse contexto, a Educação Profissional passa a ter importante papel na formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam nas Unidades de Saúde da Família, e os aspectos que têm merecido atenção são:

1. A necessidade de adequação da matriz curricular às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos, principalmente na adequação dos currículos e nas demandas dos serviços;
2. O descompasso entre os serviços e a disponibilidade de pessoal preparado para atender às necessidades da população.

É diante desse contexto que o presente estudo pretende analisar a contribuição da matriz curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT), no ano de 2004, para a qualificação do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Sapezal.

Ademais, este estudo se encontra estruturado com a Introdução, que contextualiza o impacto das revoluções tecnológicas sobre organização do trabalho, a necessidade de adequação da educação profissional às realidades locais e regionais e o importante impacto destas sobre a teoria e prática no campo da educação e da saúde, na perspectiva do desenvolvimento de competência no processo de trabalho em saúde por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Capítulo I: Este capítulo se encontra constituído por dois temas:

1. O diálogo entre teoria e prática na perspectiva do desenvolvimento de competência na ESF, discute o conceito de competência, na concepção de Zarifian , o conceito de trabalho vivo utilizado por Merhy e o processo de trabalho como gerador e impulsionador de mudanças na ESF, pressuposta por Mendes;

2. O desafio entre o trabalho prescrito e o trabalho real discute o desempenho dos Técnicos em Enfermagem formados pela ESPMT, na matriz curricular, sendo este o conceito de trabalho prescrito e trabalho real na perspectiva de Dejours.

Capítulo II: Apresenta o caminho metodológico descrevendo o percurso utilizado na dissertação. Neste capítulo também é discutida a caracterização e o cenário do local de aplicação do trabalho de campo, os instrumentos/ procedimentos de coleta dos dados e as considerações éticas.

Capítulo III: Neste capítulo se contextualiza a matriz curricular do Técnico da ESPMT e se discute a origem e a construção da matriz curricular do curso de técnico em enfermagem do município de Sapezal, no sentido de avaliar a sua coerência com a proposta da ESF.

Capítulo IV: Se discute o Processo de Trabalho dos Técnicos em Enfermagem nas três equipes da ESF de Sapezal. Para melhor compreensão foi possível analisar as seguintes categorias:

1. Estrutura da ESF do Município de Sapezal: Aqui se contextualiza o cenário sobre a organização dos serviços de saúde de Sapezal, a rede e fluxo de entrada no sistema de saúde dando relevância às características das Unidades de Saúde da Família;

2. Perfil do Técnico em Enfermagem e a inserção na ESF: Visualiza-se o perfil dos egressos como também o processo de inserção na ESF

3. Formação e Capacitação dos Técnicos em enfermagem: Aponta o nível de escolaridade dos egressos e a percepção destes sobre a formação obtida na ESPMT;

4. Processo de Trabalho: Aborda o trabalho desenvolvido pelos técnicos em enfermagem e pelos demais membros que constituem a execução das atividades nas três Unidades de Saúde da Família.

Capítulo V: Apresenta a conclusão desta pesquisa, tomando como base os referenciais teóricos, análise do trabalho de campo e o método, respondendo aos objetivos desta dissertação, ressaltando algumas recomendações para a reformulação da estratégia de construção de matrizes curriculares na perspectiva da articulação ensino-serviço.

INTRODUÇÃO

Compreender os desafios inerentes ao mundo do trabalho, afetado por inúmeras e rápidas transformações que caracterizaram o século XX e que continuam, na atualidade, em um processo cada vez mais acelerado, redonda em uma complexa tarefa, cujas implicações atingem diretamente a produção do ensino, uma vez que está diretamente relacionada à produção e sistematização dos conhecimentos.

A revolução tecnológica que vem acontecendo nos últimos 20 anos aumentou de maneira extraordinária as capacidades produtivas, tendo impacto direto tanto na organização quanto nas relações de trabalho.

Na radicalidade, Schff é capaz de sugerir que a revolução no campo da informática transfere as funções intelectuais do trabalho, até então executado pelo ser humano, chegando a visualizar uma sociedade com um mínimo de trabalho na versão moderna do termo, quando a imensa maioria das funções mecânicas e mesmo intelectual seriam efetivadas por máquinas. ⁽²⁾

Aliado a esse desenvolvimento tecnológico acelerado, a adoção em larga escala de novas formas de organizar o trabalho no modelo chamado de pós fordistas/tayloristas amplia cada vez mais a capacidade produtiva das empresas levando as instituições a buscarem novas formas de gerenciamento e organização do trabalho, adequando às questões econômicas, as questões políticas, sociais e culturais, que traduzem diferentes projetos e formas de inserção dos segmentos locais e regiões no processo de globalização.

Para Pierantoni, [...]“o Brasil não esteve imune às mudanças decorrentes da nova ordem de organização produtiva, pois a valorização da ciência e da tecnologia modifica o trabalho alterando produtos, processos ou a gestão para além da incorporação de tecnologia, levando os trabalhadores a exigir novos perfis adaptativos, nova conformidade laboral, capacidade de inovar, capacidade do trabalho em equipe e o desenvolvimento de saberes, habilidades cognitivas e de novas competências. ⁽³⁾

No campo da saúde, com os desafios oriundos da reforma sanitária brasileira, na década de 80, para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, vem se tornando cada vez mais clara a necessidade de adequar-se a esse novo modelo, fazendo com que não só a prática que orienta os serviços de saúde, mas, sobretudo, a lógica que

norteia os centros formadores, escola técnicas e universidades, reformularem conteúdos para desenvolver metodologias capazes de fortalecer a relação entre ensino e o serviço.

A articulação e a cooperação técnico-científica entre os campos da educação e da saúde são fundamentais para que sobressaiam formulações de estratégias organizativas, conectadas com princípios de mudanças a serem operados no âmbito da formação de profissionais para o SUS.

Na educação profissional da área da saúde, este fato resultou em um grande desafio, ou seja, a criação das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) que constituem a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), ligadas à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SEGTES/MS).

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) têm como eixo estruturante a educação profissional pautada em currículos que possam desenvolver competência capaz de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes pautados no contexto do mundo do trabalho, promovendo autonomia intelectual e pessoal de seus alunos, possibilitando também a articulação com as dimensões de educação, ciência e tecnologia.⁽⁴⁾

No cenário da formação educacional, o aspecto que tem merecido atenção é a necessidade crescente de adequação dos antigos currículos das escolas às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos e às demandas dos serviços bem como, o descompasso entre os serviços que configuram o primeiro nível de atenção (atenção básica) e a suficiente disponibilidade de pessoal preparado para atender às necessidades da população.

A relevância deste estudo está em trazer subsídios para os gestores, docentes, instituições formadoras de saúde, Conselho Estadual de Educação e para a própria ESPMT e RETSUS, para a (re)formulação de modelos curriculares de forma a incorporar profissionais e gestores no processo de formação a eles dirigido, processo este que deverá resultar de uma reflexão sobre competências que mais se aproximem do processo de trabalho e das demandas e necessidades da população.

O pressuposto que orienta a matriz curricular por competências é de que, à medida que os técnicos em enfermagem são formados neste modelo, eles sejam capazes de mobilizar habilidades/ atitudes/ tecnologia na perspectiva técnica, política, cultural e ética.

Acredita-se que tais atributos possibilitam a estes profissionais venham desempenhar suas funções pautadas em um novo fazer em saúde, em que a organização

dos serviços e a produção do cuidado tenham foco na família, na equipe, nas ações intersetoriais e assistenciais integrais, transformando o trabalhador num agente de mudanças de sua própria prática.

Relacionar o trabalho prescrito ao trabalho real e observar, na prática, como os trabalhadores formados nessa matriz desenvolvem as suas atividades permitirá uma análise do processo de formação e do desenvolvimento de competências pessoais e organizacionais.

Não se pretende esgotar o tema deste estudo, mas, sim, contribuir para reflexão crítica a respeito da importância e relevância do papel social da ESPMT perante a sociedade, na formação desta categoria (técnico em enfermagem) e membro da equipe da ESF, como ator social capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial, preceitos fundamentais na efetivação para construção dos princípios e diretrizes do SUS.

Nesta perspectiva, torna-se fundamental a revisão de paradigmas também na arena educacional, de forma que se estabeleça um novo patamar de articulação ensino-serviço, possibilitando a problematização da realidade e a construção de modelos pedagógicos que consideram as demandas locais, aproximando o mundo do trabalho da escola.

Esta temática vem sendo discutida desde 1986, nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), (1ª em 1986 e 2ª em 1993), quando surgiram proposições para solucionar os entraves encontrados na implementação das políticas formuladas, até então, para o setor. ⁽⁵⁾

A aproximação da área de ensino dos serviços de saúde coloca-se nestes fóruns como uma forma para superar a compartimentalização do ensino, o despreparo, o desinteresse e a não incorporação do novo modelo assistencial no processo pedagógico, prática dominante no aparelho formador como um todo.

Na tentativa de responder a esta nova situação, vários ajustes educacionais vêm sendo realizados, sobretudo com afirmação de uma proposta de educação profissional mais abrangente que vai além das técnicas de trabalho.

É nesse contexto, que na década de 1980¹, tem início um estudo que, partindo da investigação da legislação vigente no Brasil, no que se refere ao ensino técnico, tenta

¹ Enfermeira Izabel dos Santos: Referência no país, no Setor de Recursos Humanos em Saúde., há 20 anos vem construindo o seu sonho, uma escola para aluno/trabalhador.

criar um novo modelo de formação que integrasse ensino e serviços e possibilitasse a flexibilização do processo de formação. ⁽⁶⁾

Como resultado deste estudo, iniciou-se na década de 80 o Projeto “Larga Escala”, que propunha uma formação articulada com os serviços e a criação de Escolas Técnicas de Saúde (ETSUS) introduzindo uma concepção de escola flexível, capaz de atuar de forma descentralizada, facilitando acesso aos alunos trabalhadores e que implementava um currículo integrado aos serviços, colocando os profissionais da rede assistencial em atuação docente nos processos formativos. Com todo esse esforço e decisão política, as ETSUS, conseguiram formar no período de 1995 a 1999, cerca de 60 mil trabalhadores. ⁽⁶⁾

Em decorrência deste processo, é criado pelo Ministério da Saúde, em 2000, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE) cujo objetivo era a promoção da melhoria da qualidade da assistência à saúde no Brasil, particularmente dos estabelecimentos integrantes do SUS, por meio da qualificação dos trabalhadores de enfermagem. ⁽⁷⁾

O PROFAE possibilitou o fortalecimento e implantação de novas Escolas Técnicas ou Centros Formadores do SUS (ETSUS) em todo o território nacional, que configuram atualmente as trinta e seis Escolas Técnicas de Saúde ou Centros Formadores de nível médio da área da saúde, que constituem a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), ligada à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde SEGTES/MS ⁽⁷⁾

A RETSUS tem como objetivo propor e estimular a política de educação profissional para o nível médio da área de saúde e, sobretudo, fortalecer a agenda política da gestão do trabalho e educação na saúde, estimulando a discussão sobre novas matrizes curriculares que atendam a este novo modelo assistencial. ⁽⁸⁾

No Estado do Mato Grosso, o processo de formação profissional teve início na década de 80, com a finalidade de cumprir o que determinava a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº. 7.498/86 (que extinguiu o cargo de atendente de enfermagem), sendo criado o Centro Formador de Recursos Humanos, órgão vinculado ao setor de recursos humanos da Secretaria de Estado de Saúde (SES). ⁽⁹⁾

Em 1992, é criada a Escola Técnica de Saúde de Mato Grosso (ETS/MT), por meio das Leis Complementares 13 e 14/92 e regulamentada pelo Decreto Governamental nº. 1.848 de 19 de agosto de 1992. Em 23 de setembro de 1992, por

meio do Decreto nº. 2.404, a ETS/MT passa a integrar a estrutura organizacional da SES e, portanto, a ser reconhecida como órgão executor das políticas de recursos humanos do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso, no tocante à formação dos profissionais dos níveis elementar e médio, fazendo parte da Rede Nacional de Escolas Técnicas do SUS (ETSUS).⁽¹⁰⁾

A Escola Técnica de Saúde de Mato Grosso (ETS/MT) é transformada em Escola de Saúde Pública de Mato Grosso-ESPMT em 2004, pela lei complementar Nº 161/04 de 29/04/04 publicada no D.O.E, em 29/03/2004 sendo considerada uma estrutura desconcentrada da SESMT.(Regimento Interno da ESPMT 2007).⁽¹¹⁾

Na estrutura organizacional da ESPMT, a Coordenadoria de Formação Técnica em Saúde (COFTES) é a unidade responsável pela educação profissional do nível médio em saúde do Estado, fazendo parte da RETSUS, representando inclusive, na rede, a Região Centro Oeste.⁽¹¹⁾

O Projeto Político Pedagógico da ESPMT está voltado para a preparação de profissionais comprometidos com a oferta de serviços que respondam às necessidades da população na área da saúde, bem como para o desenvolvimento profissional voltado para novas aprendizagens em contextos reais de trabalho.⁽¹⁰⁾

A ESPMT vem trabalhando nessa linha, na construção dos currículos baseados no modelo de competências, desde 2004, sendo a estratégia que tem orientado a redefinição da missão e os objetivos da escola, na perspectiva das mudanças nas práticas de saúde.

A aplicação do currículo baseado por competências da ESPMT foi aos cursos de formação técnica em saúde nas áreas de enfermagem, patologia clínica, odontologia, radiologia e vigilância sanitária e saúde ambiental, como experiências inovadoras tanto para provocar o fortalecimento das práticas pedagógicas da ESPMT, como para planejar o curso, a partir do contexto da realidade do aluno.

Desta forma, a matriz curricular do Técnico em Enfermagem da ESPMT¹ foi estruturada por competências e segue sequências modulares, (módulos I, II, III e IV) executado de forma presencial, sob um direto relacionamento entre professor e aluno.

¹ A matriz curricular foi estruturada em 04 módulos sequenciais, com dezenove componentes curriculares, vinte e oito competências distribuídas em mil e oitocentas horas (1.800horas) sendo, mil horas (1.000horas) da carga horária destinadas para aulas teóricas, duzentas horas (200horas) para aulas práticas e seiscentas horas (600horas) para estágio supervisionado.

Nessa situação de transição, faz-se necessário consolidar o papel da ESPMT, enquanto proponente da Política de Educação Permanente no Estado e especialmente repensar a educação profissional a partir do planejamento e implementação de um modelo curricular que articule o ensino ao serviço e, ao mesmo tempo, forme profissionais preparados para o desenvolvimento de competências que os habilitem a transformar o processo de trabalho em saúde, articulando saberes e práticas no cotidiano dos serviços.

Embora a ESPMT venha operando com uma estrutura formal voltada para a formação com base na problematização das questões de saúde e na construção de um modelo de educação permanente, observa-se dificuldade por parte tanto de alunos, como de docentes e gestores de reformular seus conceitos e práticas em relação à organização do processo de aprendizagem, de forma a mobilizar saberes, habilidades e atitudes para o desempenho das ações de promoção da saúde. Corre-se, assim, o risco de cair novamente no modelo pedagógico hegemônico.

A partir da nossa prática como educadora, gestora e formadora de recursos humanos para o SUS, desde o Projeto Larga Escala e da criação da ESPMT, consideramos relevante dirigir nossa investigação no sentido de avaliar a coerência e consistência das práticas pedagógicas da ESPMT ao modelo proposto.

A hipótese é de que, embora o paradigma de ensino dominante ainda permaneça na prática conteudista e fragmentado, fortalecendo o modelo biomédico centrado nas práticas tradicionais de saúde, a nova matriz curricular experimentada pela ESPMT contribuiu para a introdução de novas práticas no tocante ao processo de trabalho do Técnico em Enfermagem nas equipes da Saúde da Família.

Percorrendo o caminho inverso, ou seja, olhando para a escola a partir da prática dos serviços, pretende-se analisar em que medida os componentes curriculares e como as competências estão sendo exercidos no campo da “Saúde Coletiva e Organização dos Processos de Trabalho em Enfermagem”, da matriz curricular do Curso de Técnicos em Enfermagem da ESPMT elaborado no período de 2004 a 2006, contribuiu no processo de trabalho nas Equipes de Saúde da Família.

Relacionar a matriz curricular com os pressupostos da Estratégia da Saúde da Família (ESF), na concepção do trabalho em equipe, integralidade e intersetorialidade, merece reflexão e aprofundamento, principalmente na atual conjuntura do processo de trabalho das ESF, que requer a participação horizontal da equipe, o planejamento conjunto a partir da problematização da realidade na qual se inserem os usuários.

O objetivo geral deste estudo é analisar em que medida a matriz curricular do Curso de Técnicos em Enfermagem da ESPMT, implantada pela Escola no período de 2004 a 2006 contribuiu para a introdução de novas práticas no processo de trabalho nas equipes de Saúde da Família. E, a partir do levantamento empírico, avaliar a adequação dos componentes curriculares da matriz curricular do curso de Técnico em Enfermagem da ESPMT₂ em relação à prática profissional dos técnicos formados pela Escola; caracterizar o processo de trabalho dos egressos do curso de técnico em enfermagem que atuam na equipe de Saúde da Família e avaliar o grau de participação dos técnicos de enfermagem nas equipes de Saúde da Família em relação às atividades comuns à equipe.

CAPÍTULO I

O diálogo entre teoria e prática na perspectiva do desenvolvimento de competência na ESF

Na primeira parte deste capítulo discute-se o diálogo entre teoria e prática sob o ponto de vista do desenvolvimento de competência apresentada por Zarifian e a proposta de trabalho da ESF por Mendes que aborda ação de intervenção na realidade a partir do mapeamento e identificação dos problemas de saúde e na segunda parte se discute o desafio entre o trabalho prescrito e o trabalho real na concepção de Dejours.

Não há consenso sobre o que seja competência no debate teórico entre vários autores.

Nos estudos realizados por Fleury sobre a temática da competência em “Construindo o Conceito de Competência”, a autora aborda que, nos últimos anos, o tema competência entrou para a pauta das discussões acadêmicas e empresariais, associado as diferentes instâncias de compreensão: no nível da pessoa (a competência do indivíduo), das organizações (as *core competences*) e dos países (sistemas educacionais e formação de competências) ⁽¹²⁾

Durante a década de 80, Richard Boyatzis, (re) analisando os dados de estudos realizados sobre as competências gerenciais, identificou um conjunto de características e traços que, em sua opinião, define um desempenho superior. ⁽¹²⁾

Para Fleury, o conceito de competência discutido por esse autor é pensado como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justifica um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. Em outras palavras, a competência é percebida como estoque de recursos que o indivíduo detém. Embora o foco de análise seja o indivíduo, a maioria dos autores americanos sinaliza a importância de se alinharem as competências às necessidades organizacionais. ⁽¹²⁾

Para Lawler, as organizações deverão competir não mais apenas mediante produtos, mas por meio de competências, buscando atrair e desenvolver pessoas com combinações de capacidades complexas, para atender às suas *core competences*. ⁽¹²⁾

A introdução de autores franceses como Le Boterf, Zarifian, autores ingleses como Jacques e seus seguidores (Billis e Rowbottom, Stamp e Stamp), contribui para o

enriquecimento conceitual e empírico, gerando novas perspectivas e enfoques de modelos de análises.⁽¹²⁾

O debate francês a respeito de competência nasceu nos anos 70, justamente do questionamento do conceito de qualificação e do processo de formação profissional, principalmente técnica. Insatisfeitos com o descompasso que se observava entre as necessidades do mundo do trabalho (principalmente da indústria), procuravam aproximar o ensino das necessidades reais das empresas, visando aumentar a capacitação dos trabalhadores e suas chances de se empregarem.

Buscava-se estabelecer a relação entre competências e os saberes – o saber agir – no referencial do diploma e do emprego.⁽¹²⁾

Do campo educacional o conceito de competência passou para outras áreas, como o campo das relações trabalhistas, para se avaliarem as qualificações necessárias ao posto de trabalho, nascendo assim o inventário de competências.

O conceito de competência, que emerge da literatura francesa dos anos 90, procurava ir além do conceito de qualificação.

Zarifian, que é um dos representantes desta escola, caracteriza competência profissional como aquela capacidade individual do cidadão trabalhador para “articular, mobilizar e colocar em ação valores, habilidades, atitudes e conhecimentos necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho e pelo desenvolvimento tecnológico”. O desenvolvimento de competências profissionais vinculadas ao trabalho, na perspectiva da laboralidade, é um dos referenciais fundamentais para se entender o conceito de competência.⁽¹³⁾

“A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso. Ela é constatada quando de sua utilização em situação profissional, a partir da qual é passível de validação. Compete então à empresa identificá-la, avaliá-la, validá-la e fazê-la evoluir.”⁽¹³⁾

A adoção do modelo de competência, apresentada por Zarifian, é a que pretendemos desenvolver nesta pesquisa, a nosso ver, é a que mais se aproxima do projeto político pedagógico da ESPMT, que preconiza o desenvolvimento de competências voltadas para a preparação de profissionais capazes de mobilizar e articular conhecimentos para responder às necessidades reais do trabalho, sobretudo o processo de trabalho proposto pela estratégia da saúde da família, que requer abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e

organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

Zarifian defende que competência é, por conseguinte, “apropriada” na organização, ao mesmo tempo em que pode encaminhar-se subjetivamente, e com conhecimento de causa, para a produção do serviço.⁽¹⁴⁾

Embora a competência possa ser assumida por um coletivo, por uma equipe, depende de cada pessoa individualmente. O trabalho em equipe fornece um quadro e um referencial para a ação de cada pessoa e formaliza a convergência necessária das ações profissionais, mas cada pessoa, singularmente, torna-se importante em si mesma.

O sucesso da ação coletiva, em equipe, fica pendente, por assim dizer, da competência ativa de cada um, não no sentido puramente maquinal de complementaridade das operações dos trabalhos, mas no sentido do valor individual das iniciativas tomadas diante de um problema de saúde enfrentado pela equipe.

Não existe mais automaticidade no desenvolvimento das ações, o que quer dizer que a subjetividade de cada indivíduo está envolvida. Portanto, o conceito de competência citado por Zarifian é “o tomar iniciativa” e “assumir responsabilidade” do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.⁽¹⁴⁾

Esta perspectiva dinâmica e transformadora do trabalho também é destacada por Merhy, ao focar o processo de trabalho na saúde como trabalho vivo e trabalho morto.

15

“Trabalho vivo é a expressão que dá significado ao trabalho em ato, isto é, no exato momento de sua atividade produtiva. Trabalho morto são as máquinas os instrumentos, possuem esse nome porque sobre as máquinas e instrumentos existentes já se aplicou determinado trabalho, ou seja, já trazem uma carga de trabalho progressivo, que lhes deu forma e função.”⁽¹⁵⁾

Quando o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, relacionar-se com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem e, o que é mais importante, interage e insere o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-o sujeito, isto é, protagonista de seu processo saúde-doença. Já quando hegemônico pelo trabalho morto, o processo de trabalho é pré-programado, porque fica sob o comando dos instrumentos, age como se ele fizesse um aprisionamento do trabalho vivo, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, protocolo, formulário, etc.⁽¹⁵⁾

É neste sentido que o conceito de competência, nos moldes definidos por Zarifian⁽¹⁴⁾ e o conceito de trabalho vivo, utilizado por Merhy⁽¹⁵⁾ que destaca cada um ao seu modo, o processo de trabalho como gerador e impulsionador de mudanças pode vir a ser referenciais importantes para compreender e analisar o processo de trabalho na ESF.

A Saúde da Família (ESF) é considerada por alguns autores, Campos⁽¹⁶⁾, Mendes^(17, 18, 19, 20), Paim⁽²¹⁾, como uma das principais estratégias de (re) organização dos serviços e de (re)orientação das práticas profissionais do SUS. Institucionalizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) no ano de 1994, o Programa foi proposto pelo governo federal aos municípios brasileiros e tem como base para promoção da saúde da família a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde.

No campo da saúde, na conjuntura atual, de acordo com autores ligados à saúde coletiva, como Mendes⁽¹⁸⁾, Campos⁽¹⁶⁾ e Merhy⁽¹⁵⁾, a Estratégia da Saúde da Família (ESF), tem possibilitado um diálogo maior entre a teorização sobre o processo de trabalho em saúde e a realidade do trabalho.

“O processo de trabalho em saúde é um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato, a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de intersubjetividade expressos através de escutas, falas, empatias e interpretações”.⁽¹⁵⁾

Como o foco da ESF está voltado para as necessidades de saúde da população, destacando-se a perspectiva da família e a prestação de assistência integral contínua, com resolutividade e qualidade, as ações individuais necessariamente têm um caráter de complementaridade e é realizado em equipe, o que demanda, no processo de trabalho, a mobilização de saberes e habilidades específicas para a resolução de velhos e novos problemas.

No modelo da saúde da família, o processo de trabalho propõe uma permanente reconstrução, na medida em que se orienta pelas necessidades e problemas das comunidades. Encontra-se referenciado pela integralidade e intersetorialidade das ações e se realiza em equipe.⁽¹⁷⁾

No tocante ao atendimento, a unidade básica ou o domicílio são territórios de ações diferenciadas e que demandam movimentos de mão dupla: os profissionais ficam

na unidade e atendem as famílias ou elementos dela que a procuram, ou os profissionais saem de seu espaço e vão para a comunidade e, assim, realmente acabam atendendo a família, já que a ação é dentro do domicílio.⁽¹⁸⁾

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) sugere que isso seja frequente e contínuo, para que possam ser construídos o vínculo, a confiança e a aceitação das orientações.

É importante perceber a dimensão da ESF e que, na experiência de atender a comunidade, as ações específicas são atravessadas por ações diversas. Um exemplo disso é que, ao visitar uma família e identificar que dela faz parte um idoso ou um alcoólatra, um profissional, ou vários profissionais, responsáveis por essa família precisam mapeá-la para diagnosticar, intervir e acompanhá-la de “perto”, e, ao fazer isso, reportam-se a outros serviços. Isso implica organizar a prática da equipe em várias abordagens, para atender todos que compõem a família, principalmente com capacidade e perspicácia para identificar os riscos, segurança para intervir na resolução de problemas identificados, e promover orientações *in locus* sobre riscos identificados.

Esse tipo de prática nos exige olhar para o cliente/família que está doente ou com desvio de saúde e não apenas para a sua doença. Isso deve ser considerado no âmbito do saber e do saber fazer da enfermagem e dos demais membros que compõem a equipe, levando em consideração que as competências individuais sejam complementares, para que, a qualquer momento, a equipe possa enfrentar o conjunto de demandas e problemas de que se deve cuidar.

Nesse sentido, ao se referir à prática sanitária, Mendes nos alerta para um cuidado de enfermagem focado no cliente e em sua família como sujeitos das ações, em que a tomada de decisão sobre o que deve ser feito será do cliente/família/equipe.⁽¹⁸⁾

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Portanto, requer uma abordagem multidisciplinar, com processos diagnósticos de realidade, planejamento de ações compartilhadas, espaço de trabalho comum a todos os membros da equipe.⁽¹⁸⁾

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES (2002), a ESF no Brasil, em 2002, contava com um total de 27.324 equipes de Saúde da Família, em 5.125 municípios brasileiros com cobertura de 46,6% da população brasileira. No Estado de Mato Grosso, atualmente existem 530 equipes na ESF (CNES/Janeiro 2009), implantadas em 142 municípios, com cobertura de 62,62% (CNES/Novembro de 2008), sendo que a capital (Cuiabá), tem 31 equipes e 29,44% de cobertura.⁽²²⁾

Ao pensar na estratégia da família, “Mendes, observa que: saúde da família não é medicina familiar [...] é diferente porque não se reduz a, simplesmente, desenhar um sistema de descrição de família a uma equipe médica que está mais proximadamente e mais humanizadamente, se propõe atendê-las na mesma lógica flexeneriana. Ao contrário, sem negar às famílias atenção médica de boa qualidade, a saúde da família procurará funcionar sob os ditames da prática sanitária da vigilância à saúde e, portanto, estará referida pela saúde e não exclusivamente pela medicina [...]”.⁽¹⁸⁾

1.2. O Desafio entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Partindo do conceito de que a competência só pode ser medida na relação de trabalho, e que a proposta de trabalho da ESF prevê uma ação de intervenção na realidade a partir do mapeamento e identificação dos problemas de saúde e, portanto pressupõe competências e habilidades sociais e relacionais, bem como a capacidade de interagir com a situação problema e (re)criar o trabalho, a terceira referência a ser utilizada para analisar o desempenho dos Técnicos em Enfermagem formados pela ESPMT, na nova matriz curricular é o conceito de trabalho prescrito e trabalho real na perspectiva de Dejours.⁽²³⁾

“Os problemas concretos encontrados pelos operadores não podem ser resolvidos com a ajuda dos conhecimentos estabelecidos pelas ciências da natureza, porque o trabalho confronta precisamente os operadores com o mundo real e não só com as situações experimentais, artificialmente colocadas pelos cientistas”.⁽²³⁾

Ao examinar as relações do trabalho e do trabalhador, Dejours faz uma distinção entre técnicas e trabalho, que para ele não são sinônimos, e vai buscar na ergonomia o conceito de trabalho prescrito e trabalho real, para explicar o sofrimento causado pelo enfrentamento da norma com a realidade do trabalho.⁽²³⁾

A organização do trabalho, tradicionalmente, tem sido pautada pelo trabalho prescrito, mas a sua gestão se confronta com a contradição que se estabelece entre as normas e prescrições e o trabalho real, dotado de subjetividade. É como se o trabalho real se revestisse de certa “nobreza” e o trabalho prescrito, muitas vezes se identificasse como “rústico”. A escola francesa de ergonomia vem trabalhando com o conceito de tarefa/atividade¹, buscando precisar e analisar este conflito.

O trabalho real, “se resalta pela sua resistência ao controle técnico e ao conhecimento científico, ou seja, é aquilo sobre o qual fracassa a técnica, após todos os recursos técnicos terem sido utilizados corretamente”. O real apreende-se primeiro sob a forma de experiência na aceção de experiência vivida. O real do trabalho é uma dimensão à inteligibilidade dos comportamentos e das condutas humanas numa situação concreta. É o que passa certamente na oficina, no escritório, nas condições locais com as máquinas, nos procedimentos como se apresenta realmente, tendo em conta todos os riscos. “É o que os trabalhadores (operadores), realizam diariamente, em relação aos objetivos quantitativos e qualitativos (desempenhos realizados ou não), e em relação aos procedimentos (comportamento ao realizar uma ação)”.⁽²³⁾

O trabalho prescrito, na perspectiva de Dejours é aquele hierarquicamente definido de maneira formal ou informal, transmitido oral ou formalmente através de instruções, de notas e regulamentos. O trabalho prescrito se refere, portanto a “objetivos quantitativos (números de pacientes a tratar); objetivos qualitativos (defeitos a evitar); procedimentos a seguir (desde Taylor, sempre o aspecto mais importante do trabalho prescrito): seqüência de montagem, modalidade de reparo, regras e normas (mesmo não sendo explícito, não por isso são menos prescritos, provocando sanções no caso de descumprimento)”.⁽²³⁾

Na área de enfermagem, o trabalho prescrito é o modelo hegemônico de gestão, pautado especialmente pela regulação do exercício profissional.

A institucionalização de um novo modelo de assistência orientado, no nível da atenção básica, pela estratégia de saúde da família, se por um lado demandou uma

¹Para Dejours: Tarefa é como a face visível do trabalho prescrito, operacionalização do trabalho prescrito em termos de objetivos estabelecidos em condições determinadas para um sujeito ou um coletivo de trabalhadores. Atividade agrega a relação consigo mesma para gerir as necessidades de mudança que se opera em nível do corpo, da razão, do afeto, esta mais relacionada com a intersubjetividade de cada um, sob a forma de modos de ser e de viver dos trabalhadores no local de trabalho.

regulamentação específica e a normatização das ações dos profissionais, de forma que o processo de trabalho direcione a prática para os objetivos a que o modelo propõe, por outro, evidenciou a dificuldade de se normatizar padrões e regras de trabalho, num modelo que orienta demandas não programadas, atividades intersetoriais e contém um forte componente de subjetividade.

A Lei Nº 7.498/86⁽²⁴⁾ (Lei do exercício profissional de enfermagem) (**Anexo A**), determina como atividades a serem desempenhadas por técnicos, entre outras, a execução de curativos, verificação de sinais vitais, orientação em relação à nutrição, higiene, preparo do cliente na pré e pós consulta, imunização, esterilização. Além disso, as atividades dos técnicos incluem: a educação em saúde, participação nos grupos específicos de gestantes, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, violência infantil, drogas, alcoolismo, suicídios, hipertensão, diabétes, tuberculose, hanseníase, etc. Na assistência domiciliar, o trabalho dos técnicos direciona-se, prioritariamente, para a atenção materno-infantil, gravidez de risco, prematuridade, doenças crônicas e pacientes terminais, além de realizar ações de gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade.

Ao analisar as atribuições acima relacionadas à luz da lei do exercício profissional da enfermagem⁽²⁴⁾, verifica-se que as responsabilidades e atribuições definidas para os profissionais da equipe, na qual se incluem os técnicos, obedecem a uma matriz diferenciada daquela prescrita pela LDB, que requer a redefinição do sentido dos conteúdos, atribuindo sentido prático aos saberes disciplinares para se concentrar em competências supostamente verificáveis em situações práticas e, conseqüentemente, diferente da matriz curricular por competência institucionalizada na ESPMT.

Por outro lado, as atribuições específicas destes profissionais, definidas na mesma Portaria Nº 648 de 28 de Março de 2006, do Ministério da Saúde (**Anexo B**), mantêm as atribuições técnicas tradicionais à prática de enfermagem.⁽²⁵⁾

A construção de uma nova matriz curricular, que incorporasse estas duas dimensões do trabalho de enfermagem, a dimensão tecnológica e a dimensão social, foi o desafio enfrentado pelas Escolas Técnicas do SUS, em especial pela ESPMT e resultou numa matriz curricular baseada em competências.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Como metodologia de investigação, optou-se por um estudo exploratório de base qualitativa considerando que o primeiro (estudo exploratório) permite ao pesquisador aumentar sua experiência sobre um determinado problema, contribuindo para que outros problemas de pesquisa sejam levantados e a abordagem qualitativa possibilita aprofundamento e maior abrangência da compreensão de um grupo social, de uma política, de uma organização. ⁽²⁶⁾

Para Vasconcelos, a pesquisa exploratória constitui uma pesquisa temática, porém com foco mais amplo e aberto para investigação de fenômenos e processos complexos, principalmente pouco conhecidos/ou pouco sistematizados, ou passíveis de várias perspectivas de interpretação. ⁽²⁷⁾

Considera-se que a pesquisa qualitativa tem como uma de suas bases os relatos orais, concebidos não apenas como relatos que recorrem à experiência individual, mas como discursos que estão inseridos em redes de relações, marcadas pelas posições que os diversos atores ocupam nessa rede, pelas relações entre eles e entre outros.

Entre as várias técnicas de abordagem empírica, optou-se pela utilização de questionários com questões abertas e questões fechadas, aplicadas aos egressos do curso de formação da ESPMT, entrevista semi-estruturada com o gestor local e a realização de grupo focal com a participação dos técnicos de enfermagem e enfermeiros/preceptores que atuam na ESF. A opção de incluir os enfermeiros no grupo focal justificou-se pelo fato de os mesmos atuarem como professores do curso, foco desta pesquisa.

Os critérios de escolha para o campo de pesquisa foram: i) município que apresentasse uma rede de serviços estruturada a partir da Atenção Básica por meio das equipes das USF; ii) a existência de alunos egressos da ESPMT. O Município escolhido foi Sapezal, localizado a 480 Km de Cuiabá, na região do Médio-Norte de Mato Grosso.

Um dos fatores determinantes para esta escolha refere-se ao fato de que a ESPMT, no período de 2004 a 2006, implementou a matriz curricular com base nos preceitos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), currículo por competências, servindo o município de Sapezal como laboratório de prática. Este foi o único município onde a Escola teve oportunidade de trabalhar a matriz curricular do curso de Técnico em

Enfermagem na sua integralidade, 1800h, diferentemente das experiências da ESPMT em outros municípios, os quais sempre experimentaram a parceria com a ESPMT para o desenvolvimento de curso para complementação da carga horária para o Técnico em Enfermagem (Carga horária de 810h).

Além disso, o município apresenta uma cobertura de atendimento da ESF de mais de 80% da população e dispõe de outros níveis de atenção, tendo uma visão de integralidade, intersetorialidade, princípios primordiais do SUS, que vem sendo o grande desafio da ESPMT para a formação dos trabalhadores de nível médio do SUS com perfil voltado para a mudança do modelo de saúde.

Desta forma, o município de Sapezal reuniu as oportunidades necessárias para o estudo que tinha como objetivo, justamente, analisar em que medida a matriz curricular do Curso de Técnicos em Enfermagem da ESPMT, implantada pela Escola no ano de 2004, contribuiu para a introdução de novas práticas no processo de trabalho das equipes da Saúde da Família.

O município de Sapezal foi criado por meio da Lei n.º.534, de 19 de setembro de 1994, de autoria dos deputados Antonio Joaquim e Jaime Muraro, sendo eleito o Sr. André Antonio Maggi, como primeiro prefeito municipal nas eleições ocorridas em 03 de outubro de 1996.

A formação dos núcleos urbanos de Sapezal está ancorada numa proposta de colonização do Grupo Maggi¹, que deu esta denominação ao município recentemente instalado, como referência ao Rio Sapezal. Sapezal é termo de origem Tupi - sa' pé: o que alumia + al: sufixo que designa quantidade. Sapé é uma espécie de capim da família das gramíneas, conhecido pelas propriedades de cobrir ranchos. No dizer da língua Tupi é um capim brilhante, que ilumina, que "alumia". Ou seja, designa lugar de muito sapé. As famílias que compõem a comunidade de Sapezal são oriundas dos Estados do Sul do Brasil, fato comprovado pela tez, cor de olhos e sobrenomes. São principalmente agricultores, pessoas afeitas à dura realidade do campo.

Sapezal já nasceu com infraestrutura de cidade e vem mostrando, nos últimos anos, um vigoroso crescimento sócio-econômico.

¹ O Grupo André Maggi: Amaggi - é uma empresa do Estado de Mato Grosso, que há 35 anos, atua no plantio, colheita de soja e opera máquinas e equipamentos, transformando as paisagens e promovendo o desenvolvimento das regiões onde atuam.

A cidade nasceu do “boom” da soja nas décadas de 80 e 90 do século passado, e a sua economia se destaca pela colheita de oleaginosa (soja), sendo a 3º maior produtor de soja do Estado. (Diário de Cuiabá 2008).

Segundo dados do IBGE, Sapezal tinha uma população de 7.866 habitantes (a maioria na área urbana),da qual 90,7% são alfabetizados. Hoje, estima-se uma população de 14.254 habitantes,incluindo algumas etnias indígenas,e uma área de 13.597,51 Km de extensão territorial, com bioma característico de cerrado. ⁽²⁸⁾

A aplicação do trabalho de campo foi nas Unidades da Saúde da Família (USF) e segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – (CNES/Novembro de 2008), o município de Sapezal conta com três USF, obtendo mais de 80% de cobertura. ⁽²⁹⁾

As USF são consideradas porta de entrada do sistema de saúde, com atendimento que abrange 3.732 famílias, uma população de 12.124 pessoas dos 8 bairros do município, além de todo o Centro da cidade e o Parque de Exposição.

1. Instrumentos/ Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa iniciou-se com a análise dos documentos referentes à matriz curricular da ESPMT elaborada em 2004. Procurou-se analisar as Legislações da Educação Profissional do Ministério da Educação, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, as recomendações da Política Nacional da Atenção Básica, especificamente a Portaria 648/2006.

Também para entender a contribuição da matriz curricular e introduzir novas práticas no processo de trabalho das equipes da Saúde da Família, foram consultados documento do arquivo da ESPMT buscando identificar a estrutura, o modelo assistencial de saúde do município. Entre a documentação levantada foram consultados os seguintes documentos: Planos Municipais de Saúde, Documentos sobre Consórcio Intermunicipal de Saúde, Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde referentes ao período 2004-2009.

O trabalho de campo foi realizado nas três Unidades da Saúde da Família do Município de Sapezal em funcionamento, onde atuam os egressos da ESPMT.

O questionário foi aplicado aos seis egressos do curso de Técnico em enfermagem que atuam nas USF e Centro de Especialidades¹ da Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal, no período de 14 a 17 de julho de 2009 e teve como objetivo identificar: i) o perfil dos técnicos de enfermagem egressos do curso de formação da ESPMT; ii) inserção dos mesmos na equipe de SF, formação e capacitação; iii) o processo de trabalho dos técnicos com foco nas atividades por eles realizadas.

O questionário foi constituído de 27 perguntas classificadas em três categorias, a saber: Identificação com 04 perguntas fechadas; Inserção na Equipe/Formação e Capacitação com 11 perguntas fechadas e Processo de Trabalho na equipe da ESF com 11 perguntas fechadas e 02 abertas. (**Apêndice B**).

Todas as respostas analisadas foram agrupadas nas categorias acima identificadas (perfil, inserção e formação e atividades realizadas).

As informações obtidas no questionário permitiram uma análise das práticas e do processo de trabalho na equipe, na perspectiva dos sujeitos do trabalho. Estas observações foram complementadas por uma observação de campo realizada pela pesquisadora no período de 14 a 17 de julho de 2009. Neste período foram feitas observações sobre a rotina e dinâmica de funcionamento das três USF, registradas em um diário de campo, sendo possível na análise destas comparar o processo descrito pelos técnicos e enfermeiros com o trabalho real.

Após a aplicação do questionário foi realizada entrevista semi-estruturada com o gestor de saúde do município, que forneceu informações sobre modelo de gestão e organização dos serviços do município, principalmente o modelo de atenção básica por meio da estratégia de saúde da família. Estes dados também foram importantes para análise das práticas dos técnicos no processo de trabalho nas equipes da Saúde da Família.

O grupo focal teve como foco de discussão o processo de trabalho dos técnicos buscando situá-los em relação aos princípios que orientam a Estratégia da Saúde da Família: trabalho em equipe; intersetorialidade e integralidade.

O Grupo Focal (GF) foi realizado no dia 15 de julho das 09h30min às 11h30min, no Centro Multidisciplinar da Promoção Social e contou com a participação de oito profissionais dos serviços de saúde (3 Enfermeiros do PSF, 3 Técnicos do PSF e 1 Técnico e 1 Enfermeiro do Centro de Especialidades).

¹ Sujeitos do Centro de Especialidades: Egressos do curso e atuou na USF, sendo recentemente remanejado para o Centro de Especialidades.

Para efeito de relatoria, os nomes das USF e do Centro de Especialidades foram denominados de “Porto” e os profissionais por “flores e pedras” conforme a escolha de cada participante, assim identificados: Porto de Partida, participantes: Margarida; Porto da Alegria: Pérola Negra e Jasmim; Porto Seguro: Rosa e Azaléia e Porto de Chegada: Cravo, Violeta e Esmeralda.

O trabalho foi coordenado pelo mediador e com apoio dos observadores. A mediadora, função exercida pela pesquisadora, foi a responsável pela motivação, condução e conclusão dos debates, em vários momentos, à medida que as discussões tomaram outros focos, a mediadora pode intervir e interagir com os participantes.

Na perspectiva de auxiliar na condução do debate, o Grupo Focal orientou-se a partir de três perguntas baseadas nos temas: Trabalho em Equipe, Intersetorialidade e Integralidade as quais eram precedidas de um roteiro operacional que serviu para nortear as perguntas e estimular a participação de todos. (**Apêndice C**)

Os observadores puderam registrar, na forma de relatórios, tudo que foi apreendido no decorrer do debate e a presença deles não comprometeu o andamento do grupo.

O relatório foi discutido entre a mediadora e os observadores e a transcrição foi feita na íntegra para se evitarem perdas das informações colhidas. Durante a realização do grupo foram utilizados dois gravadores para que nenhuma fala fosse perdida. Como os participantes foram dispostos em círculo, cada gravador ficou em um ponto da sala para não comprometer os dados. (**Apêndice A**)

O Grupo Focal foi o instrumento que possibilitou maior aproximação com a realidade do trabalho dos técnicos e a sua percepção em relação à adequação dos processos de formação e as demandas do processo de trabalho.

Para análise e interpretação dos dados, optou-se pela análise de conteúdo do tipo análise temática, referenciada por Bardin, que a define como:⁽³⁰⁾

[...]“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”⁽³⁰⁾

Para análise dos dados, o primeiro passo foi a realização sucessiva das leituras dos instrumentos, a partir dos quais foram constituídas as categorias, recortes dos conteúdos, agrupamentos dos temas e, posteriormente, o quadro de análise com as categorias para estudo.

Neste sentido, esta metodologia possibilitou desenvolver um olhar especial para o ambiente de trabalho, para a equipe e oferecer suporte necessário para repensar meios metodológicos e pedagógicos que norteiam o processo de formação, visando às atividades reais vivenciadas no processo de trabalho das USF e, ao mesmo tempo, trazer essa realidade para a escola.

2. Considerações Éticas:

Foram respeitados os cuidados éticos referentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos, cujas bases são o respeito à liberdade e à dignidade humana e o compromisso social da ciência. Em consonância com declarações e consensos nacionais e internacionais no campo dos direitos humanos e da saúde. A regulamentação da pesquisa no Brasil é garantida pela Resolução nº 1969 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério de Saúde (CNS/MS), que dispõe sobre a ótica do indivíduo e das coletividades e os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

A Resolução define também que todo e qualquer projeto de pesquisa que envolve seres humanos, direta ou indiretamente, deve ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e dessa forma este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP) para apreciação, sendo aprovado por meio do Parecer Nº 50/09 – CAAE :0053.0.031.000-09.

No processo de investigação foi mantido sigilo em relação ao nome dos participantes e as informações coletadas foram de uso exclusivo para os fins da pesquisa.

Todos os participantes assinaram os Termos de consentimento e livre esclarecido, antes das coletas de dados e da realização do trabalho de campo. (**Apêndice E, F e G**)

CAPÍTULO III

A Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem do Município de Sapezal

A primeira etapa do trabalho se constituiu em recuperar o processo de construção da matriz curricular do Curso de Técnicos em Enfermagem da ESPMT, implantada pela Escola no período de 2004 a 2006, no sentido de avaliar a sua coerência com a proposta da ESF e em que medida esta matriz possa ter contribuído para a introdução de novas práticas no processo de trabalho dos técnicos e auxiliares de saúde na Estratégia da Saúde da Família.

1. Os Pressupostos da Matriz Curricular

A matriz curricular¹ do curso de Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT), elaborada no ano de 2004 para o município de Sapezal, considerou como parâmetros os preceitos Curriculares Nacionais da Educação Profissional de 1996, de acordo com os pressupostos da Lei. 9.394/96² e Decreto 2.208/97³

Para esta dissertação foram considerados os referenciais curriculares adotados pelo Ministério da Educação do Brasil, baseados nas funções e subfunções das doze subáreas da educação profissional de nível técnico de saúde, a saber: Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Enfermagem, Biodiagnóstico, Vigilância Sanitária, Saúde e Segurança no Trabalho, Reabilitação, Saúde Bucal, Saúde Visual, Estética, Farmácia, Hemoterapia e Nutrição e Dietética.

Para elaboração das funções e subfunções deste processo, o Ministério da Educação contou com a colaboração das Comissões de Educação Básica (CEB) do Conselho Nacional de Educação (CNE) e com o apoio de colaboradores e consultores da área da saúde, no sentido de proceder à análise do processo de trabalho dos profissionais da área, resultando em três matrizes: a construtivista⁴, a funcionalista⁵

¹ Matriz Curricular: Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), modelo, currículo como princípios e metas do projeto educativo de uma escola

² Análises mais profundas sobre a questão educacional brasileira na Constituinte de 1988 e na LDB de 1996 podem ser encontradas em Fávero (2005) e Machado (1997), dentre outros

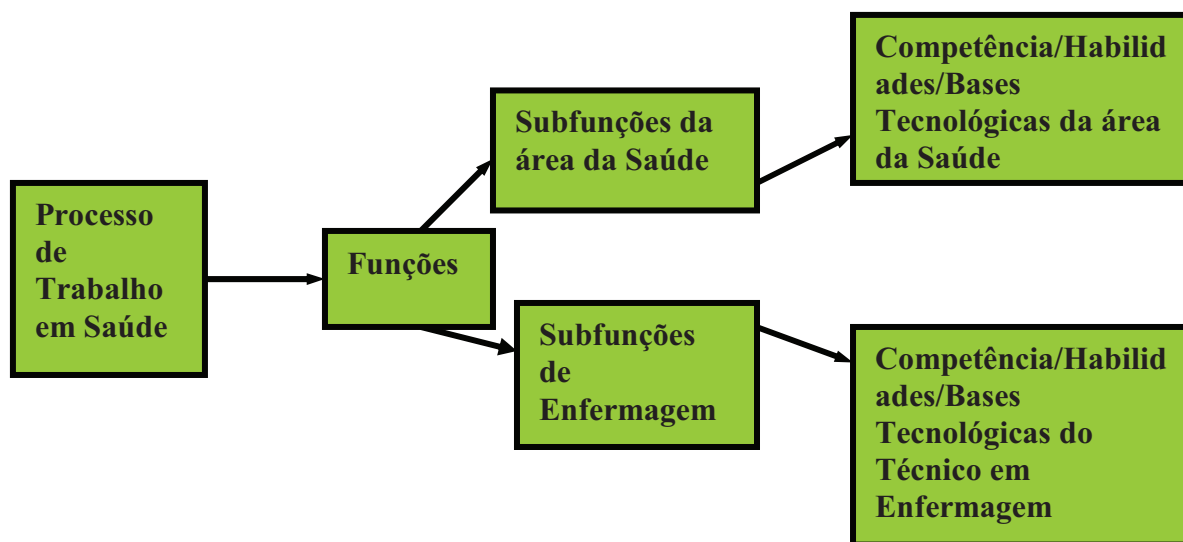
³ Análises mais profundas sobre a questão educacional brasileira na Constituinte de 1988 e na LDB de 1996 podem ser encontradas em Fávero (2005) e Machado (1997), dentre outros

⁴ Ações existentes entre grupos, situações de trabalho e situações de capacitações-Ver Dicionário de Capacitação Profissional 2.ed. 2009 p. 120.

⁵ Ação referente ao mercado, tecnologia, relações sociais e institucionais - Ver Dicionário de Capacitação Profissional 2. ed. 2009 p. 120.

e a condutivista¹.

Figura 01: Funções e Subfunções da Matriz Curricular:



Fonte: Dados da Entrevista

O quadro abaixo apresenta o detalhamento destas funções e subfunções definidas como parâmetros curriculares para a área de saúde.

¹ A matriz condutivista foi adotada pelo Ministério da Educação: Ações referente a habilidade que descreve o que a pessoa pode fazer, de acordo com o resultado esperado - Ver Dicionário de Capacitação Profissional 2. ed. 2009 p. 120

Quadro 01: Funções e Subfunções dos Referenciais Curriculares Nacionais

Funções e Subfunções	Competências/ habilidades/ bases tecnológicas exigidas para o trabalho da saúde.
Função 1: Apoio Diagnóstico	Incluiu ações e procedimentos que auxiliaram no estabelecimento de diagnóstico do cliente/paciente, na identificação de causas de agravos à saúde em ambientes coletivos e na definição de causas de agravos à saúde em ambientes coletivos e na definição das necessidades de saúde de determinado indivíduo ou grupo populacional;
Função 2- Educação para a Saúde	Reuniu ações sobre manutenção da saúde da população sadia, por meio de ações educativas na comunidade, e levou ao desenvolvimento de práticas de vida saudável e estimulou o autocuidado;
Função 3: Proteção e Prevenção	Reuniu ações sobre a proteção e preservação da saúde, eliminando ou minimizando riscos ao paciente e comunidade;
Função 4: Recuperação e Reabilitação	Reuniu ações sobre recuperação e reabilitação das funções afetadas e reajustamento social para a melhoria de vida do paciente e da comunidade;
Função 5: Gestão em Saúde	Reuniu atividades para situar o profissional no contexto da saúde e procurou desenvolver olhar crítico sobre a realidade da saúde no país, a partir da análise do modelo assistencial e do sistema de saúde, das formas de organização do trabalho em saúde, das questões éticas e legais que permeiam os diversos processos de trabalho na área e das relações intra e entre equipes.

Fonte: Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem da ESPMT, 2004.

Com este referencial se estruturaram os cursos de formação técnica da ESPMT (Técnico em Enfermagem, Técnico em Patologia Clínica, Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, Técnico em Higiene Dental e Técnico em Radiologia). A matriz curricular foi composta por 04 módulos (I, II, III e IV), sendo que os componentes curriculares do Módulo I deveriam ser comuns a todos os alunos da educação profissional da área da saúde, independente da especificidade dos cursos que estivessem realizando. Os demais Módulos (II, III e IV), reuniram a(s) competência(s)¹ específicas de cada profissão.

¹ . Competência no singular: mudanças nas organizações e nas relações sociais; Competências no plural: modificações no conteúdo profissional (Zarifian, 1998,p.01)

No que se refere à organização curricular dos cursos de Técnico em Enfermagem, a matriz curricular foi estruturada em 04 Módulos sequenciais.

As funções, subfunções, competência e habilidades¹, foram baseadas no perfil profissional do Técnico em Enfermagem definido nos artigos 10 e 11, da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (lei 7.498/86)², no Decreto de N°94.406 de 8/06/87³, nos parâmetros do Projeto Político Pedagógico da ESPMT.⁴

O Projeto Político Pedagógico da ESPMT destaca como competências e habilidades: bom relacionamento interpessoal, senso crítico-reflexivo, autocrítica, iniciativa, flexibilidade⁵, senso de observação acurado, capacidade de autogestão, raciocínio lógico para o desempenho de atividades nos domicílios, empresas, associações, comunidade, escolas, creches e outros, ou seja, para desenvolvimento de competências voltadas para o trabalho.

2. O Desenho da Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem de Sapezal

As discussões realizadas com o município para organização do curso procuraram consolidar o pacto de gestão, estabelecido pela Portaria 1996/07 que criou as Comissões de Ensino Serviços (CIES) e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)⁶.

De acordo com a pactuação realizada, o curso de Técnico em Enfermagem de Sapezal teria como objetivo preparar pessoal para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família.

Através das atas de reunião e documentos consultados, entre eles o Convênio de Cooperação Técnica, observou-se que não havia qualquer menção à participação das estruturas locais na discussão dos conteúdos da matriz curricular.

A matriz curricular do Técnico em Enfermagem de Sapezal foi estruturada pela equipe da ESPMT com base exclusivamente nos parâmetros curriculares do MEC, sem uma interação com os gestores locais e potenciais docentes, que seriam os enfermeiros que compunham as equipes de saúde da família.

¹ Habilidades: Varia de autor, no geral, é um conjunto de competências, algo menos amplo que a competência. É o ato de comparar com os conteúdos, evitando que o aluno reproduza uma situação que foi memorizada. É o desafio de contribuir para mudança significativa na prática didática da escola.

² www.coren-mt.com.br

³ www.coren-mt.com.br

⁴ Assessar o site: www.saude.mt.gov.br/esp

⁵ Flexibilidade: É a possibilidade das escolas propor a organização curricular de acordo com as necessidades e os anseios da comunidade. (Freitas 1995):

⁶ Portaria 1996/2007 Ministério da Saúde que dispõe sobre os recursos financeiros para cursos de Educação Permanente e pactuação em Comissão Intergestora Bipartite(CIB).

A matriz foi estruturada com dezenove componentes curriculares¹, vinte e oito competências distribuídas em mil e oitocentas horas (1.800horas). Mil horas (1.000horas) da carga horária eram destinadas para aulas teóricas, duzentas horas (200horas) para aulas práticas e seiscentas horas (600horas) para estágio supervisionado. O curso foi executado de forma presencial, num relacionamento entre professor e aluno.

Com esta distribuição da carga horária (teoria/prática/estágio-supervisionado) observa-se uma concepção dicotômica entre as competências técnicas e a prática profissional, como se a teoria não pudesse ser discutida e apreendida a partir da reflexão da prática.

Quadro 02: Síntese com os números absolutos e percentuais da carga horária dos Módulos presentes na Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem de Sapezal

Módulos	Teoria		Prática		E S		Carga horária Total por Módulo	
	Nº	%	Nº	%	Nº.	%	Nº Abs.	%
I	180h	10%	60	3%	-	-	240h	13%
II	160h	9%	80	4%	-	-	240h	13%
III	348h	19%	60	3%	200	12%	608h	34%
IV	312h	17%	-	-	400	22%	712h	40%
Total Geral	1000h	55%	200h	11%	600h	34%	1800h	100%

Fonte: Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem da ESPMT, 2004.

¹ Componente Curricular: matéria ou disciplina que compõe a matriz curricular de um determinado curso. Mais informações, acesse portal da educação ou site: www.mec.gov.br/secitec/eduprof/di.shtm.

Módulos presentes na Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem

Módulo I: Contextualizando o trabalhador de saúde no cenário da saúde brasileira, agruparam-se funções e subfunções, competências, habilidades e bases tecnológicas exigidas para o trabalho de saúde.

Este módulo foi organizado em um módulo básico, comum para todos os alunos da educação profissional matriculados na ESPMT.

Este módulo constou de sete componentes curriculares, sete competências que procuraram estabelecer relações técnicas científicas específicas para o desenvolvimento de habilidades e bases tecnológicas da educação profissional da área da saúde, conforme previsto no parágrafo único dos artigos 5º e 6º do Decreto nº 2.208 de 17/04/97, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional em relação à organização curricular dos cursos profissionalizantes.

Este módulo foi realizado com duzentas e quarenta horas (240 horas) com carga horária assim distribuída: cento e oitenta horas (180 horas) para aulas teóricas e sessenta horas (60 horas-3%) para aulas práticas.

Os componentes curriculares que abordaram sobre Organização do Processo de Trabalho em Saúde, Primeiros Socorros, Promoção da Saúde e Segurança no Trabalho e Informática básica, possuem sessenta horas (60hs-3%) de carga horária para aulas práticas. **(Quadro 02)**

Percebe-se que a maior carga horária, foi destinada para a teoria colocando-se, a prática como um componente externo, como um campo experimental de aplicação de técnicas, se afastando do conceito de desenvolvimento de competências na perspectiva teórica apresentada neste trabalho.

O desafio do modelo de competência destacado por Zarifian⁽¹³⁾ é de que a competência se manifesta sempre em relação a algo, e não se exerce sem mobilização de recursos, tanto dos recursos do trabalho como dos recursos do próprio trabalhador. No caso dos processos de qualificação, as referências teóricas deveriam ser mobilizadas na busca de explicações para os problemas identificados na prática profissional dos alunos.

Módulo II: A Enfermagem Promovendo e Prevenindo a Saúde.

Este Módulo foi organizado num módulo distinto e sem terminalidade e constou de componentes curriculares ou subfunções profissionalizantes que reuniram bases tecnológicas referentes às competências para promover e prevenir as ações de saúde, voltadas para a enfermagem.

Este módulo foi constituído de três componentes curriculares: Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem, Biossegurança nas Ações de Saúde e Enfermagem e Saúde Coletiva I, com sete (7) competências.

Este módulo contou com 240h (13%) teórico/prático, distribuídas: cento e sessenta horas - 160 (9%) horas de aulas teóricas, oitenta horas (80 horas - 4%) de prática, sendo: vinte horas (20 h) para o componente sobre Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem, quarenta horas (40 h), para Biossegurança nas ações de enfermagem e vinte horas (20 h), para Saúde Coletiva I).

Percebe-se que a maior concentração da carga horária foi para o componente curricular de Biossegurança em relação à Saúde Coletiva I e Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem.

Os componentes curriculares que tratam da Saúde Coletiva e Processo de Trabalho em Enfermagem são fundamentais para o desenvolvimento de competências na Estratégia da Saúde da Família.

Verificou-se que as aulas práticas destinadas ao currículo do Técnico em Enfermagem de Sapezal se referem às aulas de laboratório de enfermagem, o que não promove a problematização da realidade.

Essas aulas acontecem com estruturas de laboratório montadas pela ESPMT equivalente a uma unidade hospitalar e servem para exercitar as práticas dos procedimentos técnicos de enfermagem. Essas aulas são acompanhadas pelos enfermeiros que executam a função de docente do curso, (devolução de conhecimento tácito).

Nota-se que os conteúdos estão voltados para o desenvolvimento de habilidades específicas do exercício de enfermagem e não para ações e práticas mais amplas desenvolvidas pela ESF.

Nessa concepção, o modelo de prática proposto na matriz curricular se distancia do modelo de desenvolvimento de competências discutido nos moldes de Zarifian, que trabalha com a realidade e prática do aluno.

No modelo de competências discutido no primeiro capítulo, as aulas práticas deveriam se constituir no *locus* de aprendizagem, isto é, no contato do aluno com a situação diária do trabalho, porque é no local de trabalho que o aluno/trabalhador tem possibilidade de articular os conhecimentos, os saberes, as experiências e os comportamentos, para propor mudanças em um contexto preciso.

Em relação às sete competências deste módulo, apenas uma competência está voltada para Saúde Coletiva I e os conteúdos trabalhados no desenvolvimento dessas competências estão centrados na determinação social, econômica, política do processo saúde-doença no contexto geral do país, como princípios doutrinários do SUS, porém não são relacionados ao perfil epidemiológico e aos instrumentos sociais da realidade do município de Sapezal.

Para trabalhar os conteúdos vivenciados na rotina das USF, há necessidade de integrar teoria e prática, oportunizando ao aluno condições de refletir sobre a situação de saúde dos usuários, de sua comunidade e, em última instância, do município onde atua.

Ao considerar o sentido da qualidade do trabalho humano como resultante da qualificação coletiva, principalmente as implicações da organização social, os conteúdos e saberes devem associar-se às competências do serviço e não serem adquiridos exclusivamente no interior do sistema educacional ou por experiência profissional sem uma reflexão a partir do trabalho real. ⁽¹³⁾

[...] Se, pelo contrário, nos limitarmos apenas ao conteúdo cognitivo dessa qualificação, estaríamos dando pouca importância à necessidade, para que os assalariados possam mobilizar por longos períodos suas competências, de contar com garantias e referências coletivas, legítimas e legais. ⁽¹³⁾

Como foi discutido no capítulo I sobre *o diálogo entre teoria e prática na perspectiva do desenvolvimento de competência*: A Estratégia da Saúde da Família (ESF) pode ser considerada um campo fértil para a integração de conhecimentos e práticas na perspectiva de uma aprendizagem coletiva.

Para autores como Mendes^(17e18), Paim⁽²¹⁾, Campos⁽¹⁶⁾, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) coloca-se como uma alternativa para enfrentar o desafio da mudança em vários níveis de atenção, quer nas práticas de saúde, quer no trabalho em saúde, na formação profissional, no compromisso com a participação da comunidade como na expansão da cobertura. Por isso, requer maior ênfase nas práticas não convencionais de assistência, e sim, práticas que despertam para a promoção da saúde, como forma de reorganização dos serviços, trabalho em equipe e a confirmação dos princípios de integralidade, hierarquização dos serviços e a importância de ações intersetoriais.

Neste sentido, ao analisarmos a carga horária destinada à Saúde Coletiva articulada ao Processo de Trabalho em Enfermagem (3% da carga horária do Módulo), conteúdos fundamentais para o novo modelo de atenção proposto pela ESF, percebe-se que não há uma preocupação maior com esta temática, considerada na concepção inicial do curso como o objetivo central da qualificação: “preparação de pessoal para atuar nas equipes de saúde da família”.

Módulo III: A ENFERMAGEM INTERVINDO E RECUPERANDO A SAÚDE I

Este módulo foi organizado num módulo distinto, composto por componentes curriculares ou subfunções profissionalizantes que reuniram as competências, habilidades e bases tecnológicas com itinerários¹, para conclusão da qualificação de Auxiliar em Enfermagem.

Foi constituído de três componentes curriculares profissionalizantes: Fundamentos para a Assistência de Enfermagem, Assistência a Pacientes em Tratamento Clínico, com preparação e acompanhamento em apoio ao diagnóstico e Assistência a Pacientes em Tratamento Cirúrgico.

Este Módulo reuniu cinco competências e bases tecnológicas referentes à “Enfermagem Intervindo e Recuperando a Saúde I”. (nome do módulo)

¹ Itinerário: Significa que não há divisões que impeçam o educando de dar continuidade a seus estudos, a cada etapa vencida, não comprometendo, assim, as perspectivas de uma formação permanente e ao longo da vida. Nesse sentido, a organização curricular, quer seja em séries, quer em ciclos ou em módulos, pode e deve preservar esse princípio. (Ramos 2009 p.269)

A carga horária destinada a este módulo foi de seiscentas e oito horas (608 h - 34%), assim distribuídas: trezentas e quarenta e oito horas (348 h - 20%) destinadas às aulas teóricas, sessenta horas (60 h-3%) para aulas práticas e duzentas horas (200 h - 11%) para o estágio supervisionado.

Verifica-se que os componentes curriculares presentes neste módulo reuniram os saberes para o desenvolvimento de conteúdos centrados em tarefas para o desempenho de Técnicas em Enfermagem e cuidados relativos às patologias.

Nota-se que os componentes deste módulo apontaram para o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas para o trabalho hospitalar, ou seja, para fundamentos de enfermagem, especificamente para assistência ao paciente enfermo.

Não que o conteúdo sobre fundamentos em enfermagem seja menos importante para a lógica a que se propõe a Estratégia da Saúde da Família, mas é necessário que estas técnicas sejam interligadas com outros saberes, para que estes possam ser verdadeiramente mobilizados e, ao mesmo tempo, dando oportunidade aos alunos de desenvolver outros olhares que não sejam a especialidade da profissão.

As atribuições do auxiliar e do técnico em enfermagem preconizadas na Portaria 648/2006 apontam, em linhas gerais, para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde.

Desta forma, os conteúdos requerem saberes pautados nas ações em que os profissionais de enfermagem possam intervir. Essas ações também devem ser planejadas pela equipe e, principalmente, advindas da realidade da abrangência das Unidades da Saúde da Família (USF).

Alguns autores ligados à educação como: Ramos, Frigotto, Ciavatta, Saviane¹ apresentam discussões no documento base da educação profissional técnica de nível médio integrada ao ensino médio, sobre as diversidades de técnicas de produção, dessa forma:

[...] seu horizonte deveria ser o de propiciar aos alunos o domínio dos fundamentos das técnicas diversificadas utilizadas na produção, e não o mero adestramento em técnicas produtivas. Não deveria, então, propor que o ensino médio formasse técnicos especializados, mas, sim, politécnicos.⁽³¹⁾

¹ Ver manual da Educação Profissional Técnica de nível médio integrada ao ensino médio, p.17

Esses autores afirmam que a parte técnica é um aspecto importante da formação, em detrimento dos componentes sociais e ou educativos, mas deve, ao mesmo tempo, ter capacidade de ampliar os saberes com olhar em outros contextos, nas múltiplas dimensões do trabalho.

Na formação do curso de Técnico em Enfermagem de Sapezal foram contemplados, no entanto, os conteúdos específicos do técnico em enfermagem no desempenho de tarefas para a área hospitalar, sem incluir a dimensão social, epidemiológica e do processo de trabalho da equipe da Saúde da Família.

Portanto, ao analisar este módulo que confere a saída intermediária, garantindo a terminalidade para qualificação em Auxiliar em Enfermagem (Módulos I, II e III), acredita-se que o módulo III não prepara o Auxiliar em Enfermagem para atuar na Estratégia da Saúde da Família, conforme estabelece a Portaria Nº 648¹ de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde e na concepção discutida e proposta por Mendes.

Além disso, esta Portaria ao reportar ao papel significativo dos Auxiliares em Enfermagem na equipe da Estratégia da Saúde da Família, prevê que os mesmos desenvolvam atividades de Promoção da Saúde.

No Grupo Focal, os participantes destacaram a relevância das atividades destes profissionais perante o desenvolvimento das ações e práticas na Equipe da Saúde da Família evidenciando que as atividades devem focar nas necessidades de saúde da população, com prioridade para a perspectiva da família e a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade.

Na prática, essas atividades não se realizam de forma coletiva nem a partir de um trabalho em equipe, o que se caracteriza como atividades individuais sem complementaridade, com ênfase à assistência tradicional e hospitalar.

¹ Ver Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde 4ª edição, 2007, p.9.

Módulo IV: SAÚDE COLETIVA II E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

O Módulo IV foi organizado num módulo específico e constou de componentes curriculares profissionalizantes que reúnem as competências, habilidades e bases tecnológicas referentes à formação de Técnico em Enfermagem.

Em relação à carga horária, este módulo contém setecentos e doze horas (712 h - 39%), assim distribuídas: trezentas e doze horas (312 h - 17%) para aulas teóricas e quatrocentas horas (400 h - 22%) para o estágio supervisionado, sendo, constituído por seis componentes curriculares, a saber: Assistência à Criança e ao Adolescente cento e quarenta horas (140 h - 8%); Assistência à Mulher – cento e oito horas (108 h - 6%); Assistência a Cliente em situação de Emergência e em Estado Grave – oitenta e quatro horas (84 h - 5%); Assistência em Saúde Mental – quarenta horas (40 h - 2%); Saúde Coletiva II – trezentas e vinte e seis horas (326 h - 18%) e Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem – quatorze horas (14 h - 0,8%).**(Quadro 02)**

Verificou-se que a maioria dos componentes curriculares está voltada para atribuições propostas na Portaria 648/2006, conforme pressupostos gerais da Política Nacional da Atenção Básica. Seiscentos e vinte e oito horas (628h-35%), correspondendo total dos módulos da Matriz Curricular e apenas um componente curricular deste Módulo, Assistência a Clientes em situação de Emergência e em Estado Grave oitenta e quatro horas (84hs-5%), não está voltado para as ações da estratégia da Saúde da Família.

Apesar de a maioria dos componentes curriculares considerar os pressupostos gerais da Política Nacional da Atenção Básica, na prática não se considerou a realidade social e epidemiológica de Sapezal. Porque os conteúdos subentendidos nos componentes curriculares deste módulo sobre: Saúde Coletiva II, Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem, Saúde Mental e Assistência à Criança e ao Adolescente, não priorizaram o contexto das USF de Sapezal e não proporcionaram aos alunos/trabalhador, a oportunidade de despertar os conhecimentos necessários para detectar as competências vivenciadas no dia – a- dia do trabalho.

Na relação entre carga horária teórica/prática/estágio supervisionado, os componentes curriculares deste módulo, não constaram de carga horária prática, embora

haja quatrocentas horas (400 horas - 22%) para o estágio supervisionado e trezentas e doze horas (312 horas - 17%), para teoria. (**Quadro 02**)

Ainda que haja uma grande carga horária disponibilizada para o estágio supervisionado e teoria, denota-se que houve fragmentação entre teoria/estágio supervisionado. Nesse contexto, divergem das proposições do currículo por competências discutidos por Zarifian, que garante como atributos fundamentais a redefinição dos conteúdos a partir de um dado contexto, no qual os alunos possam compreender e dominar a realidade. Os conteúdos do estágio supervisionado estão dirigidos para atividades de acompanhamento do enfermeiro sob a ótica de supervisão, sobre o fazer técnico a partir da prescrição dos conteúdos estudados na teoria (devolução tácita).

Observa-se que os conteúdos se encontram fragmentados, com referenciais teóricos bem definidos, com cargas horárias também delimitadas, dando muito enfoque ao prescrito, o que infere resistência à criação do novo percurso de modificar o trabalho.

Para os autores apontados neste trabalho, não significa ter que se dispensar o prescrito, este também tem a sua significação, principalmente no que diz respeito ao entendimento científico para aplicar o processo de produção do trabalho e modificá-lo.

Ao analisar as nove (9) competências deste módulo, nota-se que a maioria, sete (7 - 25%) das competências, está voltada para atividades de assistência básica, na realização de procedimentos específicos de enfermagem regulamentados no exercício profissional da categoria para atuação na Unidade da Saúde da Família (USF), conforme as normatizações da Portaria 648⁹ de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde, mas não considera a realidade das Unidades da Saúde da Família de Sapezal.

Estas competências, por si só, não possibilitaram o desenvolvimento de competências individuais e competências comuns a todos os profissionais que integram a equipe da ESF de Sapezal, como preconiza a referida Portaria, principalmente sobre o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, a identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho em equipe, trabalho com outras instâncias sociais e a atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

A adoção do modelo de competências é um aspecto central da Reforma da Educação colocada nos referenciais curriculares nacionais, devendo este ser incorporado nos diferentes níveis de ensino.

Entretanto, os poucos conteúdos relativos à Saúde Coletiva que compõem este módulo, não trabalham a relação do processo de trabalho que vem sendo proposta pela Estratégia da Saúde da Família, principalmente quanto ao Trabalho em Equipe, à Territorialização, à Intersetorialidade, à Integralidade e Planejamento das atividades advindos da comunidade e da família.

O desafio do modelo de competência apresentado por Zarifian é de poder oferecer ao trabalhador condições de mobilizar seus saberes a partir da vivência do seu trabalho porque é no trabalho que se adquire e se assume responsabilidades, tomam-se iniciativas e compartilham-se informações.

O conceito de competência subentendido nesta matriz curricular é o modelo taylorista/fordista voltado para o posto de trabalho, sem condições de intervenções no processo produtivo e a organização dos conteúdos estão centrados em tarefas para o desempenho de técnicas, caracterizado pelo trabalho prescrito porque somente se encontram pautados no campo da ciência e da profissão de enfermagem.

Quanto à construção da matriz curricular, implica dizer que não foi considerada a realidade do processo de trabalho das Unidades da ESF do município de Sapezal na perspectiva dos autores estudados, principalmente às questões relacionadas com as dimensões: científico-tecnológica, ético-político, sócio-histórico, ambientais, culturais e relacionais do trabalho, enfim, a complexidade de ações presentes na realidade do trabalho.

Analisando o conceito de Trabalho em Equipe implícito na matriz curricular na perspectiva do trabalho real, percebe-se que o trabalho em equipe nas ESF de Sapezal ainda se desenvolve de forma fragmentada, orientada pelo “cuidar do paciente”, pela especialidade, num modelo diferente do idealizado por Mendes. O trabalho em equipe no modelo da saúde da família deveria buscar a integração efetiva entre as práticas clínicas e as abordagens coletivas, incorporando a contribuição de todos os profissionais, visto que o trabalho se realiza no encontro entre profissional e usuário.

Assim, a ideia do trabalho em equipe na ESF na perspectiva de Mendes perpassa principalmente pelo caráter subjetivo e intersubjetivo das relações, porque

busca estabelecer entre diversos sujeitos a relação para a construção de novos saberes e prática, rompendo com a fragmentação das tarefas individuais.

Portanto, o trabalho em equipe não deve ter sua origem apenas no caráter de racionalização da assistência técnica de enfermagem desenhada na matriz curricular, mas, sim, no trabalho em equipe focado na inteligência prática, para ser reconhecida e transformada no cotidiano do trabalho, a fim de permitir o uso de criatividade, mobilização e articulações de saberes, para intervir no processo de trabalho preconizado pela ESF.

Na medida em que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) aponta para atividades de promoção, prevenção de agravos, práticas curativas, da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde, o processo de trabalho não pode mais estar restrito à assistência ao usuário, mas orientado para a construção de redes que incluem o trabalhador/aluno, as famílias e a comunidade.

A análise do material documental aponta para uma matriz curricular do Técnico em Enfermagem de Sapezal focada na assistência de enfermagem, privilegiando um conjunto de protocolos fixados, normatizados e pré-definidos.

Os conteúdos foram hierarquicamente definidos sendo transmitidos de forma predominante por meio de aulas teóricas, desarticuladas da realidade do trabalho.

O conceito de competências utilizado na construção da matriz curricular de Sapezal é diferente do conceito discutido por Zarifian, na medida em que não privilegia o espaço de trabalho como local de aprendizagem e as situações de trabalho como desafios teórico-práticos a serem enfrentados.

Apesar de a matriz curricular constituir-se numa diretriz político-pedagógica, não havendo indicativo dos conteúdos efetivamente ministrados, os temas abordados e a distribuição da carga horária nos permitem inferir que não houve incorporação da discussão da realidade local e, sobretudo, da dinâmica de trabalho das equipes de saúde da família no processo de qualificação dos trabalhadores.

Não há evidências na matriz curricular do Técnico em Enfermagem de Sapezal de conteúdos que levem o aluno a pensar na singularidade local, na concepção do trabalho real, ou seja, situações e temas que colocassem os alunos de enfermagem como protagonistas e sujeitos do processo de trabalho.

Para concluir faz-se importante ressaltar os limites de uma análise da matriz curricular para se avaliar a adequação do modelo de formação às demandas colocadas pelo novo modelo de atenção. Uma matriz representa um Plano de Ação, uma diretriz onde os conteúdos e a estrutura pedagógica não estão evidenciados. Por outro lado, simplesmente a análise do processo de trabalho não é suficiente para uma avaliação de resultados do modelo de formação, uma vez que a estrutura dos serviços, em última instância é quem vai determinar as bases de organização destes serviços e intervir nos espaços de atuação dos profissionais.

O desafio deste trabalho se constitui em repensar um modelo de formação que estimule e prepare os técnicos a atuarem de acordo com os princípios da integralidade, intersetorialidade e trabalho em equipe, através de uma reflexão sobre os princípios que orientam a matriz curricular dos cursos de formação dos técnicos em enfermagem da ESPMT e sobre a realidade dos serviços por meio da inserção dos egressos na equipes das saúde da família.

Neste sentido apresentamos a seguir os resultados do trabalho de campo analisados à luz destes princípios.

CAPÍTULO IV

O PROCESSO DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA ESF DE SAPEZAL

Este capítulo apresenta a análise dos resultados obtidos no trabalho incluindo, também, as respostas dos questionários, da entrevista com o gestor, a observação de campo e o grupo focal. Os resultados foram apresentadas e analisados seguindo as categorias colocadas no início do trabalho.

1. Perfil dos Técnicos de Enfermagem da Equipe da Saúde da Família

2. Formação e Capacitação do Técnico em Enfermagem

3. Processo de Trabalho: Trata-se do trabalho desenvolvido pelos técnicos em enfermagem pelos demais membros que constituem a equipe da Estratégia da Saúde da Família, na execução das atividades nas unidades de serviço.

4. Trabalho em Equipe: Discute-se sobre a relação do trabalho, a concepção sobre o conceito de trabalho em equipe e as atividades executadas pelos Técnicos em Enfermagem na Equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

1. Estrutura da ESF do Município de Sapezal

Atenção Primária à Saúde (APS), no SUS tem sido uma das concepções que subsidiaram a organização dos serviços de saúde no país, especialmente a partir de 1994 com a introdução da Estratégia da Saúde da Família.⁽³³⁾

Mendes, na palestra proferida no VIII Encontro de Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora, mostra que um incremento de 10% de equipes da ESF determina uma queda de 4,6% na taxa de mortalidade infantil.

O impacto da ESF é significativo, mas a atenção primária à saúde apresenta graves problemas, principalmente por ter a ideia de que a atenção básica é o menos complexo num sistema de saúde. O que é conceitualmente equivocado, porque o mais complexo num sistema de saúde é a atenção primária à saúde, que é intensivo em cognição.⁽³²⁾

Em Sapezal verificou-se que o sistema de saúde se estrutura da seguinte forma:

Quadro 03: Serviços de saúde do município de Sapezal, com números de profissionais e nível de inserção no SUS.

Serviços	Nº. de Unidades	Nº. de Profissionais	Inserção no SUS
USF	03	67	Pública Municipal
Centro de Especialidades Médicas	01	14	Público Municipal
PACS Rural	01	5	Público Municipal
Laboratório Municipal	01	10	Público Municipal
Centro de Referências em Reabilitação	01	9	Público Municipal
Hospital ¹	01	40	Privado/Conveniado

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, agosto de 2009.

Nota-se que as características dos serviços de saúde de Sapezal estão mais representadas pelo serviço Público Municipal e existe convênio com Instituição Privada para atendimento dos serviços hospitalares.

¹ Hospital e Maternidade Renato Sucupira com 52 leitos, sendo 30 leitos conveniados ao SUS

Quadro 04: Estrutura das Unidades de Saúde da Família em Sapezal

Unidades	Tempo de Funcionamento	Nº de Profissionais de Equipe	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas atendidas	Bairros de Abrangência
USFI	8 anos	23	1.345	4.457	Bosque, Karolinas, Parte do Bairro Cidezal II e Jardim Sapezal
USFII	7anos	21	1.375	4.678	Jardim Popular, parte de Cidezal II, Chácaras, Jardim Vitória, parte de águas Claras
USFIII	5 anos	23	1.042	3.089	O Centro e o Parque da Exposição na totalidade.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, agosto de 2009

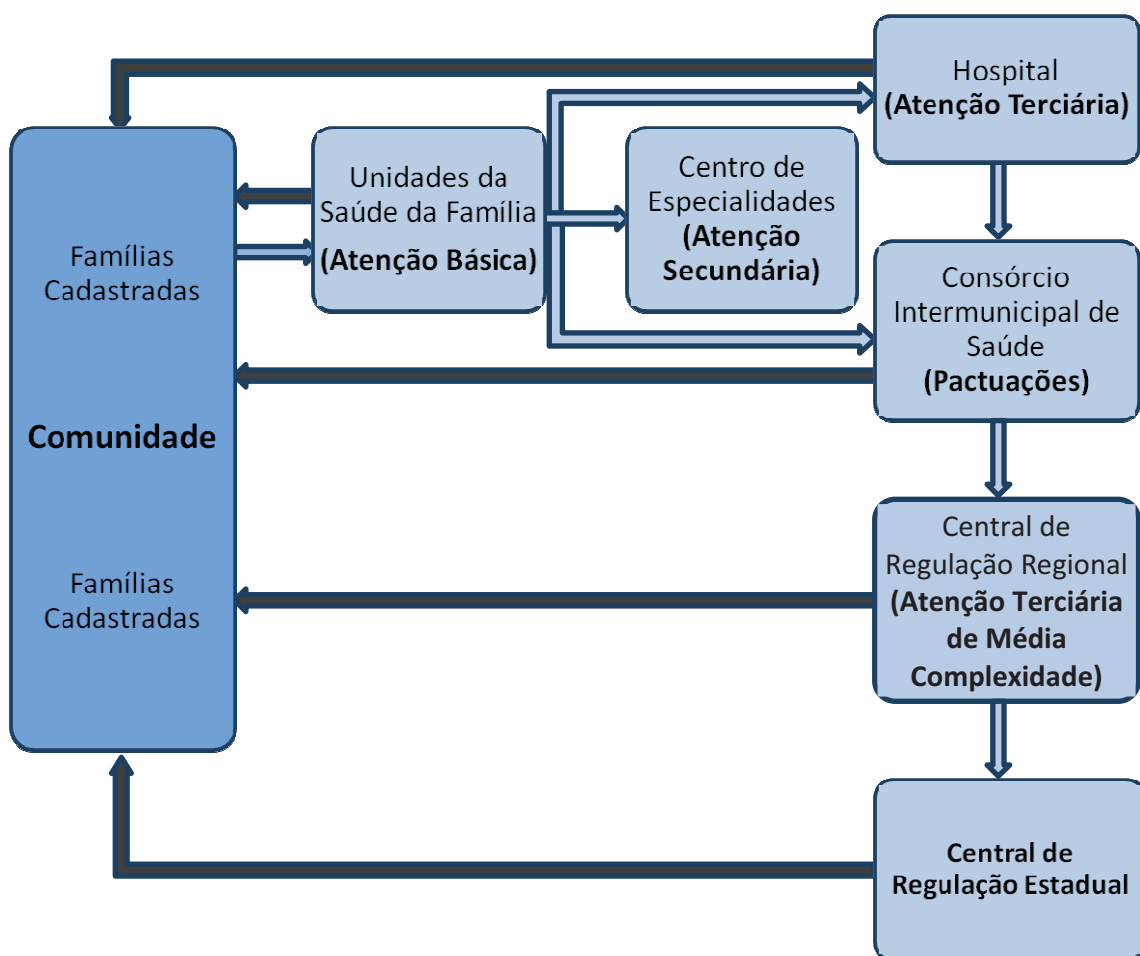
O município de Sapezal dispõe de quatro USF (três em pleno funcionamento e um em processo de implantação por meio de parceria com a Secretaria de Estado de Saúde), obtendo com as três USF, mais de 80% de cobertura, e atendimento a 3.732 famílias, abrangendo uma população de 12.124 pessoas dos 8 bairros do município, além de todo o Centro da cidade e o Parque de Exposição.

Foi estabelecido na Portaria 648/2006¹ que para a implantação das Equipes de Saúde da Família deve existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000 habitantes. Esta equipe, composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde, deve cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes. O número de abrangência das famílias atendidas pelas equipes das USF atende às



¹ Portaria 648/2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

recomendações da Portaria 648/2006 e da Política Nacional da Atenção Básica, sendo a USF considerada como porta de entrada dos serviços de saúde. Todas as famílias atendidas estão cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nas USF são feitos os encaminhamentos para os serviços da atenção secundária, terciária de média e alta complexidade. .⁽²⁵⁾

Figura 2: Rede e Fluxo de Organização do Serviço de Saúde em Sapezal:



Legenda:

-  Entrada no Sistema de Saúde - Referência
-  Retorno

Fonte: Dados da Entrevista

2.A rede e o fluxo de serviço de saúde do município apresentam-se organizados da seguinte forma:

Atenção Básica: A atenção básica de saúde é caracterizada pelos serviços de promoção e prevenção da assistência de saúde e constituído pelas quatro Unidades da Saúde da Família, sendo três em pleno funcionamento e uma em processo de implantação por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.

As Unidades da Saúde da Família são a porta de entrada do sistema municipal de saúde e desenvolvem ações de imunizações, visitas domiciliares, consultas, educação em saúde, atendimento clínico de urgências de baixa complexidade. Encaminhamentos para os outros serviços, que compõem a rede do SUS do município.

Atenção Secundária: O Centro de Especialidades é responsável pelo atendimento de especialidades em saúde e recebe a demanda das equipes das USF. Desenvolve ações de assistência medicamentosa, consultas especializadas na área de ortopedia, oftalmologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, de reabilitação e de prevenção.

Atenção Terciária: As ações desenvolvidas são de internação hospitalar. O município dispõe de um hospital privado, com trinta leitos conveniados ao SUS e dois leitos de estabilização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) até que o paciente seja encaminhado para o sistema de referência pactuado na rede do consórcio.

O hospital é conveniado ao SUS para os serviços de cirurgias eletivas, atendimento em ginecologia e obstetrícia, pediatria, atendimento de urgência e emergência, serviços de radiologia e ultra-sonografia, anestesia, ortopedia e pediatria.

Atenção Quaternária e o Fluxo de Organização dos Serviços: O município integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Norte de Mato Grosso e os serviços de média e alta complexidades são encaminhados para o Consórcio Intermunicipal de Saúde, em Tangará de Serra.

O consórcio é constituído por onze municípios da região médio norte do Estado (Arenópolis, Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Denise, Nortelândia, Nova Marilândia, Nova Olímpia, Porto Estrela, Santo Afonso, Sapezal e Tangará da Serra), cuja sede é o município de Tangará da Serra.

O consórcio tem como objetivo regular por meio da central de regulação regional ou central as cotas dos serviços de média e alta complexidade encaminhadas pelos municípios consorciados. Todos os serviços do Consórcio são pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI).

A Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal possui cento e dezessete cotas para os serviços de que não dispõe no município como: exames de tomografia, ressonâncias, hemodiálises, neurologia, reumatologia, cardiologia etc.

Foi informado na entrevista que a maior demanda é por tomografia e quando o município excede a cota, paga por fora para a realização dos serviços.

De acordo com a Norma Operacional Básica de 1996 – NOB/96, Portaria GM/MS nº. 343 - Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 – NOAS/2002, Pacto de Gestão, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) pela Comissão Intergestora Bipartite – CIB Estadual, o município foi habilitado, desde junho de 2009, em gestão plena do Sistema Municipal, para assistência especializada em média complexidade, o que significa que o município assume plena autonomia administrativa em sua área geopolítica.

Embora o município apresente uma rede de serviços organizada, bem como possua serviços de referência disponíveis (sendo a USF a porta de entrada do Sistema de Saúde), o sistema de contra-referência encontra-se em processo de construção, não divergindo das demais realidades dos municípios brasileiros.

Quanto aos protocolos de encaminhamentos para os serviços de referência, ainda se encontram em processo de elaboração, já que os serviços de saúde foram habilitados recentemente em gestão plena da atenção, ou seja, autonomia de resolutividade e média complexidade.

Quadro 05: Estrutura Física das Unidades de Saúde da família (USF):

Estrutura	Quantidade
Recepção	01
Consultório Médico	01
Consultório de Enfermagem	01
Consultório Odontológico	01
Sala de Esterilização	01
Sala de Vacina	01
Sala de Procedimentos	01
Banheiros para Usuários (masc. fem.)	02
Banheiro para funcionário	01
Copa	01
Sala de Reunião	01
Sala de Pré Consulta	01
Sala de Observação	01
Sala de Expurgo	01
Farmácia	01
Sala para exames Preventivos ¹	01

Fonte: Dados da observação de campo

¹ Sala de Preventivo no PSFI e PSFIII.

O quadro acima, demonstra as estruturas físicas das USF de Sapezal e percebe-se que as instalações e equipamentos são novos, modernos e suficientes para atendimento da demanda. O que é considerado por Mendes, fator essencial para promover a organização e planejamento das ações e serviços das Unidades de Saúde da família. ⁽¹⁸⁾

3. Perfil dos Técnicos de Enfermagem e Inserção na Equipe de Saúde da Família

As Unidades de Saúde da Família de Sapezal estão constituídas por três equipes, sendo que cada unidade contém, em média, vinte e duas pessoas, totalizando 68 profissionais da área da saúde, caracterizando uma equipe multiprofissional, com jornada de quarenta horas semanais, cumprindo os preceitos da composição mínima da equipe da ESF conforme recomendações da Política Nacional de atenção Básica.

O quadro abaixo apresenta a composição das Equipes das três USF de Sapezal.:

Quadro 06: Composição das Equipes da Unidade de Saúde da Família

Unidade do PSF	Equipe	Quantidade
PSFI	Médico	01
	Enfermeiro	01
	Odontólogo	01
	Técnico em Enfermagem	02
	Auxiliar em Enfermagem	01
	Atendente de Consultório Dentário	01
	Agente Administrativo	02
	Agente Comunitário de Saúde	12
	Zelador	02
Total	23	

Unidade do PSF	Equipe	Quantidade
PSFII	Médico	01
	Enfermeiro	01
	Odontólogo	01
	Técnico em Enfermagem	02
	Atendente de Consultório Dentário (ACD)	01
	Auxiliar em Enfermagem	01
	Agente Administrativo	02
	Zelador	02
	Agente Comunitário de Saúde(ACD)	10
Total		21
PSFII	Médico	01
	Enfermeiro	01
	Odontólogo	01
	Técnico em Enfermagem	02
	Atendente de Consultório Dentário	01
	Auxiliar em Enfermagem	01
	Agente Administrativo	02
	Agente Comunitário de Saúde	12
	Zelador	02
Total		23

Fonte: Dados do questionário

Quadro 07: Perfil dos Técnicos em Enfermagem das Unidades da Saúde da Família(USF).

Unidades de Serviços	Nº	Sexo		Idade	Nível de Esc.	Vínculo de trabalho
		M	F	Entre 35 a 40 anos		
PSFI	02	01 ¹	01	02	2º grau completo	Público Municipal
PSFII	02	00	02	02	2º grau completo	Público Municipal
PSFIII	02	00	02	02	2º grau completo	Público Municipal
Total	06	01	05	06	06	06

Fonte: Dados do Questionário

Todos os Técnicos em Enfermagem que atuam nas USF são egressos do curso da ESPMT. A maioria (05-83%) é do sexo feminino, todos possuem o 2º grau completo, estão na faixa etária entre 35 e 40 anos e possuem vínculo empregatício com a Prefeitura há mais de cinco, o que aponta para um grupo de profissionais com boa escolaridade e estabilidade no emprego.

Quadro 08: Tempo de Inserção dos Técnicos em Enfermagem nas Unidades de Saúde da Família

Tempo de atuação na USF	Total	Número	
		Nº Abs.	%
Menos de 6 meses	06	01	17%
De 6 meses a 12 meses	00	00	00
13 meses a 24 meses	06	01	17%
Mais de 2 a 5 anos	06	04	66%

Fonte: Dados do Questionário

¹ O egresso saiu a menos de um mês da USF, foi entrevistado em relação ao período de experiência na USFI.

Quadro 09: Quadro Síntese das respostas mais recorrentes sobre inserção na Equipe da Saúde da Família

Respostas Recorrentes	%	N/Abs
Tempo de atuação na Equipe do PSF: Mais de 5 anos	66%	04
Atuação no PSF neste município: Sempre na mesma equipe	66%	04
Experiência anterior de trabalho no PSF: Não teve experiência anterior	100%	06
Porque Escolheu trabalhar no PSF: Por estar a época desempregado Por trabalhar próximo ao local onde reside.	66% 34%	04 02

Fonte: Dados do Questionário

A maioria dos técnicos em enfermagem, (04 – 66%) encontra-se atuando na Unidade da Saúde da Família há mais de cinco anos, na mesma equipe desde que concluíram o curso. A USF foi a primeira experiência de trabalho público na área de saúde.

Como o curso foi realizado antes do ingresso nos serviços, 100% dos atuais técnicos informaram não ter experiência anterior na ESF. A experiência acumulada neste período de trabalho (5 anos), discutida no grupo focal, ocorreu anterior à formação, o que de certa forma justifica a dificuldade de trabalhar, no processo de formação, com a metodologia da problematização prevista no Projeto Político Pedagógico da ESPMT.

O questionário apontou que 4 (66%) dos egressos escolheram trabalhar nas Unidades da Saúde da Família porque se encontravam desempregados o que pode sugerir que a saúde, no caso específico, da ESF, coloca-se como um segmento significativo no mercado de trabalho local.

O perfil geral destes trabalhadores demonstra uma preocupação, por parte dos gestores, com a qualificação da força de trabalho para atuar nas Unidades da Saúde da Família e com a inserção dos egressos da ESPMT nas equipes da ESF da Secretaria

Municipal de Saúde representa a efetivação de uma política de investimento na atenção básica através da capacitação de seus quadros.

4. Formação e capacitação do Técnico em Enfermagem

Quadro 10: Quadro Síntese das respostas mais recorrentes sobre Formação/Capacitação dos egressos para atuar na Estratégia da Saúde da Família

Respostas Recorrentes	%	N/Abs
O curso da ESPMT foi pre-requisito para trabalhar na ESF: Obs: As demais questões não foram respondidas	50%	03
As atividades que aprendeu no curso não contribuíram para execução das atividades na ESF	66%	04
As atividades de enfermagem estudadas durante o curso foram muito diferentes das atividades que executou na equipe.	83%	05
Quando você fez o curso, participou da prática ou estágio supervisionado na ESF: Sim, no meu município na equipe da ESF	100%	06
O curso não preparou para desenvolver as atividades realizadas na ESF	83%	05
Além do curso de Técnico em Enfermagem, os egressos não participaram de outros cursos para atuar na ESF	83%	05
Capacitação na sala de vacina	17%	01

Fonte: Dados do Questionário

Observou-se que 50% (3) dos egressos responderam que o curso oferecido pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso foi pré-requisito para trabalhar na equipe do PSF, no entanto, 66%.%(4) afirmaram que o curso não contribuiu para a execução de

suas atividades na equipe da ESF. Para 83,3% (5), as atividades de enfermagem estudadas durante o curso foram muito diferentes daquelas às que executam na equipe e não prepararam para desenvolver as atividades na ESF.

Em relação às respostas sobre a prática ou estágio supervisionado na ESF, todos afirmaram ter participado deste no seu município e na ESF, porém, assinalaram que:

[...] “A ESPMT, deve proporcionar aos alunos mais aulas de laboratório, antes de enviar os alunos para o estágio supervisionado”. (Fala dos Egressos)

Esta opinião foi reforçada no grupo focal sendo sugerido que o curso deveria dar mais ênfase às aulas práticas, antes de os alunos irem para o estágio supervisionado, a fim de fortalecer os referenciais teóricos estudados no curso e oferecer mais segurança durante a assistência ao paciente.

Outro ponto também discutido no grupo focal foi a matriz por competências, quando os alunos e professores (técnicos e enfermeiros) colocaram que, embora tenha sido enfatizado o modelo de competências, na prática acadêmica não foi possível perceber diferença em relação às práticas tradicionais de formação. A pergunta que permanece para eles é “ O que de fato é uma matriz curricular por competências?”.

É interessante observar que na perspectiva do gestor, diferentemente da percepção dos alunos (técnicos) e professores (enfermeiros), o curso atendeu às expectativas e pode ser considerado como importante fator de organização do serviço.

Para o gestor, o diferencial da parceria com a ESPMT é que os professores da ESPMT promovem a capacitação pedagógica dos instrutores na metodologia da problematização.

Este conflito de opiniões entre gestores e “executores” é inerente à situação de trabalho e revela o conflito maior entre o trabalho prescrito e o trabalho real, discutido por Déjours. Ainda segundo este autor, para diminuir tal distância e minimizar seus efeitos, faz-se necessário criar espaços de discussão e reflexão sobre a prática e o cotidiano dos serviços.

.5. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Portaria 648/ 2006 do Ministério da Saúde que foi discutida anteriormente, além de regulamentar a equipe mínima da ESF, fixa as atribuições dos membros da equipe, delegando as mesmas atribuições tanto para o Auxiliar em Enfermagem como para o Técnico em Enfermagem, que compõem a equipe da ESF, são elas:

1. participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
2. realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe;
3. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Desse ponto de vista, nota-se o relevante papel dos técnicos e auxiliares em enfermagem perante a equipe da ESF, principalmente na execução das atividades que complementam as funções dos demais membros da equipe na produção do trabalho.

A partir da consolidação dos questionários registramos abaixo as atividades realizadas pelos técnicos das equipes de saúde da família. É importante destacar que foram perguntas induzidas, situação em que os respondentes tendem a colocar o que acham que deveria ser feito, o “trabalho prescrito”, que não necessariamente corresponde ao “trabalho real”. Em seguida, com base nas informações coletadas no grupo focal e na observação de campo, será feita uma comparação entre o que “deve” ser feito e o que está sendo “possível” realizar.

Quadro 11: Frequência das atividades desenvolvidas pelos Técnicos em Enfermagem nas Unidades da Saúde da Família (USF)

Atividades desenvolvidas pelos Técnicos em Enfermagem no PSF	Total	Total de Respostas		Frequência
		Nº	%	
Visita Domiciliar	06	04	67%	Duas vezes na semana
Aplicação de vacinas	06	05	83%	Todos os dias
Aplicação de injeção	06	05	83%	Todos os dias
Realização de curativos	06	05	63%	Todos os dias
Realização de inalação	06	05	83%	Todos os dias
Pesagem	06	05	83%	Todos os dias
Agendamento de consultas no próprio PSF	06	02	33%	Uma vez na semana
Acompanhamento de consultas médicas	06	06	100%	Todos os dias
Acompanhamento de consultas de Enfermagem	06	05	83%	Todos os dias
Notificação de doenças de vigilância epidemiológica	06	04	67%	Uma vez no mês
Participação de reunião com a equipe	06	06	100%	Uma vez no mês
Organização dos grupos de usuários	06	05	83%	Uma vez na semana
Organização da unidade	06	06	100%	Todos os dias
Preenchimento de formulários de informação para o SIAB	06	05	83%	Uma vez no mês
Realização de Palestras sobre DST/AIDS	06	05	83%	Uma vez na
As visitas domiciliares são anotadas.	06	04	67%	Não anotam

Verifica-se que a frequência das atividades diárias realizadas pelos egressos do curso se estabelece no acompanhamento de consultas médicas, na organização da unidade, na execução de procedimentos técnicos. Processo de trabalho se caracteriza pelo processo formal, na execução de tarefas, na prescrição, na teoria, na assistência especializada e individualizada. A atividade de agendamento de consultas é realizada na própria USF por dois egressos do curso (33%).

Quadro 12: Frequência das atividades desenvolvidas pela equipe das Unidades de Saúde da Família (USF).

Atividades desenvolvidas pela equipe do PSF	Total de Respostas		Frequência
	Nº	%	
Atualização do cadastramento das famílias e dos indivíduos	03	50%	Sempre
Utilização frequente os dados para analisar as situações de saúde da família, do indivíduo da área de abrangência do PSF	02	33%	Poucas vezes
Mapeamento e reconhecimento da área de abrangência do PSF	3	50%	Sempre
Programação das atividades a partir dos problemas da área de abrangência do PSF	4	66%	Não Fazem
Discussão dos problemas da área de abrangência do PSF	6	100%	Sempre discutem, mas poucas vezes priorizam
Busca ativa de doenças da área de abrangência do PSF	4	66%	Raramente
Notificação compulsória de doenças da área de abrangência do PSF	4	66%	Sempre
Desenvolvimento das atividades respeitando as culturas da família	6	100%	Sempre
Identificação na comunidade de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos	4	66%	Sempre
Registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica	6	100%	Sempre

Fonte: Dados do Questionário

Os dados do quadro demonstram que a equipe sempre discute os problemas da área de abrangência da Unidade, desenvolve atividades respeitando as culturas da família e sempre registra as atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A maioria 4 (66%) não faz a programação das atividades a partir dos problemas identificados na abrangência das unidades e raramente realiza a busca ativa de doenças da abrangência da USF, mas sabe identificar na comunidade os grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, fazendo notificação compulsória das doenças da área.

A metade 3 (50%) dos egressos sempre mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e com frequência fazem o mapeamento e o reconhecimento da área de abrangência da estratégia da saúde da família.

Os dados apontam que a equipe conhece as famílias e sabe dos problemas de saúde que estas enfrentam, mas não realiza o planejamento das atividades e nem as desenvolve com a participação da equipe.

Nesta perspectiva é possível dizer que os técnicos da ESF se apropriaram do modelo de atenção da ESF e conhecem as suas atribuições na equipe uma vez que são capazes de apontar as funções consideradas estratégicas para a ESF.

No entanto, ao realizar a observação nos espaços de trabalho e acompanhar as discussões do grupo focal, percebe-se que na prática dos serviços estas funções não são realizadas o que gera conflito na equipe de enfermagem.

Observando a rotina diária das USF estudadas, percebe-se que são realizadas as seguintes atividades: consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento odontológico, serviços administrativos e atividades operacionalizadas pelos Técnicos em enfermagem como: pesagem, aplicação de vacinas, aplicação de injeção, realização de curativos, inalação, acompanhamento de consultas médicas e de enfermagem, recebimento dos usuários, preenchimento de fichas, apreensão do prontuário para o atendimento, organização do fichário e da unidade, além de visita domiciliar.

Na abertura da unidade às 7:00h pela zeladora, nota-se que a demanda é grande, em torno de 20 a 30 pessoas, principalmente nas unidades da Saúde da Família (USF) I e II, porque o maior fluxo ocorre nos primeiros horários da manhã (das 7:00h às 9:00h) e nos primeiros horários da tarde (das 13:00 às 12:30min) e na Unidade III, há também muita demanda, mas em menor proporção em relação à USFI e II.

Quando os usuários chegam, procuram a recepção e quem os recebem são a recepcionista e os técnicos em enfermagem que recorrem ao fichário para pegar os prontuários. O atendimento é feito por ordem de chegada.

Os técnicos em enfermagem fazem a triagem como: pesagem, verificação de sinais vitais (Temperatura, Pulso, Respiração e Averiguação da Pressão Arterial), anotam no prontuário e acompanham para a consulta médica.

Nota-se que a maioria dos Técnicos em Enfermagem, ao se dirigir para o usuário, no ato da consulta, não o chamam pelo nome, embora de posse do prontuário, os indentificam de: “*Próximo!*” (Fala de um dos egressos do curso)

Na rotina de trabalho, observou-se um atendimento de vacina, inclusive, a Técnica em Enfermagem não faz outra atividade na unidade a não ser vacinar. Além do ato técnico (instrumental), informa sobre os possíveis efeitos colaterais da vacina.

Nessa atividade, o processo de trabalho se consolidou pelo trabalho individual e não coletivo, reduzindo as competências, em procedimentos, deixando nítido o saber pontual do trabalhador.

A rotina do trabalho dos técnicos nas Unidades da Estratégia da Saúde da Família de Sapezal, consiste em: atender os pacientes para o preparo da consulta médica, checar os prontuários e o cartão de vacinas, fazer aerosol, vacinas, pesagem, organização da unidade e realizar a visita domiciliar planejada e agendada previamente.

As atividades diárias realizadas nas Unidades de Saúde da Família pelos técnicos em enfermagem estão mais direcionadas ao processo de divisão do trabalho, ocorrendo de forma independente, sem complementação. As atividades se caracterizam pelos serviços especializados, peculiares ao desenvolvimento de tarefas da enfermagem, não havendo participação significativa dos enfermeiros e de outros profissionais que fazem parte da equipe.

Observou-se que a visita domiciliar é realizada duas vezes na semana, sendo esta atividade agendada previamente pela equipe, principalmente para o atendimento das famílias que ficam impossibilitadas do acesso às Unidades da Saúde da Família (USF). As atividades desempenhadas pela equipe na visita domiciliar não são diferentes do atendimento diário pela equipe nas USF, ou seja, estão voltadas para procedimentos de tarefas a partir de execução das prescrições médicas.

Embora a visita domiciliar seja realizada pelo médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde, as atividades também estão

voltadas para a prescrição médica, para o cuidado, não considerando a família como o centro de planejamento das ações para o desempenho de atividades nas Unidades de Saúde de Sapezal. Os demais profissionais que constituem a equipe (Odontólogo e o Atendente de Consultório Dentário), não acompanham a equipe durante a visita domiciliar.

Quadro 13: Quadro Síntese das respostas mais recorrentes sobre o Processo de Trabalho na Estratégia da Saúde da Família

Respostas mais Recorrentes	%	N/Abs
Visita domiciliar é realizada em conjunto com outros profissionais que fazem parte da equipe	100%	06
Os atendimentos realizados durante as visitas domiciliares não são anotados no prontuário do usuário	100%	06
Com qual profissional da equipe, realiza a visita domiciliar: Médico, Enfermeiro e ACS	100%	06
Não costuma procurar a família do usuário para discutir os problemas de saúde	100%	06
Durante a realização das atividades, normalmente não perguntam sobre as condições de vida ou sobre os fatores do usuários	100%	06
Para Planejar as atividades na ESF, a equipe deve se relacionar com órgãos públicos como: educação, meio ambiente, assistência social, transporte, saneamento, comunicação social	83%	05
A equipe deve direcionar os problemas somente à Secretaria Municipal de Saúde	17%	01
Não participam da reunião do Conselho Municipal de Saúde	83%	05

Raramente participa participam da reunião do Conselho Municipal de Saúde	17%	01
A função do Conselho Municipal de Saúde o considera muito importante.E serve para discutir os problemas de saúde do município	83%	05
Não sabe informar	17%	01
Todos da equipe têm o mesma importância na produção de atividade com a família	100%	06

Nas questões analisadas, todos os egressos 6 (100%) fazem a visita domiciliar acompanhados pelo médico, enfermeiro e Agentes Comunitário(ACS) porém, os procedimentos executados pelos técnicos em enfermagem não são anotados no prontuário do usuário.

Outro dado identificado, nenhum dos egressos costuma procurar a família do usuário para discutir os problemas de saúde.

Nesse contexto, o processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família em Sapezal aponta para a prescrição, sendo mais direcionada ao assistencialismo, para a especialidade e ao desenvolvimento de tarefas de enfermagem, diferentemente dos pressupostos discutidos por Merhy. ⁽¹⁵⁾

No que se refere ao planejamento das atividades na equipe, a maioria "5 (83,3%) dos egressos reconhece que para planejar as atividades da Equipe da Saúde da Família, a equipe deve relacionar-se com órgãos Públicos como: educação, meio ambiente, assistência social, transporte, saneamento, comunicação social, mas nem sempre a equipe o faz porque não dá conta de atender à própria demanda, o que foi relatado no grupo focal.

Outra percepção foi que a maioria 5 (83,3%), reconhece a importância do Conselho Municipal de Saúde mas nunca participaram das reuniões.

Verifica-se que o processo de trabalho se desenvolve dentro das unidades da saúde da família, não havendo a interlocução com outros setores sociais que completam

as atividades para promoção da saúde. Nesse sentido, o conceito de intersetorialidade e integralidade na perspectiva de Mendes não é considerado.

Para Mendes, os pressupostos do novo modelo de atenção requer ação integral na assistência e, portanto, devem ser realizados por meio de cooperação e pactuações, ou seja, com outros setores que complementam a saúde como educação, ambiente, transporte, segurança, etc.

Considerando as práticas profissionais, foram relacionados por todos (100%) os egressos os conteúdos considerados relevantes que contribuíram para o desempenho na USF como: vacinas, esterelização, pesagem, verificação de sinais vitais.

Em relação aos conhecimentos que precisam ser acrescentados foram citados: Técnicas de visitas domiciliar, conteúdo sobre centro cirúrgico; mapeamento das regiões mais aulas práticas nas USF.

Embora, os conteúdos sobre Saúde Coletiva e Processo de Trabalho fossem trabalhados no Módulo II, não foi priorizado o contexto das USF de Sapezal não proporcionando aos alunos/trabalhadores, a oportunidade de contestarem os conhecimentos necessários para detectar as competências vivenciadas no dia – a- dia do trabalho.

5.1. Trabalho em Equipe

O trabalho em equipe na perspectiva de Mendes ⁽¹⁸⁾ tem norteado para a promoção da saúde da família, para a integralidade nas ações, para a territorialização e planejamento das atividades, portanto requer relações de diálogo com a teoria, com o processo de trabalho e com a realidade do trabalho, o oposto do que tem ocorrido na perspectiva do real no dia -a -dia do trabalho das unidades da Saúde da Família de Sapezal.

Assim, surge a ideia de trabalho em equipe respaldada pela noção de atenção integral ao paciente, levando em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, história natural das doenças e das estratégias de integração.

Na concepção de Mendes, a Estratégia da Saúde da Família destaca o trabalho em equipe como instrumento fundamental para a reorganização do processo de trabalho

em saúde, principalmente na execução e planejamento do trabalho, como focado no Capítulo I deste trabalho. ^(17 e18.)

O conceito de trabalho em equipe internalizado pelos técnicos e enfermeiros pode ser melhor apreendido no Grupo Focal. E pode ser analisado a partir das seguintes falas:

“[...] Trabalho em equipe são grupos de pessoas que desenvolvem serviços voltados para um bem comum e todos os profissionais, devem dar respostas aos serviços de saúde, por isso os serviços devem funcionar como se fosse uma engrenagem”. (Cravo, Violeta, Azaléia e Pérola Negra)

Para os enfermeiros o conceito também foi muito semelhante definindo trabalho em equipe como:

“[...] Trabalho em equipe é a união entre as pessoas, entre todos os profissionais que compõem a unidade, é saber ouvir o outro, é ser humilde e se colocar no lugar do outro, deixar de lado as diferenças”. (Margarida, Rosa, Jasmim, Esmeralda)

Sobre o *desenvolvimento* diário das atividades nas equipes, foram mencionadas:

“[...] o trabalho é muito dividido cada um faz o seu e as funções dos técnicos em enfermagem se resumem no desenvolvimento de técnicas como: auxiliar os médicos nos procedimentos inerentes às atividades médicas e em relação às atividades de enfermagem faz: vacinação, curativo, esterilização, limpeza de materiais e prepara os pacientes para a pré-consulta e organiza a unidade para preparação da consulta.(Pérola Negra, Porto da Alegria).

Ao se discutir sobre o trabalho diário da equipe, perceberam-se diferentes olhares em diferentes ângulos de visões acerca do tema, o que despertou nos participantes a elaboração de certas percepções que ainda se mantinham numa condição de latência.

Apesar de relatarem sobre o conceito de trabalho em equipe, os profissionais do Porto de Chegada, Porto de Saída, Porta da Alegria e Porto Seguro, ao longo das

discussões, demonstraram que não existe trabalho em equipe e que há um distanciamento hierárquico entre os enfermeiros e os técnicos em enfermagem. Além disto, é possível perceber através das falas que a equipe é entendida como a equipe de enfermagem e não a equipe no modelo da ESF.

Fica nítida esta concepção entre os técnicos em enfermagem presentes na discussão, conforme expressão da fala do profissional do Porto Seguro, ao ouvir o relato da fala de um de seus membros:

[...] O chefe (refere ao enfermeiro), tem que ter pulso firme, porque o papel do enfermeiro na unidade é de chefiar e mandar na equipe de enfermagem. O que acontece na verdade, que não há trabalho em equipe e não adianta mentir, geralmente cada um faz o seu, ficando tudo no individual. (Azaléia, da equipe do Porto Seguro).

Nota-se que os conflitos entre a equipe vêm de algum tempo, há níveis de subordinação e verticalidade na relação enfermeiros e técnicos em enfermagem, ficando evidente ser a primeira vez que se discute o trabalho em equipe.

Aflora também, durante as discussões, a percepção por parte dos técnicos em enfermagem sobre o papel dos enfermeiros na equipe, conforme relata:

[...] O enfermeiro na verdade, deve organizar a unidade, mas atualmente a rotina diária do enfermeiro na unidade é muito burocrática, estando mais voltada para os papéis, preenchimentos de relatórios, enquanto na rotina diária, as atividades são feitas pelos técnicos em enfermagem, e são estes profissionais que dão respostas para o médico, o dentista, o assistente social e a comunidade, ficando sobrecarregados, é aí que causa o atrito na equipe de enfermagem. (Cravo da equipe Porto de Chegada)

Essa situação é confirmada pelos enfermeiros, na medida em que Margarida, no sentido defensivo, gesticulando com o dedo indicador aponta:

[...] É fácil jogar pedras em alguém. Como orientadora do Porto de Partida, o papel da orientadora é provocar a união, é pena que a minha técnica em enfermagem não se faz presente para confirmar o que estou falando. (Magarida, da equipe Porto de Partida).

Ao se discutir a respeito da percepção dos demais membros da equipe, sobre o trabalho do técnico em enfermagem, houve muito debate. E quem mais discutiu o assunto foram os enfermeiros. Apesar de se posicionarem de forma diferente, as falas tinham o mesmo teor:

[...] A idéia é que Enfermeiro faz as atividades administrativas da Unidade e os Técnicos em Enfermagem executam as atividades técnicas, porque a unidade tem que funcionar bem, devido à grande demanda de trabalho, mas os Técnicos em Enfermagem são muito unidos e desenvolvem muito bem os serviços da unidade. Tenho certeza que todos outros profissionais pensam assim. (Jasmim, do Porto da Alegria)

Na perspectiva do trabalho prescrito, nas unidades de saúde da família de Sapezal, a equipe reconhece a necessidade do trabalho em equipe e o considera relevante para a realização das atividades no serviço, porém, na prática, não existe o processo relacional nos moldes discutidos por Merhy⁽¹⁵⁾, porque não se observa ação intersubjetiva que se expressa por meio de escutas, falas, empatias e interpretações, principalmente entre o enfermeiro e o técnico em enfermagem a relação é de subordinação, de verticalidade.

Na visão discutida por Mendes, o trabalho em equipe na Estratégia da Saúde da Família está fundamentado pela multidisciplinalidade, pela integralidade, horizontalidade. Nessa lógica, o trabalho não deve ser desenvolvido na verticalidade, e, sim, na cumplicidade de seus membros. ^(17e18)

Nessa concepção, cada membro da equipe constitui peça fundamental para organização do trabalho, estabelecendo vínculos de dependência, e as especificidades tecnológicas que cada um traz deixa de ser fundamental, para dar espaço a horizontalidade e ao planejamento das ações em equipe.

A própria conexão entre os membros da equipe e o reconhecimento do trabalho do outro é o que remete à integralidade da saúde e garante a multiplicidade dos sentidos

desejáveis do SUS e de suas práticas, contrapondo ao modelo biomédico, que é baseada na centralização da assistência individualizada, especializada e fundamentada na busca da doença.

O modelo de gestão recomendado pela ESF na percepção de Mendes^(18, 26 e 34), é no sentido de proporcionar a substituição das práticas tradicionais na atenção básica reduzindo, assim, a demanda por serviços hospitalares e ambulatoriais e isso somente ganhará proporcionalidade se a organização do serviço se processar pela participação do trabalho em equipe.

O conceito de competências, implícito no trabalho das equipes nas Unidades da Saúde da Família em Sapezal, na perspectiva do real, é fortemente expresso pelo fazer tecnicista, não havendo mobilização de outros saberes, pois não existe articulação coletiva.

CAPÍTULO V :

CONCLUSÃO

Neste capítulo são apresentadas as conclusões deste estudo, tomando como base os referenciais teóricos, baseados nas análises documentais e no trabalho de campo a partir das categorias de estudo (Matriz Curricular e Processo de Trabalho), buscando responder aos objetivos propostos por esta dissertação.

Nos primeiros capítulos desta dissertação discutiu-se o impacto positivo das revoluções tecnológicas, a organização do trabalho as relações de trabalho no campo econômico, político, social e cultural, que requerem adequação de diferentes projetos locais e regionais no processo de globalização e o importante impacto destes sobre a teoria e prática no campo da educação e da saúde, na perspectiva do desenvolvimento de competência no processo de trabalho em saúde, do atual modelo de gestão, preconizado para atenção básica por meio da Estratégia da Saúde da Família.

No campo da saúde, os pressupostos oriundos do SUS, inspirados no paradigma da Promoção da Saúde, aumentam a necessidade de (re)ordenar os serviços de saúde, sob a lógica que orienta a reorganização do modelo de atenção, por meio da estratégia da Saúde da Família, que requer o enfrentamento de vários desafios tanto nas mudanças das práticas, na relação do processo de trabalho, como na adequação ao modelo de organização dos currículos de formação e educação de seus trabalhadores.

Nesse aspecto, torna-se importante o papel das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) nesse processo, especialmente a concepção sobre a missão de propor a Política de educação profissional como eixo essencial para propor mudanças nas práticas para produção de bens, conhecimentos e serviços para enfrentar o novo modelo de gestão, referenciado pela Política de Saúde do país.

Por outro lado, os referenciais curriculares nacionais do Ministério da Educação também apontam para a educação profissional caminhos centrados no modelo de competências, ou seja, saberes e práticas advindas da vida e do trabalho.

Quadro 14: Síntese das Características da Matriz Curricular do Técnico em Enfermagem e o Processo de Trabalho nas Unidades da Saúde da Família de Sapezal :

Organização da Matriz curricular	Processo de Trabalho
<p>1.Conteúdo centrado em tarefas para o desempenho de técnicas;</p> <p>2.Formação voltada para o Posto de Trabalho;</p> <p>3.Processo de aprendizagem centrado na escola;</p> <p>4.Organização centrada em disciplinas/componentes curriculares;</p> <p>5.Conteúdos individualizados, hierarquizado, prescritos, baseados em normas, especializado. Centralizada em conteúdos e não por competências;</p> <p>6..Matriz curricular voltada para formação específica do técnico em enfermagem e para o Posto de Trabalho;</p> <p>7.Conteúdos baseados na devolução de conhecimento tácito;</p> <p>8. Habilidades específicas para o exercício de enfermagem</p>	<p>1.Trabalho individualizado, hierarquizado, especializado;</p> <p>2.Trabalho desenvolvido sob prescrição, com concepção teórica, baseado em normas;</p> <p>3.Trabalho sem considerar o trabalho em equipe, a singularidade, a subjetividade e a intersubjetividade;</p> <p>4.Trabalho baseado em burocracias, em hierarquias, voltado para o posto de trabalho.</p>

Do ponto de vista das análises e discussões estudadas em torno dos referenciais teóricos na concepção debatida por Zarifian^(13 e 14), e Mendes^(17, 18,19 e 20), a pesquisa revelou que a matriz curricular feita pela ESPMT, no ano de 2004, para o curso de Técnico em Enfermagem de Sapezal, apesar de ter sido elaborada com o objetivo de preparar pessoal para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, não incorporou, do ponto de vista teórico e da prática pedagógica, os conteúdos específicos para a ESF.

A adoção do modelo de competências, proposto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), apesar de aparecer como um aspecto central da Reforma da Educação, colocado nos referenciais curriculares nacionais, necessita, no entanto, ser aacionado nos diferentes níveis de ensino, principalmente relacionando a formação do trabalhador aos problemas locais de saúde.

Embora a matriz curricular tenha sido estruturada pela equipe da ESPMT com base nos parâmetros curriculares do MEC, não houve discussões com os gestores locais e potenciais docentes do município sobre as competências necessárias para adequar os conteúdos da matriz curricular de Sapezal.

Nos Módulos I, II e III, que garantem a certificação para Auxiliar em Enfermagem, as competências descritas não privilegiam as ações e pressupostos que orientam a Estratégia da Saúde da Família, mas ao contrário, enfatizam as tarefas individuais e a assistência hospitalar, numa abordagem centrada na assistência ao “doente”.

Observou-se também que para que as aulas práticas e o estágio possam funcionar como espaços de aprendizagem, faz-se necessário que os conteúdos vivenciados na rotina das USF se integrem e se articulem com os conteúdos teóricos, oportunizando aos alunos condições de refletir sobre a situação de saúde dos usuários, da comunidade e do município.

Não que o conteúdo sobre fundamentos em enfermagem seja menos importante para a lógica que se propõe a Estratégia da Saúde da Família, mas é necessário que estas técnicas sejam interligadas com outros saberes, para que estes possam ser verdadeiramente mobilizados e, ao mesmo tempo, dêem oportunidade aos alunos de desenvolver outros olhares que não sejam a especialidade da profissão.

No Módulo IV, os poucos conteúdos relativos à Saúde Coletiva colocados na matriz curricular não privilegiam a discussão do processo de trabalho dos técnicos de

enfermagem na ESF tampouco as principais diretrizes da Estratégia: Trabalho em Equipe, Territoriação, Intersetorialidade, Integralidade e Planejamento das atividades com foco na comunidade e na família.

Em relação à distribuição da carga horária (teoria/prática/estágio-supervisionado) observa-se uma concepção dicotômica entre as competências técnicas e a prática profissional, como se a teoria não pudesse ser discutida e apreendida a partir da reflexão da prática.

A maioria da carga horária da matriz curricular foi destinada para a teoria e a prática coloca-se como um componente externo, como um campo experimental de aplicação de técnicas, se afastando do conceito de desenvolvimento de competências na perspectiva teórica colocada neste trabalho.

Acredita-se que o modelo de competência subentendido na matriz curricular da ESPMT de Sapezal apontou mais para o prescrito, cujo conceito de competência está mais caracterizado ao modelo taylorista/fordista, de posto de trabalho.

Embora se reconheça o esforço da ESPMT na execução de parcerias e pactuações do processo educacional com os municípios do Estado, particularmente com o município de Sapezal, a matriz curricular, na forma como foi estruturada, mantém uma centralidade dos conteúdos disciplinares, mais voltados para normas e protocolos, conteúdos pré-definidos, num processo de aprendizagem centrado na escola.

Nesse contexto, divergem das proposições do currículo por competências discutido por Zarifian, que garante como atributos fundamentais a redefinição dos conteúdos, a partir de um dado contexto, no qual os alunos possam compreender e dominar a realidade. Os conteúdos do estágio supervisionado estão dirigidos para atividades de acompanhamento do enfermeiro sob a ótica de supervisão, sobre o fazer técnico a partir da prescrição dos conteúdos estudados na teoria (devolução tácita).

O modelo de competência para esse autor, implica o envolvimento subjetivo do indivíduo no trabalho, sendo, portanto, contraditório ao modelo Taylorismo, porque elimina a distância entre o trabalhador e as tarefas.

O autor propõe competências como: “tomar decisão”, “ter iniciativa”, “assumir responsabilidade”, diante de situações profissionais com as quais o trabalhador se depara.

Esse conceito abre espaço para modificações significativas na organização do trabalho e permite o desenvolvimento da criatividade do profissional para quando se

deparar com situações imprevistas, ser capaz de enfrentá-las, agregando muitos dados, tanto objetivos como subjetivos.

Dejours aborda que essa passagem do trabalho prescrito para o efetivamente realizado (real), só é possível por meio de experiência que é absolutamente pessoal, singular de cada um, e não provém somente de um conhecimento validado, mas da compreensão que cada um faz do prescrito para modificar novos saberes e contornar novas situações vivenciadas, combatendo as especialidades de cada um.⁽²³⁾

Nesse entendimento, a lógica de competência requer mobilização de rede de atores em torno de uma dada situação, com senso de co-responsabilidade, de compartilhamento, sendo possível somente por meio de um trabalho coletivo, em equipe, no qual a aprendizagem por competências se obtém pela cooperação com o outro.

Faz-se importante ressaltar que as práticas educacionais, por si só, não são capazes de reverter o modo de produção e as formas de organização do trabalho, no entanto um modelo educacional que reflita sobre as situações de trabalho pode ser um elemento estratégico no sentido do empoderamento dos trabalhadores e da problematização do trabalho e das atividades por ele desenvolvidas, colocando-se assim, como “um” dos elementos de mudança e não “o” elemento de mudança.

Neste sentido destacamos alguns pontos para reflexão em relação ao processo de trabalho identificado durante a pesquisa:

Na perspectiva da inserção dos egressos, foi possível perceber que as Unidades da Saúde da Família (USF) de Sapezal foram um importante segmento de empregabilidade no mercado de trabalho em saúde do município.

Na concepção de Capacitação/Formação, acredita-se que a Secretaria Municipal de Saúde demonstrou preocupação com a qualificação da força de trabalho para atuar nas Unidades da Saúde da Família, consolidando a efetivação de uma política de investimento na atenção básica através da capacitação de seus quadros.

Em relação ao curso de formação técnica executado pela ESPMT, a concepção do gestor diverge da percepção dos alunos (técnicos) e professores (enfermeiros), o curso atendeu às expectativas e pode ser considerado como importante fator de organização do serviço.

Para o gestor, o diferencial da parceria com a ESPMT é que os professores da ESPMT promovem a capacitação pedagógica dos instrutores conforme a metodologia da problematização.

Este conflito de opiniões entre gestores e “executores” é inerente à situação de trabalho e revela o conflito maior entre o trabalho prescrito e o trabalho real discutido por Déjours. Ainda segundo este autor, para diminuir tal distância e minimizar seus efeitos, faz-se necessário criar espaços de discussão e reflexão sobre a prática e o cotidiano dos serviços.

Do ponto de vista do processo de trabalho foi possível perceber que os técnicos da ESF se apropriaram do modelo de atenção da ESF e conhecem as suas atribuições na equipe, uma vez que são capazes de apontar as funções consideradas estratégicas para a ESF.

No entanto, ao realizar a observação nos espaços de trabalho e acompanhar as discussões do grupo focal, verificou-se que, na prática dos serviços, estas funções não são realizadas o que gera conflito na equipe de enfermagem.

Na perspectiva do real, o processo de trabalho no dia – a- dia das Unidades de Saúde de Sapezal, está hierarquicamente constituídos sendo cumpridos pelos profissionais que compõem a equipe, cada qual na sua especialidade.

A fragmentação das atividades reduziu a participação dos técnicos em enfermagem, na equipe das Unidades da Saúde da Família de Sapezal, não incentivando a participação em atividades de complementação com outros profissionais que constituem a equipe da ESF.

Diante dos resultados obtidos nesta pesquisa foi possível concluir pela necessidade de reorientação do modelo de formação dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem da ESPMT de forma a reorientá-lo de acordo com os pressupostos do novo modelo, bem como a incorporação do conceito de competências na sua dimensão relacional com a atividade, considerando ainda, experiências acumuladas pela ESPMT em outros projetos.

Apresentamos abaixo algumas recomendações para a reformulação da estratégia de construção de matrizes curriculares, na perspectiva da articulação ensino-serviço:

1. **Rede de Relações:** Promover a interlocução com os gestores, trabalhadores, alunos e usuários dos serviços de saúde para problematizar a realidade dos serviços, ou seja, fazer diagnóstico situacional da realidade do município, levando em consideração: o modelo de gestão do município, o perfil do trabalhador, dos usuários; a organização dos serviços, o quadro epidemiológico, os indicadores de saúde

do município, para melhor compreensão da organização do trabalho e do processo de trabalho do campo de atuação;

2. Adequação dos Processos de Capacitação Pedagógica da ESPMT: A partir do levantamento do perfil epidemiológico da realidade do aluno, propor capacitação pedagógica aos professores envolvidos no processo de formação (a equipe multiprofissional da ESF), na metodologia da problematização ou outras metodologias que flexibilizem o aprendizado. A partir dessa capacitação, propor aos professores e alunos a elaboração dos conteúdos baseados nas competências que inserem a realidade do aluno.

Apesar de que a metodologia problematizadora venha sendo referendada e utilizada pelas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), ainda há poucos relatos na literatura e nos documentos produzidos sobre experiências que utilizassem esta metodologia e seus resultados.

Do ponto de vista teórico a metodologia da problematização tem sido apresentada por Juan Dias Bordenave que explica a utilização da metodologia por meio do Arco de Charles Maguerez e entre os autores brasileiros, destacam-se os trabalhos de Paulo Freire.⁽³³⁾

3. Conteúdos implícitos na matriz curricular: Os conteúdos implícitos na matriz curricular devem incorporar a dimensão do trabalho real com ênfase, no caso da preparação para trabalhar na ESF, o desenvolvimento de competências que envolvam o trabalho em equipe, o conceito de intersectorialidade e a prática da integralidade, aliando o conceito de competências de Zarifian à prática dos princípios da ESF discutida por Mendes, à renormatização do trabalho a partir do confronto entre o trabalho prescrito e o trabalho real discutido por Dejours e do trabalho vivo, na perspectiva do Merhy. Esta dimensão só será de fato experimentada e construída a partir da criação de espaços de discussão das práticas e das experiências dos trabalhadores/profissionais no interior das USF.

REFERÊNCIAS

- 1 – Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Lei 8080/90. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.
- 2 - Schff A. A. sociedade informática: conseqüências sociais da 2ª revolução industrial. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- 3 - Pierantoni C. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciências e Saúde Coletiva 2001;6(2):341-361.
- 4 – Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica. Caderno de RH. Brasília, mar. 2006;61-63.
- 5 – Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Caderno de RH saúde, Brasília, mar. 2006;3(1).
- 6 – Castro JL, Santana JP, Nogueira RP. “Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Observatório RH, 2002.
- 7- Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, p. 51-70, 2004.
- 8- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS, Brasília, Caderno de RH março de 2006;41-45.
- 9- Associação Brasileira de Enfermagem. Lei Federal nº 7.498/86. Lei do exercício profissional da enfermagem. Brasília: ABEn; 1987. (Caderno de Legislações, Documentos).
- 10- Mato Grosso. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública. Regimento interno. Cuiabá: Secretaria Estadual de Saúde; 2007.
- 11- Mato Grosso. Lei complementar nº 161/04, de 29 mar. 2004. Transforma a Escola Técnica de Saúde de Mato Grosso em Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESPMT em 2004, e define a estrutura organizacional passa a ser estrutura desconcentrada da SESMT. Diário Oficial do Estado, Mato Grosso, 29 mar. 2004

- 12- Fleury MTL, Fleury ACC. Estratégias empresariais e formação de competências. São Paulo: Atlas; 2000.
- 13- Zarifian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Senac; 2002.
- 14- Zarifian P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2008.
- 15- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, Organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 16- Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
- 17- Mendes EV. O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização no Brasil. São Paulo: [s.n.]; 1991. Mineo.
- 18- Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II. Salvador: Casa da quitanda; 2001. (Saúde Coletiva).
- 19- Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo global de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.
- 20- Mendes, EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- 21- Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP; 1994.
- 22- Brasil, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Saúde. Brasília: MS; 2002
- 23- Dejours C. A Loucura do trabalho, estudo da psicopatologia do trabalho. 5ª ed. Ampl.e 11ª reimpr. São Paulo: Cortez; 2008.
- 24- Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Lei 7.498/1986. Dispõe sobre a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Diário Oficial da União, 26 jun. 1986; Seção I:9.273-9.275.
- 25- Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 648, de 28 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da

Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 29 mar. 2006; Seção I:71

26- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1998.

27 Vasconcelos ED. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.

28- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados populacionais, 2000. Brasília: IBGE. Acesso em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31o/tabela13_1.shtm&paginaatual=1&uf=51&letra=S

29- Brasil, Ministério da Saúde DATA SUS: Cadastramento Nacional de Estabelecimento de Saúde CNES. Brasília: DATASUS; 2008.

30- Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

31- Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez; 2001

32 Mendes EV. Atenção primária em saúde no SUS. In: VIII Encontro de Atenção Primária à Saúde. 2005 ago 30; Juiz de Fora. Palestra... Juiz de Fora: UFJF/NATES.

33- Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – comunicação, saúde e educação, 1(2):139-154, fev., 1998.

34-Mendes Gonçalves RB. Tecnologia do processo de trabalho na rede estadual de Centros de saúde de São Paulo. In: Tecnologia e organização social das práticas de saúde características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994. p.125-266.

35- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1998.

36- Antunes E. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

37- Richardson RJ, colaboradores. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas; 2008.

- 38-Figueiredo NMA, Tonini,T. SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Paulo:Yendis; 2008.
- 39 - Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- 40– Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 41 -Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). Caderno de RH Saúde, Brasília, 1993;1(1).
- 42 – Santos I, Souza AA. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: projeto larga escala, uma experiência em construção. Saúde Debate 1989;24:61-4.
- 43 –Galvão EA. Habilitações de nível médio na área da saúde, necessárias à operacionalização do Sistema Único. In: Associação Brasileira de Enfermagem. A profissionalização dos trabalhadores de nível médio que atuam nos serviços de saúde. Oficina de Trabalho. Relatório Final. Rio de Janeiro, 1994. 44p.
- 44- Brasil. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. Brasília; 23 dez. 1996.
- 45 – Santana JP. Formulação de políticas de RH nos serviços de saúde. Saúde Debate 1990;(28):66-71.
- 46- Revista Formação. Ministério da Saúde. Brasília, 2001;1(1).
- 47- Brasil. Ministério da Educação. Resolução CEB Nº. 4, de Nº3 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. Diário Oficial da União, Brasília, 17 nov. 1999;Seção 1:19.
- 48- Brasil. Decreto n. 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e o art. 39 a 42 da Lei N.º9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional O Decreto nº 2.208/9. Diário Oficial da União, 18 abr.1997
- 49- Lopes AC. Parâmetros curriculares para o ensino médio: quando a integração perde seu potencial crítico. In: Lopes AC, Macedo EF, organizadores. Disciplinas e integração curricular: história e políticas. Rio de Janeiro: DP&A; 2002b.
- 50- Déjourns, 1997, p. 48 apud. Martins MIC. A transição tecnológica na área da saúde. Trabalho, Educação e Saúde 2004; 2(2):287-310.

ANEXOS

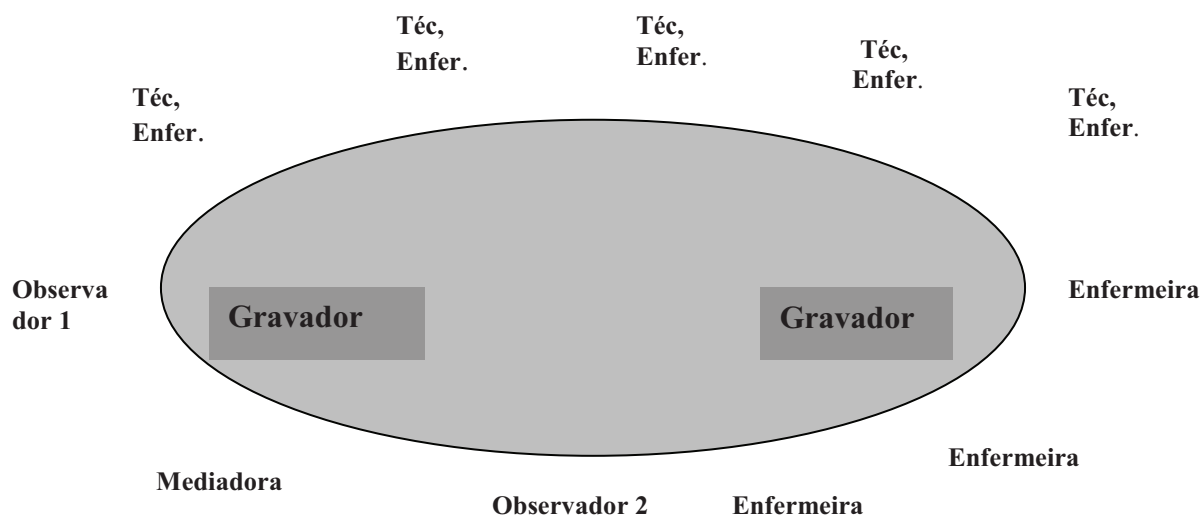
Anexo A: Quadro 12-Atribuições do Auxiliar em Enfermagem e do Técnico em Enfermagem conforme Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei 7.498/86) e Decreto N° 94.406, DE 8 DE JUNHO DE 1987 que regulamenta a lei.

Atribuições do Auxiliar em Enfermagem Art. 11 do decreto	Atribuições do Técnico em Enfermagem conforme artigo 10 do decreto
<p>O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:</p> <p>I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;</p> <p>II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;</p> <p>III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:</p> <p>a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;</p> <p>b) realizar controle hídrico;</p> <p>c) fazer curativos;</p> <p>d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio;</p> <p>e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;</p> <p>f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;</p> <p>g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;</p> <p>h) colher material para exames laboratoriais;</p> <p>i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;</p> <p>j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;</p> <p>l) executar atividades de desinfecção e esterilização;</p> <p>IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:</p> <p>a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;</p> <p>b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;</p> <p>V - integrar a equipe de saúde;</p> <p>VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:</p> <p>a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;</p> <p>b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;</p> <p>VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;</p> <p>VIII - participar dos procedimentos pós-morte.</p>	<p>O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:</p> <p>I - Assistir o Enfermeiro:</p> <p>a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;</p> <p>b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;</p> <p>c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;</p> <p>d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;</p> <p>e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;</p> <p>f) na execução dos programas referidos nas letras i e o do item II do art. 8º;</p> <p>II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;</p> <p>III - integrar a equipe de saúde.</p>

Anexo B: Quadro 13 - Atribuições do Técnico e do Auxiliar em Enfermagem e Atribuições comuns da Equipe, conforme Portaria N° 648 de 28 de Março de 2006, do Ministério da Saúde que define como atividades do processo de trabalho na ESF.

Atribuições do Técnico e do Auxiliar em Enfermagem	Atribuições comuns da Equipe da ESF
<p>1. Realizar procedimentos de enfermagem, dentro de suas competências técnicas e legais;</p> <p>2. Preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamento na Unidade de Saúde da Família;</p> <p>3. Preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamento na Unidade de Saúde da Família;</p> <p>4. Realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, Unidades de Saúde da Família e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçadas pela equipe;</p> <p>5. Realizar atividades de enfermagem, conforme competência legal, correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001.</p>	<p>1. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;</p> <p>2. Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;</p> <p>3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;</p> <p>4. Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;</p> <p>5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;</p> <p>6. Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;</p> <p>7. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;</p> <p>8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;</p> <p>9. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;</p> <p>10. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;</p> <p>11. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;</p>

Apêndice A: Figura 3: Posicionamento da equipe no Grupo Focal



Apêndice B: Questionário

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO

TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Estudo sobre contribuição da matriz curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) de 2004, para a qualificação do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam na Estratégia da Saúde da Família (ESF)

Questionário para Técnico em Enfermagem

Código do Questionário: _____

Município: _____ **Data do Questionário:** ____/____/____

Sua participação é muito importante para o fornecimento de dados para a pesquisa. Sua resposta será mantida em sigilo.

Antes de você responder este a Questionário, favor preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa sobre o objetivo da pesquisa e que deverá ser assinado, caso você concorde em participar da mesma.

Mestranda: Eliete Balbina Santos Saragiotto

A. IDENTIFICAÇÃO

A1. Sexo:

1. () Masculino
2. () Feminino

A2. Idade:

1. _____ anos

A3. Formação: Assinale uma única resposta, considerando sua maior escolaridade:

1. () Ensino fundamental(primeiro grau) completo
2. () Ensino médio (segundo grau completo)
3. () Ensino superior(terceiro grau completo)
- 4) Não sabe informar

A4. Qual o seu vínculo de trabalho/empregatício?

1. () Público Municipal
2. () Público Estadual
3. () Público Federal.
- 4.() Cooperativado
- 5.() Terceirizado
6. () Outros Qual?

B: Inserção na equipe/Formação e Capacitação

B1. Há quanto tempo você atua no PSF?

1. () Há menos de 6 meses
2. () De 6 meses a 12 meses
3. () De 13 meses a 24 meses
4. () Mais de 2 a 5 anoa
5. () Mais de 5 anos

B2. Você vem atuando no PSF neste município:

1. () Sempre na mesma equipe
2. () Em mais de uma equipe do PSF neste município tendo mudado por necessidade gerencial
3. () Em mais de uma equipe do PSF neste município, tendo mudado a seu pedido.
4. () Outros especifique: _____

B3. Antes de trabalhar nesta equipe da Saúde da Família, você já possuía experiência anterior em trabalho com o PSF?

1. () Sim, neste mesmo município.
2. () Sim, em outro município.
3. () Sim em outro Estado
4. () Não teve experiência anterior

B4. Por que escolheu trabalhar no PSF (Pode dar mais de uma resposta)

1. () Por estar desempregado (a)
2. () Por sentir motivado(a) para trabalhar com a comunidade
3. () Por trabalhar próximo à residência
4. () Por suas atribuições serem compatíveis com a sua formação?
5. () Porque é um mercado de trabalho promissor, que tem um salário diferenciado
6. () Por se identificar com as atribuições que você aprendeu no curso de formação.
7. () Por se identificar com a proposta de PSF no município
8. () Por compartilhar da ideia de que a estratégia da Saúde da Família pode resolver as necessidades de saúde da comunidade e organizar a atenção básica. de saúde
9. () Outro. Especifique: _____

B5. O curso que você recebeu pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, foi Pré-requisito (como parte fundamental), para trabalhar na equipe do PSF?

1. () Sim.
2. () Não
4. () Nenhuma das respostas
5. () outros _____

B6. As atividades que você aprendeu no curso de Técnico em Enfermagem, contribuíram para a execução de suas atividades na equipe do PSF?

1. () Sim
2. () Não
3. () Em parte
4. () Nenhuma das respostas

B7. Quando você fez o curso de Técnico em Enfermagem, foi oferecida também a prática ou estágio supervisionado na equipe da Saúde da Família?

1. () Sim, no meu município na equipe do PSF.
2. () Sim, no meu município, mas não na equipe do PSF
3. () Não fiz prática ou estágio no PSF

B8. As atividades de enfermagem, estudadas durante o curso de Técnico em Enfermagem sobre Saúde da Família, foram diferentes das atividades que você executa na equipe?

1. () Sim, muito diferente
2. () Sim, pouco diferente
3. () Não, é a mesma coisa
4. () Não sabe informar

B9. O curso em enfermagem preparou você para desenvolver as atividades que executa nas ações da Saúde da Família ?

1. () Sim
2. () Não

B10. Além do curso de Técnico em Enfermagem você recebeu outros cursos, como parte da capacitação para atuar no PSF?

1. () Sim

Se Sim. Qual o curso? _____

2. () Não

B11. Qual o tempo de sua última participação em cursos de capacitação?

1. () 6 meses

2. () De 6 meses a 1 ano

3. () De 1 ano a 2 anos

4. () Mais de 2 anos

C. Processo de Trabalho na equipe do PSF

C1. A visita domiciliar realizada por você é feita em conjunto com outros profissionais que fazem parte da equipe?

1. () Sim

2. () Não

3. () Nem sempre

C2. Os atendimentos realizados por você durante a realização das visitas domiciliares são anotados no prontuário do usuário?

1 () Sim, sempre

2. () Sim, raramente

3. () Sim, nunca

4 () Não. Justifique: _____

C3. Com qual profissional da equipe do PSF, você realiza a visita domiciliar?

1. () Médico
2. () Enfermeiro
3. () ACS
4. () Não realiza visita domiciliar
5. () Nenhum

C4. Você costuma procurar a família do usuário para discutir os problemas de saúde?

- 1 () Sim, sempre
2. () Sim, raramente
4. () Sim, nunca
- 3 () Não

C5. Durante a realização de suas atividades, você normalmente pergunta sobre as condições de vida ou sobre os fatores de risco do usuário, (como por exemplo: disponibilidade de água potável, desemprego, dificuldade de acesso, etc)

- 1 () Sim, sempre
2. () Sim, raramente
3. () Sim, nunca
- 4 () Não

C6. Na sua opinião, para planejar as atividades do PSF, a equipe deve relacionar-se com:

1. () órgãos Públicos como: educação, meio ambiente, assistência social, transporte, saneamento, comunicação social;
2. () órgãos privados e organismos da sociedade civil;
3. () As duas respostas anteriores;
4. () A equipe tem condições de resolver os problemas da comunidade;
5. () A equipe deve direcionar os problemas somente a Secretaria Municipal de Saúde, na qual ela é subordinada.

C7. Você já participou de reunião do Conselho Municipal de Saúde?

1. () Sim, sempre
2. () Sim, raramente
3. () Sim, nunca
- 3 () Não

C8. Na sua opinião, a função do Conselho Municipal de Saúde é:

1. () Muito importante. E serve para discutir os problemas de saúde do município;
2. () Muito importante, mas não discute os problemas de saúde do município;
3. () Pouco importante. Porque não representa a realidade de saúde do município;
4. () Não sabe informar.

C9. Na sua opinião, qual profissional da equipe é mais importante para a produção de atividades com a família?

1. () o médico
2. () o enfermeiro
3. () o odontólogo
4. () o Técnico ou o Auxiliar em Enfermagem
5. () o ACS
6. () Todos têm a mesma importância na produção de atividades com a família

C10. Marque com X, com que frequência você realiza as atividades abaixo relacionadas, a partir de sua experiência de trabalho na equipe do PSF:

Atividades	1 vez por mês	1 vez por semana	De 1 a 2 vezes na semana	Todos os dias	Não realiza
a. Aplicação de vacinas	1	2	3	4	5
b. Aplicação de injeção	1	2	3	4	5
c. Realização de curativos	1	2	3	4	5
d. Realização de inalação	1	2	3	4	5
e. Pesagem de crianças	1	2	3	4	5
f. Agendamento de consultas no próprio PSF	1	2	3	4	5
g. Fornecimento de leite e óleo para desnutridos	1	2	3	4	5
h. Agendamento de consultas especializadas	1	2	3	4	5
i. Acompanhamento de consultas médicas	1	2	3	4	5
j. Acompanhamento de consultas de Enfermagem	1	2	3	4	5
k. Atendimento específico, em caso de acidentes de trabalho	1	2	3	4	5
l. Notificação de acidentes de trabalho	1	2	3	4	5
m. Notificação de doenças de vigilância epidemiológica	1	2	3	4	5
n. Realiza visitas e procedimentos de Técnico ou de Auxiliar em enfermagem nos domicílios	1	2	3	4	5

o. Visita doentes em caso de urgências	1	2	3	4	5
p. Realiza trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias	1	2	3	4	5
q. Realiza trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade	1	2	3	4	5
r. Realiza levantamento das necessidades da comunidade	1	2	3	4	5
s. Organiza os grupos de trabalho	1	2	3	4	5
t. Participa de reunião com a equipe	1	2	3	4	5
u. Organiza os grupos de usuário	1	2	3	4	5
v. Organiza a unidade	1	2	3	4	5
x. Preenche formulários de informação para o SIAB	1	2	3	4	5
z. Outras. Especifique:	1	2	3	4	5

C11. Marque com X, com que frequência você participa das atividades abaixo relacionadas com as atividades desenvolvidas pela equipe do PSF?

Atividades desenvolvidas pela equipe do PSF	Sempre	Na maioria das vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sabe informar
a. mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos?	1	2	3	4	5
b. utiliza frequentemente, os dados para analisar as situações de saúde da família, do indivíduo da área de abrangência do PSF?	1	2	3	4	5
c. Faz mapeamento e reconhecimento da área de abrangência do PSF?	1	2	3	4	5
d. Faz a programação para o desenvolvimento das atividades a partir dos problemas da área de abrangência do PSF?	1	2	3	4	5
e. Discute e prioriza os problemas da área de abrangência do PSF?	1	2	3	4	5
f. Realiza busca ativa de doenças da área de abrangência do PSF?	1	2	3	4	5
g. Faz notificação compulsória de doenças da área de abrangência do PSF?	1	2	3	4	5
h. Desenvolve as atividades respeitando as culturas da família?	1	2	3	4	5
i. Identifica na comunidade grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos?	1	2	3	4	5
j. registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;	1	2	3	4	5
Outros _____					

C12. Considerando sua prática profissional:

- **Que conhecimentos do curso contribuíram para o seu desempenho?**

- **Que conhecimento você acha que precisa ser acrescentado?**

OBRIGADO POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO.

Não se esqueça de responder o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice C: Roteiro do Grupo Focal



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO
TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Estudo sobre contribuição da matriz curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) de 2004, para a qualificação do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam no Programa da Saúde da Família (PSF)

Roteiro do Grupo Focal

Código do Grupo Focal: _____

Município: _____ **Data do G.F:** ____/____/____

Local de realização do grupo: _____

Sua participação neste Grupo Focal, é muito importante para o fornecimento de dados para a minha pesquisa.

No Início do Roteiro do Grupo Focal, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa sobre o objetivo da pesquisa e que deverá ser assinado, caso você concorde em participar da pesquisa.

Objetivo do Grupo Focal: Promover discussão com enfermeiros e Técnicos em Enfermagem dos PSFs, acerca da contribuição da matriz curricular do Curso de Técnicos em Enfermagem da ESPMT, implantada pela Escola no

período de 2004 a 2006, para a introdução de novas práticas no processo de trabalho nas equipes da Saúde da Família.

Objetivo 1: Promover a discussão sobre o trabalho em equipe.

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

1. O trabalho em Equipe é o alicerce para o desenvolvimento da estratégia do PSF. O processo de trabalho na equipe da Saúde da Família precisa ser realizado entre os membros da equipe de forma consubstanciada na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional. Parte do entendimento de que o objeto da ação não será construído baseado somente nos conhecimentos pertinentes à formação técnica de cada profissional, mas principalmente de um bom relacionamento humano no

1º Questão para debate:

Como acontece no dia a dia o trabalho da equipe no PSF?

Roteiro de Discussões:

O que vocês entendem por trabalho em equipe?

Como acontece na prática do dia a dia, o trabalho em equipe?

Como os demais membros da equipe do PSF, vêem o trabalho do Técnico em Enfermagem?

Recomendações:

Objetivo 2: Discutir sobre a integralidade no processo de trabalho da equipe do PSF.

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

2. **Integralidade** caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a outras unidades de saúde para receber assistência curativa e preventiva. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, etc). Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde e de aconhimento, estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF.

2º Questão para debate:

Como acontece o atendimento diário, entre equipe do PSF e Usuário?

Roteiro de Discussão:

1. O que vocês entendem por atendimento Integral? Pode nos dar exemplo?

2. Com funcionam os serviços de referência?

3. Como funcionam os serviços de contra-referência?

Recomendações: _____

Objetivo 3: Promover discussão sobre o desenvolvimento de ações do PSF com outros setores sociais (Intersetorialidade).

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

A intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretendem possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. O conceito rompe o isolamento do setor saúde, contemplando ações e intervenções em parceria com outros setores (como educação, por exemplo) que elaboram e implementam políticas públicas.

3. Questão para debate: : Como a equipe se relaciona com outros setores sociais como: educação, meio ambiente, transportes, etc, para executar as atividades do PSF?

Roteiro de Discussão:

1. O que vocês entendem por intersectorialidade?
2. Como é realizado o trabalho da equipe do PSF com outras instituições?
3. Como a equipe busca resolver as atividades do PSF com outros setores e/ou Instituições? Como por exemplo: “ No caso do combate ao vetor da dengue”.

Recomendações: _____

4. Considerações finais (perguntas, dúvidas, comentários, etc.)

Apêndice D: Roteiro da Entrevista

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO
TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Estudo sobre contribuição da matriz curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) de 2004, para a qualificação do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam no Programa da Saúde da Família (PSF)

Entrevista para ser aplicada ao Gestor Municipal de Saúde de Sapezal

Categoria Profissional:

Código da Entrevista: _____

Município: _____ **Data:** ____/____/____

Sua participação é muito importante para o fornecimento de dados para a pesquisa. Sua resposta será mantida em sigilo.

Antes de você responder a esta entrevista, favor preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa sobre o objetivo da pesquisa e que deverá ser assinado, caso você concorde em participar da mesma.

IDENTIFICAÇÃO

A1. Nome: _____

A2. Sexo:

1. () Masculino

2. () Feminino

A3. Estado Civil: _____

A4. Data de nascimento: ____ / ____ / ____

A5. Formação Profissional:

1 Graduação: _____

2 () Faculdade Pública () Faculdade Privada

3 Nome da Instituição: _____

4 Ano de Conclusão: _____

5 Pós – Graduação:

A6. Atividade Profissional

Vínculos empregatícios:

1. () Público. Unidade de serviço: _____

Função/cargo atual: _____

Data de Ingresso: ____ / ____ / ____

Carga horária: _____

2. () Privada. Unidade de serviço: _____

Função/cargo atual: _____

Data de Ingresso: ____ / ____ / ____

Carga horária: _____

A. Perguntas Semi- Estruturadas sobre Política de Gestão e Educação Profissional.

B1. Em sua opinião como estão estruturados os serviços de atenção básica deste município?

B2. Quais os serviços de referências do município?

B3. Onde o município encaminha os serviços de média e alta complexidade?

B4. Há serviço de regulação desses encaminhamentos? Quem regula?

B5. Como está organizado o Conselho Municipal de Saúde?

B6. A SMS tem projetos integrados com outras Secretarias?

B7. Em sua opinião, qual foi a importância do curso de Formação de Técnico em Enfermagem? Atendeu às expectativas do PSF?

B8. Os profissionais formados diferenciam de outros profissionais não formados?

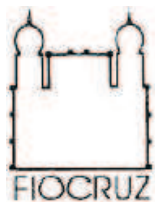
B9. O PSF realmente funciona como porta de entrada da saúde?

B10. Qual foi a importância dessa parceria com a ESPMT? O que você acha que deve ser melhorado?

B11. Qual a política de Capacitação para a equipe do PSF?

Obrigada

Apêndice E: Termo de Consentimento Informado ao Grupo Focal .



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA



Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de dissertação de Mestrado de Eliete Balbina dos Santos Saragiotto, sobre **“Contribuição da matriz curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) de 2004, para a qualificação do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam na Estratégia da Saúde da Família (PSF)”**.

Esta pesquisa é coordenada pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz - NUPES/DASP/ENSP/FIOCRUZ.

A sua participação é muito importante. Esta pesquisa está relacionada com o curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT), realizado no período de 2004 a 2006.

Neste estudo, pretende-se analisar em que medida a matriz curricular do Curso de Técnicos em Enfermagem da ESPMT, implantada pela Escola no período de 2004 a 2006 contribuiu para a introdução de novas práticas no processo de trabalho nas equipes da Saúde da Família.

Os resultados da pesquisa poderão subsidiar a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT), permitindo a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes voltados para a reorientação das práticas profissionais de acordo com as necessidades dos serviços e reorganização das práticas. Contribuirá também para melhor compreensão do papel da ESPMT, na condução da educação profissional dos trabalhadores do SUS, refletindo na formação do Técnico em Enfermagem, sendo de grande importância para que se possa estabelecer a necessidade, a revisão e adequação da matriz curricular do referido curso.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento Sr (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ .

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar do **Grupo Focal** que você está recebendo.

Todas as informações prestadas serão **absolutamente sigilosas**, poderão ser divulgadas ou publicadas, mas não serão divulgadas individualmente ou de qualquer maneira que possibilite a sua identificação. Não existe a possibilidade de quebra de sigilo, na medida em que a entrevista será registrada por códigos e não pelos nome do participante.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ao final da pesquisa me comprometo apresentar e discutir os resultados com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Eliete Balbina Santos Saragiotto
Pesquisadora
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ, CEP 21041-210, Fone (021)2598-2863.

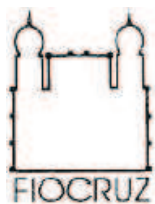
Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça com a pesquisadora Eliete Balbina Santos Saragiotto através do e-mail ebssaragiotto@hotmail.com ou do tel. 65(3613-2214) ou 65 (3644-8932)

ESSA CÓPIA FICARÁ EM SEU PODER

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do aluno ou responsável (se menor de 16 anos).

Apêndice F : Termo de Consentimento Informado a Entrevista .



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO
AROUCA



Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de dissertação de Mestrado de Eliete Balbina dos Santos Saragiotto, sobre **“Contribuição da matriz curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) de 2004, para a qualificação do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam na Estratégia da Saúde da Família (PSF)”**.

Esta pesquisa é coordenada pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz - NUPES/DASP/ENSP/FIOCRUZ.

A sua participação é muito importante. Esta pesquisa está relacionada sobre o curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT), realizado no período de 2004 a 2006.

Neste estudo, pretende-se analisar em que medida a matriz curricular do Curso de Técnicos em Enfermagem da ESPMT, implantada pela Escola no período de 2004 a 2006 contribuiu para a introdução de novas práticas no processo de trabalho nas equipes da Saúde da Família.

Os resultados da pesquisa poderão subsidiar a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT), permitindo a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes voltados para a reorientação das práticas profissionais de acordo com as necessidades dos serviços e reorganização das práticas. Contribuirá também para melhor compreensão do papel da ESPMT, na condução da educação profissional dos trabalhadores do SUS,

refletindo na formação do Técnico em Enfermagem, sendo de grande importância para que se possa estabelecer a necessidade, a revisão e adequação da matriz curricular do referido curso.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento Sr (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ .

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar desta **Entrevista** que você está recebendo.

Todas as informações prestadas serão **absolutamente sigilosas**, poderão ser divulgadas ou publicadas, mas não serão divulgadas individualmente ou de qualquer maneira que possibilite a sua identificação. Não existe a possibilidade de quebra de sigilo, a medida que , será registrada por códigos e não pelos nome do participante.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ao final da pesquisa me comprometo apresentar e discutir os resultados com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Eliete Balbina Santos Saragiotto

Pesquisadora

Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ, CEP 21041-210, Fone (021)2598-2863.

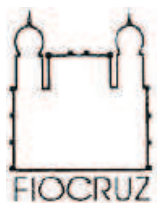
Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça com a pesquisadora Eliete Balbina Santos Saragiotto através do e-mail ebssaragiotto@hotmail.com ou do tel. 65(3613-2214) ou 65 (3644-8932)

ESSA CÓPIA FICARÁ EM SEU PODER

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do aluno ou responsável (se menor de 16 anos).

Apêndice G : Termo de Consentimento Informado ao Questionário



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO
AROUCA



Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido

Você esta sendo convidado a participar da pesquisa de dissertação de Mestrado de Eliete Balbina dos Santos Saragiotto, sobre **“Contribuição da matriz curricular da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) de 2004, para a qualificação do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam na Estratégia da Saúde da Família (PSF)”**.

Esta pesquisa é coordenada pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz - NUPES/DASP/ENSP/FIOCRUZ.

A sua participação é muito importante. Esta pesquisa está relacionada sobre o curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT), realizado no período de 2004 a 2006.

Neste estudo, pretende-se analisar em que medida a matriz curricular do Curso de Técnicos em Enfermagem da ESPMT, implantada pela Escola no período de 2004 a 2006 contribuiu para a introdução de novas práticas no processo de trabalho nas equipes da Saúde da Família.

Os resultados da pesquisa poderão subsidiar a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT), permitindo a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes voltados para a reorientação das práticas profissionais de acordo com as necessidades dos serviços e reorganização das práticas. Contribuirá também para melhor compreensão do papel da ESPMT, na condução da educação profissional dos trabalhadores do SUS, refletindo na formação do Técnico em Enfermagem, sendo de grande importância para

que se possa estabelecer a necessidade, a revisão e adequação da matriz curricular do referido curso.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento Sr (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ .

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar deste **Questionário** que você está recebendo.

Todas as informações prestadas serão **absolutamente sigilosas**, poderão ser divulgadas ou publicadas, mas não serão divulgadas individualmente ou de qualquer maneira que possibilite a sua identificação. Não existe a possibilidade de quebra de sigilo, a medida que , será registrada por códigos e não pelos nome do participante.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ao final da pesquisa me comprometo apresentar e discutir os resultados com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Eliete Balbina Santos Saragiotto

Pesquisadora

Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ, CEP 21041-210, Fone (021)2598-2863.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça com a pesquisadora Eliete Balbina Santos Saragiotto através do e-mail ebssaragiotto@hotmail.com ou do tel. 65(3613-2214) ou 65 (3644-8932)

ESSA CÓPIA FICARÁ EM SEU PODER

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do aluno ou responsável (se menor de 16 anos).

**Apêndice H: Ofício de Autorização para a pesquisa de campo pela
Secretária de Saúde de Sapezal**



Prefeitura Municipal de Sapezal
Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

Ofício nº 191/2009

Sapezal - MT., 20 de maio de 2009

Ilma Sr.^a
Eliete B. Santos Saragiotto - Enfermeira

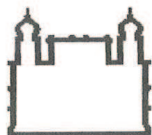
Cumprimentando V.S.^a, aproveito a oportunidade para responder-lhe positivamente a respeito da participação do Município de Sapezal na Pesquisa sobre: “Participação dos Técnicos em Enfermagem formados pela Escola de saúde Pública de Mato Grosso no período de 2004 a 2006, nas equipes de Saúde da Família do município de Sapezal”.

Sem mais para o momento, estendemo-lhe nossos votos de apreço e consideração.

Atenciosamente

Francieli Christi Peters Zangari
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO C: Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 16 de junho de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 50/09 CAAE: 0053.0.031.000-09

Título do Projeto: “Participação dos técnicos em enfermagem formados pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) no período de 2004 a 2006 nas Equipes da Saúde da Família do Município de Sapezal”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Eliete Balbina dos Santos Saragiotto

Orientadora: Maria Inês Casalade Martins

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

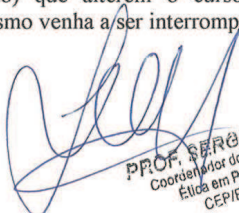
Data de recebimento no CEP-ENSP: 20 / 04 / 2009

Data de apreciação: 06 / 05 / 2009

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SÉRGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP/ENSP