

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ROSIANE OLIVEIRA RIBEIRO

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
PARA O TRABALHO EM EQUIPE**

VITÓRIA
2011

ROSIANE OLIVEIRA RIBEIRO

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
PARA O TRABALHO EM EQUIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde. Orientadora: Profa. Dra. Marta Zorzal e Silva

VITÓRIA
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R484f Ribeiro, Rosiane Oliveira, 1980-
Formação profissional do técnico de enfermagem para o
trabalho em equipe / Rosiane Oliveira Ribeiro. – 2011.
144 f.

Orientador: Marta Zorzal e Silva.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Enfermagem – Educação. 2. Equipe de enfermagem. I.
Silva, Marta Zorzal e. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

ROSIANE OLIVEIRA RIBEIRO

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
PARA O TRABALHO EM EQUIPE**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção de Grau de Mestre.

Aprovada em 28 de agosto de 2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marta Zorzal e Silva
Universidade Federal do Espírito Santo
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Coelho Heckert
Centro de Ciências Humanas e Naturais
Universidade Federal do Espírito Santo

Aos meus pais (Nilma e Antonio) e irmãos (Rosilene e Rafael) pelo apoio dispensado ao longo de toda minha vida acadêmica, ao meu esposo (Carlos) por seu companheirismo, aos amigos que me incentivaram. A todos que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Senhor da minha vida, por me fazer superar limites e vencer os obstáculos que surgiram durante a realização deste trabalho.

A minha eterna gratidão aos meus pais Antonio Folhagem Ribeiro e Nilma Oliveira Ribeiro pela força, exemplo de vida e por acreditarem na concretização dos meus sonhos.

Aos meus irmãos Rosilene e Rafael pela leitura e re-leitura deste trabalho, pelo carinho e dedicação.

Ao meu esposo Carlos Wagner, por seu companheirismo.

À minha orientadora Marta Zorzal, pelos ensinamentos e, sobretudo a paciência a mim dedicada.

Aos professores Rita, Túlio, Maria Helena, Paulete e demais professores que me incentivaram nessa caminhada.

Aos companheiros de turma de mestrado, em especial a Márcia, Eunice, Flávia, Cristina e Marina que sempre estiveram presentes na alegria ou na tristeza.

Aos colegas de trabalho do Pronto Atendimento de Vitória, pela compreensão e parceria.

À Wanessa, Paula, Heletícia e Tiago, pelo incentivo a seguir em frente.

Aos coordenadores de curso, diretores e alunos das instituições participantes desta pesquisa.

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

*Parece às vezes que desperto
E me pergunto o que vivi.
Fui claro, fui real, é certo
Mas como é que cheguei aqui?"*

Fernando Pessoa

RESUMO

O técnico de enfermagem (TE) possui um importante papel nas equipes de saúde que vão além da sua capacidade técnica quando considerado o seu potencial de mediação nas ações de saúde. Este estudo propôs analisar o processo de formação dos profissionais técnicos de enfermagem para o trabalho em equipe nos cursos técnico-profissionalizantes de Vitória-ES. Tratou-se de um estudo exploratório de campo e documental, de abordagem qualitativa e quantitativa. Para isso, foi realizado um estudo do Projeto Político Pedagógico (PPP) de cada estabelecimento de ensino bem como das suas ementas disciplinares e matrizes curriculares. Em seguida, por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado foram realizadas entrevistas individuais com 27 discentes das instituições de ensino pesquisadas e com três gestores pedagógicos destas instituições. Os dados dos PPPs foram analisados por meio da transcrição direta e quantificação de variáveis tais como carga horária, número de módulos e disciplinas. Já os dados obtidos por meio das entrevistas foram analisados à luz do Discurso do Sujeito Coletivo. Observou-se por meio dos PPPs que estes são orientados por competências, habilidades e bases científicas propostas pelas Diretrizes Curriculares para o Ensino Técnico da Área da Saúde e abordam o trabalho em equipe como uma competência do profissional técnico de enfermagem. Nas ementas e nos currículos evidenciam-se maior carga horária para as disciplinas que compõem as ciências da enfermagem, seguidas das ciências biomédicas, em detrimento das disciplinas da área de ciências humanas, sociais e da Saúde Coletiva. Os discentes e coordenadores confirmaram que o tema trabalho em equipe está presente em sala de aula, sendo reforçada a idéia de ser essencial para a manutenção do profissional no mercado de trabalho, por isso, na formação vem sendo enfocadas condutas e comportamentos a serem adotados nos ambientes de trabalho. O espaço de estágio tem sido predominantemente o hospitalar, assim como o desejo de trabalho futuro por parte dos discentes. A esse respeito os coordenadores relataram que a demanda de TE por hospitais é maior do que para outros espaços de trabalho. Com isso podemos concluir que na formação do TE nos espaços analisados predominam a formação centrada no modelo hospitalocêntrico e biomédico, focado na saúde individual e na técnica, o que dificulta a participação desses profissionais de forma interativa, articulada e integrada nas ações das equipes de saúde.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem; Formação de Recursos Humanos; Pessoal Técnico de Saúde

ABSTRACT

The Nursing technician has an important role in health teams beyond their technical capacity, when considered in their power of mediation in health care. This study aimed to analyze the process of training for practical nurses to work in teams in technical and professionalizing courses of Vitória-ES. It is an exploratory study of field and documentary, qualitative and quantitative approach. For this, we conducted a study of the political pedagogical project (PPP) of each school as well as their disciplinary and curriculum. Then by a screen play by semi-structured individual interviews were conducted with 27 students of educational institutions surveyed and 3 coordinators these educational institutions. The PPP data were analyzed by direct transcription and quantification of variables such as workload, number of modules and disciplines. Since the data obtained through interviews were analyzed in the light of the Collective Subject Discourse. It was observed by means of PPPs that these are driven by skills, abilities and scientific proposals for the Curriculum Guidelines for teaching technical area health also include teamwork and professional competence of a nursing technician. In the menus and curricula was evidenced greater workload for the disciplines that make up the science of nursing, followed by the biomedical sciences, to the detriment of the disciplines of humanities, social and public health. The students and coordinators confirmed that the teamwork theme is present in the classroom, and reinforced the idea of being essential to maintain the labor market, so the training has been focused on the conduct and behavior to be adopted in environments work. The stage space has been predominantly the hospital, as well as the desire for further work by the students. Since the coordinators reported that the demand by hospitals nursing technician is greater than for other workspaces. With this we can conclude that the formation of TE in the spaces tested, the predominant biomedical model, hospital-centered, focused on individual health and technology, thus hindering their participation in an interactive, coordinated and integrated actions in health teams.

Keywords: Nursing Team; Human Resources Formation; Allied Health Personnel;

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AC	Ancoragem
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEB	Coordenadoria da Educação Básica
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEFOR-RH	Centros Formadores de Recursos Humanos
CF	Constituição Federal
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNAS	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico da Área de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EC	Expressão Chave
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
FISI	Fundo Internacional de Socorro à Infância
IC	Idéia Central

LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISA	Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISI	Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PDR	Plano Diretor Regional
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PPGSC	Programa de Pós Graduação em Santo
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSF	Programa de Saúde da Família
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS
SEB	Secretaria da Educação Básica
SCC/PROFAE	Sistema de Certificação de Competências do PROFAE
SEDU	Secretaria da Educação
SEMTEC	Secretaria de Educação Média e Tecnológica
SENAC	Serviço Nacional do Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	Serviço Social da Indústria
SESP	Secretaria Especial de Saúde Pública

SETEC	Secretaria da Educação Profissional e Tecnológica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnico de Enfermagem
USB	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS E QUADROS

CAPÍTULO III

Quadro	1	Número de profissionais de enfermagem, por categoria, inscritos anualmente no COREN-ES.....	55
--------	---	---	----

CAPÍTULO IV

Quadro	2	Características das escolas de técnico de enfermagem.....	71
Tabela	1	Distribuição das disciplinas por módulo: cursos das instituições A, B, C, D, E.....	79
Tabela	2	Carga horária das disciplinas dos cursos das instituições A, B, C, D, E.....	80
Tabela	3	Perfil dos Sujeitos Entrevistados.....	84

CAPÍTULO V

Tabela	4	Temas estudados no curso técnico de enfermagem.....	95
Tabela	5	Grau concordância sobre papel/funções do Técnico de Enfermagem na ESF.....	98

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	26
CAPÍTULO 2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: CONCEPÇÕES E HISTÓRIA	33
2.1 CONTROVÉRSIAS DA EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DO DEBATE SOBRE RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E EDUCAÇÃO.....	33
2.1 (RE) VISITANDO A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL.....	40
CAPÍTULO 3 ASPECTOS DA FORMAÇÃO E DO EXERCÍCIO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	47
3.1 BREVE HISTÓRICO DA FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM.....	47
3.2 TRABALHO EM EQUIPE: DESAFIO DE (RE) INTEGRAR O TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	57
3.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E TRABALHO EM EQUIPE.....	62
3.4 FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM PARA O TRABALHO EM EQUIPE.....	66
CAPÍTULO 4 INSTITUIÇÕES DE ENSINO, PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO E PERFIL DOS DISCENTES: CARACTERIZANDO O CENÁRIO DA PESQUISA	70
4.1 DOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	70
4.2 DOS PROJETOS POLÍTICOS PEDAGÓGICOS.....	72

4.3 CONHECENDO OS ALUNOS PARTICIPANTES DO ESTUDO..	83
CAPÍTULO 5 O TRABALHO EM EQUIPE NOS CURSOS TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	87
5.1 A VISÃO DOS DISCENTES SEGUNDO OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO.....	88
5.2 A VISÃO DOS COORDENADORES DOS CURSOS TE.....	113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
7 REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICE A - CARTA DE SOLICITAÇÃO.....	138
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	139
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA 1	140
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA 2.....	143
ANEXO - PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	144

APRESENTAÇÃO

[...] Vamos rir, chorar e aprender. Aprender especialmente como casar Céu e Terra, vale dizer, como combinar o cotidiano com o surpreendente, a imanência opaca dos dias com a transcendência radiosa do espírito [...] ao final, teremos descoberto mil razões para viver mais e melhor, todos juntos, como uma grande família, na mesma Aldeia Comum, generosa e bela, o planeta Terra

(Leonardo Boff, 2001, Rio de Janeiro.)

Neste trabalho buscamos analisar a formação dos profissionais técnicos de enfermagem para o trabalho em equipe. A escolha pelo tema adveio da minha vivência profissional enquanto técnica de enfermagem, na qual pude observar dificuldades no processo de trabalho em equipe dessa categoria principalmente no que tange as ações comuns, passíveis de compartilhamento com outros profissionais. A não participação no planejamento dos processos de trabalho comuns a equipe, me gerou vários questionamentos em relação ao trabalho do técnico de enfermagem em uma equipe de saúde, e mais, sobre a dificuldade dos profissionais de nível superior em lidar com a potencialidade desta profissão e inseri-la no compartilhamento das questões que se colocam no cotidiano de trabalho.

Embora regulamentada pelo Conselho Regional de Enfermagem e possuir atribuições comuns junto à equipe de saúde, e estar dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde a inserção deste profissional no trabalho em equipe, não se efetua de forma a facilitar o trabalho em equipe. Como técnica percebia que os próprios profissionais de nível médio traziam também esta dificuldade de integração à equipe, desempenhando apenas as funções técnicas. Tal fato me fez pensar em como o processo formador destes profissionais poderia estar facilitando ou dificultando o trabalho em equipe, e até onde contribuía para que estes profissionais desempenhassem apenas as funções técnicas, função esta reforçada pelo mercado, onde sempre primou por requisitar um trabalho mecanizado do nível médio.

Ao aprofundar um pouco mais sobre estes questionamentos em relação a esta problemática, pude perceber que o ensino técnico profissionalizante ao qual tive acesso no processo formador, não se diferenciava dos outros profissionais técnicos de Enfermagem que vivenciavam o dia a dia do serviço em saúde. Em geral, todos

apresentavam uma formação tradicionalmente biomédica destinada a participar de uma equipe na condição de sempre cumprir as prescrições médicas, as normas e rotinas, o que reforçou ainda mais os questionamentos anteriores.

Ao entrar para a graduação no curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), passei a vivenciar a dualidade de ser ao mesmo tempo técnica e acadêmica de Enfermagem, percebendo que muitas das minhas questões iam aos poucos sendo compreendidas. Notei que raros foram os momentos, neste processo formador, em que se abordou a inter-relação dos profissionais de enfermagem de nível superior com os do nível médio em um trabalho em equipe.

Outra questão que me chamou atenção foi o fato de que alguns enfermeiros após a conclusão da graduação se tornavam responsáveis pelo processo de formação destes profissionais de nível médio limitados principalmente aos conhecimentos da graduação. Tal constatação conduziu-me a hipótese de que poderia estar ocorrendo grande lacuna no processo formador do nível técnico, uma vez que na própria formação no nível superior não estavam sendo trabalhadas as questões relativas às inter-relações entre profissionais de nível médio e nível superior, o que poderia ser o início facilitador para o trabalho na equipe de saúde.

Desse modo, apesar de graduada, e ainda exercendo a função de técnica de enfermagem em um serviço público de saúde, percebia, nas várias conversas com profissionais tanto do nível médio quanto superior, com atuação nos serviços de saúde, em especial nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o problema dessas inter-relações. Em geral, as falas manifestavam as dificuldades que permeiam o trabalho em equipe, e principalmente a relação do enfermeiro com o técnico de enfermagem. Estes profissionais, apesar de serem da mesma área de atuação, desempenham papéis hierárquicos diferenciados, com construção de uma relação verticalizada fazendo com que o profissional técnico se torne pouco participativo nos processo de trabalho em equipe, muitas vezes limitam-se apenas a operação do procedimento de forma mecânica.

Tais constatações me conduziram aos estudos de Peduzzi (2007). Sua abordagem ao tratar o trabalho em equipe, ressalta que este deve envolver todos os membros

em busca do alcance dos objetivos propostos, seja na equipe multiprofissional e interdisciplinar quanto nas relações entre os profissionais da mesma área de atuação. Destaca ainda que para que seja facilitada a interação destes participantes nos seus processos de trabalho é necessário compreender como os processos formadores interferem nesta relação.

É, portanto, tendo essas indagações em mente que esta dissertação busca contribuir focando o olhar na análise do processo de formação do técnico de enfermagem para o desempenho do trabalho em equipe. A relevância desta pesquisa se justifica na medida em que poderá trazer contribuições à reflexão sobre a própria formação dos profissionais de saúde para o desempenho do trabalho em equipe tal como preconizado pelo SUS, assim como sensibilizar os profissionais que hoje atuam nestas atividades, para a reconstrução de suas práticas e atitudes.

Neste sentido, esta pesquisa está inserida na área de concentração de Política e Gestão em Saúde no âmbito da linha de pesquisa de políticas públicas e sistemas de saúde, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC); o qual vem buscando orientar sua atuação por problemas teórico-práticos, contextualizados, referentes à saúde coletiva. Dessa forma, ao buscar respostas para as inquietações apresentadas, esperamos obter subsídios para repensar o processo de formação desses profissionais, além de enfatizar a necessidade de ampliar o espaço de escuta e diálogo com os profissionais do nível médio da enfermagem. Com isso, se pretende produzir conhecimento que possa auxiliar a qualificar os processos de formação desses profissionais, bem como contribuir com a efetivação e satisfação do trabalho em equipe no atendimento integral dos usuários dos serviços de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A constituição do sistema de saúde brasileiro apresentou várias peculiaridades em relação ao panorama mundial de outros Sistemas Públicos de Saúde. No Brasil, ele é resultante da história de lutas político-ideológicas constituídas no âmbito do processo de redemocratização dos anos de oitenta, com participação ativa da sociedade, via conferências nacionais e intensos debates em torno da Reforma Sanitária. Portanto, nasceu nos marcos da reformulação de arcabouços legais, como a Constituição Federal do Brasil (1988) e leis que instituíram e conformaram o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (CAMPOS, 2007).

Com a promulgação da Constituição em 1988, foi estabelecida a base para reforma do sistema de saúde do país. A saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, garantindo medidas políticas, sociais e econômicas que visassem à redução de doença e outros agravos. De forma que trouxe, além do aparato legal, respaldo às mudanças e novas discussões no campo da saúde (MENDES, 1996; LUZ, 2007).

Com a criação do SUS em 1990, a partir da aprovação da Lei Orgânica (Leis Nº 8080/90 e Nº 8142/90), mudou-se definitivamente a lógica do sistema de saúde então vigente no país. Na verdade, instaurou-se um novo padrão técnico organizativo fundado no legado do amplo debate que impulsionou as lutas pela reforma sanitária no Brasil, cujo eixo articulador foi dado pela noção do direito à saúde. A partir de então o acesso seria garantido pela descentralização do sistema vigente e pela participação social na definição das políticas públicas para o setor. Como resultante, o sistema que emergiu segundo Ribeiro (2002), caracteriza-se pela seguinte matriz de princípios e orientações:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, como direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais; participação da comunidade [...] descentralização refere-se à complexificação e à municipalização dos serviços, bem como do repasse de verbas; a integralidade refere-se à priorização das ações preventivas sem prejuízos dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade refere-se ao controle dos serviços e dos recursos da saúde por parte dos servidores técnicos e dos usuários por meio representativo em Fóruns e convenções municipais, regionais e nacionais (RIBEIRO, 2002, p.54).

Desse modo, com a implantação do SUS, constrói-se um novo modelo assistencial pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. As leis Nº 8080 e Nº 8142 foram essenciais para o estabelecimento das condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde. Estas transformações trouxeram uma maior exigência dos recursos humanos para darem suporte às novas necessidades de saúde e também à nova rede assistencial que estava sendo constituída.

No entanto, até o final da década de 1990 os recursos humanos eram deficientes e inadequados para a nova realidade do Sistema de Saúde em implementação. As instituições formadoras ainda reproduziam profissionais para a lógica hospitalocêntrica, biologicista, fragmentada, com ênfase nas ações curativas, ao invés, da lógica da prevenção, promoção e reabilitação proposta pelo novo sistema. Passadas mais de duas décadas desde a criação do SUS a formação dos profissionais de saúde ainda não está sintonizada com as demandas e diretrizes resultantes dos dispositivos constitutivos do SUS (LUZ, 2007, GUIZARDI et. al., 2006, CECCIM; CARVALHO, 2006).

Assim, o sistema além de carecer de profissionais de nível superior com formação e qualificação coerentes com a perspectiva do novo modelo em implementação — sobretudo, no que tange aos processos de organização das atividades médico-assistenciais, entre eles a perspectiva do trabalho em equipe de saúde — o sistema de formação de mão de obra especializada também não tem formado profissionais levando em consideração as referidas mudanças. Ou dito por outras palavras, a implementação do SUS passou a tornar necessário que os profissionais de nível médio passassem a ter uma formação que os capacitasse ao melhor desempenho de atividades em equipes, para que pudessem desenvolver processos de trabalho integrados e articulados no cuidado a saúde. Todavia, apesar do técnico de enfermagem ser parte integrante imprescindível as atividades do cuidado em saúde, poucos são os estudos que tratam do seu perfil, do seu processo formador, e da sua inserção na equipe de saúde, assim como do seu papel nesta equipe. Os poucos estudos sobre esta categoria profissional normalmente tratam das dimensões técnicas e procedimentos em âmbito hospitalar (BRASIL, 2003a; NUNES, 2006).

Os técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e enfermeiros fazem parte da equipe do trabalho em saúde. Apesar de serem da mesma área profissional, estes profissionais ocupam papéis sociais e posições hierárquicas diferentes nesta equipe. Desse modo, ao longo da história dessa profissão, as relações no trabalho desses profissionais foram sendo determinadas pelo espaço ocupado. Ou seja, o enfermeiro historicamente deteve o papel de pensar/planejar na equipe de saúde, enquanto o técnico/auxiliar geralmente esteve limitado apenas à realização de procedimentos mecânicos e ações técnicas (PEREIRA; RAMOS; 2006).

Considerando a perspectiva da necessidade de mudanças nessa forma de organizar os serviços e procedimentos que possam conduzir as novas formas de organização da assistência à saúde, minimizando o distanciamento entre o discurso teórico e a prática dos agentes, é preciso repensar a forma de ordenamento pedagógico da formação de recursos humanos bem como os processos de trabalho instituídos. Para tanto, de acordo com Sant' Anna (2008) os currículos dos cursos técnicos de nível médio devem, além de contemplar o comprometimento social, devem também incorporar as atuais propostas do sistema de saúde brasileiro (SANT' ANNA et al., 2008).

Sobre o aspecto da formação, Bagnato et. al. (2007) destacam que o ensino técnico de enfermagem foi historicamente, um dos níveis de mais difícil enfrentamento no que diz respeito à sua concepção, estrutura e organização, por conta da sua natureza de mediação entre a educação fundamental e a formação profissional, o que trouxe uma proposta pedagógica ambígua com repercussões na identidade destes profissionais. Isto é notório nas considerações de Kobayashi e Leite (2004) ao afirmarem que a inserção dos profissionais de nível médio da enfermagem nos serviços de saúde possui algumas indefinições no que diz respeito aos vínculos e competências. Estas decorrentes do fato de que muitos dos técnicos de enfermagem permanecem com vínculos de auxiliares por terem ingressado no serviço antes da formação técnica, ou pela inexistência ou redução de vagas nos quadros funcionais da área de saúde para o profissional técnico de enfermagem. Fator este que gera também uma ambigüidade de funções e atribuições e de valores que podem comprometer o trabalho em equipe.

Peduzzi e Anselmi (2003) evidenciaram em seus estudos que não há um investimento público na qualificação e na formação do técnico de enfermagem, dado que, no Brasil, a formação é majoritariamente obtida por meio das escolas do setor privado.

Lima (2007 a), ao analisar o Censo da Educação Profissional de 2002, observou que em todas as regiões brasileiras os principais cursos ofertados eram os de auxiliares e técnicos de enfermagem, nestes a maior parte dos matriculados freqüentavam o curso no horário noturno. Tal dado nos leva a inferir que se trata de alunos trabalhadores, em que a única alternativa de acesso à educação profissional em saúde ocorre após o expediente de trabalho, via ensino privado.

No estado do Espírito Santo o ensino de enfermagem data de 1953, com a criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem, pelo governo de Jones dos Santos Neves (1951-1954), o qual buscava inserir o estado do ES no ritmo do desenvolvimento capitalista nacional o que significava deixar a dependência do café e apoiar a industrialização (CAMPISTA et. al., 2009). Atualmente, segundo o Conselho Estadual de Educação, do Espírito Santo, o curso técnico de enfermagem está legalizado em 27 estabelecimentos escolares no estado. Desse total, 13 situam-se na Grande Vitória, e entre estes dois oferecem o curso de auxiliar de enfermagem como parte do itinerário da formação do técnico. Todos são da rede privada de educação¹. Na verdade, esses dados refletem a privatização do sistema de ensino advindo dos anos noventa, tão debatido em relação aos cursos superiores, comparecendo também na formação do nível médio.

Mais recentemente, frente à ausência de curso técnico de enfermagem na rede pública de ensino, desde o ano de 2008, o acesso ao curso para os jovens egressos do sistema público de ensino, pode também ocorrer por meio da Bolsa SEDU (Secretaria Estadual de Educação do Espírito Santo). Esta modalidade consiste no credenciamento de instituições de ensino privadas para a aquisição de vagas em cursos profissionalizantes, pelo poder público, o que permite aos jovens uma alternativa (ROCHA, 2010). Porém, isto não significa mudança no processo de formação, apenas ampliação de oportunidades de acesso.

¹ Cf. Conselho Estadual de Educação (CEE). < <http://www.cee.es.gov.br/>> Acesso em 10 de outubro de 2010.

É, portanto, mediante essas constatações e acreditando que é possível construir relações de respeito e apoio mútuo, em que os diferentes profissionais da equipe multiprofissional e interdisciplinar e os técnicos das demais profissões possam se articular, integrar e construir ações estratégicas e planejamentos de forma participativa e comuns com o técnico de enfermagem, que esta pesquisa lança seu olhar. O foco está voltado para o trabalho em equipe, conforme preconizado pelo SUS. Para tanto, faz-se necessário compreender como as instituições formadoras do ensino técnico-profissionalizante de enfermagem têm contribuído com conteúdos e práticas que possam dar suporte aos técnicos de enfermagem para o trabalho em equipe.

Desse modo, a busca que orientou o trabalho dessa dissertação esteve empenhada na obtenção de respostas para questões tais como: a) Como as instituições formadoras do ensino técnico-profissionalizante de enfermagem têm contribuído para que os técnicos de enfermagem incorporem em sua formação noções e práticas do trabalho em equipe?; b) Como são apresentados, no projeto político pedagógico, os conteúdos pertinentes ao trabalho em equipe?; Quais são as percepções em relação ao trabalho em equipe mencionadas pelos alunos dos cursos técnico de enfermagem?

Delineada em grandes linhas a problemática que circunscreve o objeto de estudo dessa dissertação, cabe ainda precisar o foco para o qual a atenção estará voltada, assim como seu referente empírico. O tema eixo que ocupará o centro das atenções pode ser assim circunscrito: relações entre as exigências de recursos humanos com um novo perfil e o sistema de formação de mão de obra especializada para atender aos processos de organização das atividades médico-assistenciais, derivada da implementação do Sistema Único de Saúde. Considerando ainda a perspectiva do novo modelo técnico organizativo do SUS que enfatiza o trabalho em equipe de saúde, em que medida as instituições formadoras do ensino técnico-profissionalizante de enfermagem tem incluído em seus currículos e práticas de ensino conteúdos que possibilitem o aprendizado de práticas de trabalho em equipe multidisciplinar e multiprofissional.

Para decifrar essas relações tomaremos como objeto empírico as instituições de ensino que se ocupam da formação do profissional técnico de enfermagem no

município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, no período de março de 2009 a março de 2011.

A escolha dessa temática se justifica pela possibilidade de trazer conhecimentos que possam auxiliar as instituições de ensino técnico em saúde a repensar os currículos e processos de ensino nesse campo de atuação. Ademais, este estudo se propõe a contribuir com a análise sobre a formação do profissional técnico de enfermagem e suas vicissitudes no exercício profissional, em face da exigência do trabalho em equipe, especialmente na atenção básica em que as competências para esse tipo de trabalho são mais do que exigidas, mas muitas vezes pouco compreendidas e exercidas no cotidiano do SUS. Por sua vez, a escolha do município de Vitória como referente empírico se justifica, tanto pela proximidade da pesquisadora com seu objeto, como pelo pioneirismo do município em incluir em sua agenda municipal a implementação da política de saúde pública, desde os primórdios de implantação do SUS.

Nesse sentido, nos últimos 20 anos ocorreu no Brasil um expressivo crescimento do número de estabelecimentos de saúde, sendo que as unidades públicas de saúde passaram a representar a grande maioria desses serviços. A participação dos municípios nesse crescimento foi relevante em função da municipalização das ações de saúde a partir de 1993, com a edição da NOB/SUS 93. Na verdade, a grande maioria desses estabelecimentos de saúde, de certa forma, tinha algum vínculo com o SUS, sendo que a distribuição dos serviços de saúde responde a uma organização espacial conforme redes urbanas hierárquicas, com prevalência desses serviços nas capitais. No Espírito Santo, seguindo a tendência nacional, há evidências, mostradas no PDR-ES (SESA, 2003), de que há desigualdades regionais de oferta de serviços, e também que a maioria deles se concentra na capital do estado: Vitória (SIQUEIRA, 2010).

De acordo com Siqueira (2010) o município de Vitória apresenta um bom grau de adequação da oferta em relação aos parâmetros de cobertura estabelecidos pela Portaria MS/GM nº. 1.101, de 12-06-2002, propiciando boas condições de acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a análise da autora, a seguir, demonstra o cenário da situação da oferta de serviços de saúde em Vitória nas duas últimas décadas.

Apesar da escassez de oferta para algumas tecnologias assistenciais como, por exemplo, para algumas consultas especializadas e exames especializados de média complexidade, no geral a atenção básica tem boa cobertura. Desse modo, seguindo a tendência de expansão dos serviços de saúde observada no país, em Vitória, entre 1988 e 2008, o número de estabelecimentos de saúde cresceu, passando de 67 para 202 unidades, e o número de consultórios privados isolados, em 2008, era da ordem de 510 unidades (MS/DATASUS, 2008). O aumento do número de estabelecimentos públicos, ocorrido a partir de 1993 reflete claramente a política de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SIQUEIRA, 2010, 33).

Considerando as questões anteriormente levantadas e suas especificidades no contexto do município de Vitória-ES, é que se busca explorar as relações entre sistema formador de mão obra técnica especializada e as exigências de recursos humanos, com um novo perfil, para atender ao padrão técnico-organizativo do SUS. Desse modo, **o objetivo geral** que move o esforço dessa pesquisa é analisar o processo de formação profissional do técnico de enfermagem para o trabalho em equipe nos estabelecimentos de ensino técnico-profissionalizante de Vitória-ES. **Como objetivos específicos** se busca identificar: a) como a temática do trabalho em equipe é tratada no projeto político pedagógico dos estabelecimentos de ensino técnico profissionalizante de enfermagem; b) quais são as percepções e noções dos discentes em relação ao significado e as práticas do trabalho em equipe; c) qual é o conhecimento dos discentes sobre princípios e valores do SUS veiculados pelo Ministério da Saúde, assim como sobre o padrão técnico organizativo do SUS, cuja lógica exige conhecimentos sobre trabalho em equipe.

Para tanto, a literatura que trata do processo formador de recursos humanos, assim como aquela que aborda o padrão técnico organizativo das atividades médico-assistenciais preconizado pelo SUS, constitui o suporte teórico analítico que fundamenta as reflexões contidas nessa dissertação.

1.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A reflexão sobre os caminhos que a pesquisa científica deve percorrer visando possibilitar a realização da investigação enunciada prescinde de um adequado referencial teórico e analítico que permita analisar a luz da teoria os dados a serem investigados. Conforme Minayo e Sanches (1993), a produção do conhecimento científico é resultante da aproximação das teorias e da realidade empírica. Dessa forma, o método, nesse processo, possui o papel fundamental de articular esse encontro.

Considerando o objeto de estudo aqui delineado e as questões a ele remetidas o método configura-se como um processo que vai sendo construído e delineado. Isto é, um caminho que devemos percorrer para nos aproximarmos cada vez mais do tema e dos objetivos propostos para análise, contemplando assim posicionamentos teóricos e abordagens empíricas da realidade em foco (MINAYO, 2002).

Cinco procedimentos concomitantes fizeram parte dessa pesquisa: a) estudo da literatura que trata dos processos de formação técnico profissional, em geral, e sobre o técnico de enfermagem, em particular; b) estudo da literatura que trata da formação e da regulação das atividades do técnico de enfermagem no Brasil; c) estudo da literatura que trata do padrão técnico organizativo e dos processos de trabalho no SUS, em especial, aquela voltada para o trabalho em equipe; d) pesquisa documental nas instituições de ensino visando obter dados sobre os projetos políticos pedagógicos e matrizes curriculares e sua correlação com as diretrizes sobre o processo de trabalho definidos pelo SUS; e) entrevistas com gestores pedagógicos das instituições de ensino e) entrevista com os discentes das instituições de ensino pesquisadas. Desse modo, foi contemplado tanto a pesquisa documental como a pesquisa qualitativa feita via entrevistas semi-estruturadas com gestores pedagógicos das instituições de ensino e discentes das mesmas, conforme será especificado adiante.

De acordo com Minayo (2008) a abordagem qualitativa:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem e constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008 p.57).

Nesse sentido, ela responde as questões muito particulares e aprofunda-se no mundo dos significados das relações humanas, lado não perceptível e não captável em equações, médias e análises estatísticas. A opção pela pesquisa qualitativa neste estudo deve-se a sua natureza inacabada, em constante transformação onde se busca compreender a realidade a partir dos sujeitos envolvidos no próprio contexto social.

Entretanto, para um melhor entendimento do material coletado foi realizado também uma análise quantitativa dos dados passíveis de quantificação de algumas variáveis tais como: carga horária das disciplinas oriundas das ciências biomédicas, ciências sociais e ciências da enfermagem presentes no currículo; idade, escolaridade, gênero, e atividades dos participantes da amostra. O uso do método quantitativo tem por objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática (MINAYO, 2008).

Desse modo, utilizamos dois métodos — quantitativo e qualitativo — cuja combinação possibilitou uma maior aproximação da realidade estudada. Além disso, considerando a natureza do objeto e a relativa escassez de estudos específicos sobre a formação do técnico de enfermagem e demais profissionais do nível médio, trata-se de um estudo exploratório que focaliza um caso. Gil (1999, p.43) afirma que a pesquisa exploratória é realizada “especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis”.

Para responder aos objetivos propostos foi realizado um estudo documental e uma pesquisa de campo. A pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar (BRANDÃO, 2000). Dessa forma, os documentos são importantes fontes que fundamentam as afirmações do pesquisador, fornecem informações sobre o contexto no qual se originam, indicam questões que devem ser exploradas e complementam informações obtidas por outras técnicas de coleta de dados.

Os documentos analisados neste estudo foram os Projetos Políticos Pedagógicos

(PPPs)², e suas respectivas grades curriculares, programas das disciplinas das instituições que possuem a educação profissional técnica de nível médio em enfermagem, localizados na cidade de Vitória com a condição de terem aceitado a participar do estudo. Apesar das seis escolas que oferecem o curso técnico de enfermagem no município de Vitória terem sido convidadas a participar do estudo, uma delas se recusou a participar e a liberar o material para o estudo.

O PPP em sentido amplo é entendido como a organização do trabalho pedagógico da escola, onde está incluído o planejamento das intenções a serem realizadas, com base no presente, mas aberto a mudanças. Dessa forma, trata-se de promessas para o futuro que embora atrelada à organização social da ordem capitalista apresenta as determinações e contradições dessa sociedade. Além disso, na dimensão política o PPP se realiza enquanto prática especificamente pedagógica. Na dimensão pedagógica expressa a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, entendida como a formação do cidadão participativo, responsável, comprometido, crítico e criativo. Sendo então necessário para definir as ações educativas e caracterizar a escola no sentido de alcançar os propósitos e intenções (VEIGA, 2008). No dizer de Vasconcelos (1995):

O Projeto Pedagógico [...] é um instrumento teórico-metodológico que visa ajudar a enfrentar os desafios do cotidiano da escola, só que de uma forma refletida, consciente, sistematizada, orgânica e, o que é essencial, participativa. É uma metodologia de trabalho que possibilita re-significar a ação de todos os agentes da instituição (VASCONCELOS, 1995.p.143).

Veiga (2008) faz uma alerta para que na construção dos PPPs sejam observados alguns princípios já estabelecidos no Artigo 206 da Constituição Federal em vigor, tais como:

- I - Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
- II - Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber;
- III - Pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;
- IV - Gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;

Estes princípios são importantes para garantir a operacionalização dentro da estrutura escolar conforme observados nos argumentos de Veiga (2008, p. 22) ao

² Para designação da expressão Projeto Político Pedagógico doravante será utilizada a sigla PPP

afirmar que “uma coisa é estar no papel, na legislação, na proposta, no currículo, e outra é estar ocorrendo na dinâmica interna da escola, no real, no concreto”. Desse modo, ciente de possíveis embates entre o ideal e o real, é que se justifica a complementação da análise documental realizada neste estudo, com outros procedimentos. Para tanto, optamos por complementar a análise curricular por meio da pesquisa de campo via entrevistas com docentes e discentes dos cursos técnico de enfermagem.

Na pesquisa qualitativa o *campo* corresponde ao recorte espacial relacionado à abrangência, em termos empíricos do recorte teórico correlativo ao objeto da investigação. Daí decorre a impossibilidade de um trabalho de campo ser neutro, tendo em vista que a pesquisa está relacionada às escolhas dos fatos a serem observados, coletados e compreendidos, e as preocupações científicas dos pesquisadores. Tudo isso evidencia que o campo da pesquisa social sofre interferências tanto dos pesquisadores, quanto dos seus interlocutores e observados (MINAYO, 2008).

CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em escolas do município de Vitória-ES que oferecem o curso técnico de enfermagem. Inicialmente, foi solicitado ao Conselho Estadual de Educação a relação das escolas que possuem o curso técnico profissionalizante de enfermagem. Foram identificadas 27 escolas no estado, sendo que 13 destas situam-se na Região Metropolitana de Vitória. É válido lembrar que a Região Metropolitana de Vitória é formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. E destes, o município de Vitória é o que possui o maior quantitativo de estabelecimentos com oferta do curso técnico de enfermagem, por isso Vitória foi escolhida como cenário para este estudo.

Para efeito de análise neste estudo e para preservar a identidade dos estabelecimentos de ensino se optou por denominar aleatoriamente as escolas com as letras do alfabeto: A, B, C, D, E.

Os coordenadores do curso técnico de enfermagem destas escolas foram contactados por meio de visita agendada da pesquisadora com vistas a apresentar a proposta do estudo, bem como solicitar a permissão para a realização do estudo.

Essa foi uma das etapas mais difíceis desse trabalho, tendo em vista que os estabelecimentos que permitiram o uso dos PPPs solicitaram que esse trabalho fosse realizado no próprio estabelecimento de ensino. Isso causou um duplo efeito, por um lado exigiu a transcrição dos itens de interesse para análise posterior, tornando assim o trabalho mais lento. Por outro lado, permitiu maior contato e diálogo com os diretores dos estabelecimentos, coordenadores do curso, professores, alunos e demais funcionários.

SUJEITOS DO ESTUDO E AMOSTRA

Os sujeitos que participaram desse estudo foram os coordenadores do curso técnico de enfermagem e alunos matriculados nos módulos mais avançados do curso. Em um dos estabelecimentos a coordenadora alegou ter poucos meses na função e por isso indicou uma das professoras para representar o estabelecimento. A fim de preservar a identidade dos sujeitos essa amostra foi denominada aleatoriamente por códigos numéricos: 1, 2, e 3.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e individualizadas por meio de um roteiro com perguntas abertas e fechadas. Minayo (2008) propõe que o guia de entrevista deve conter apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, facilitando abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. Lefèvre, Lefèvre (2005) mencionam que este tipo de entrevista permite o acesso a dada realidade de caráter subjetivo que de outra forma permaneceria obscura. As entrevistas foram gravadas em aparelho MP12, a fim de apreender maior riqueza do discurso fornecido pelos sujeitos.

Para a coleta de dados referentes aos PPP's das instituições de ensino foi procedida a leitura crítica, utilizado um formulário conforme apresentado no Apêndice D. A análise inicial dos PPP's ocorreu nos estabelecimentos escolares o que permitiu obter esclarecimentos junto ao coordenador do curso quanto às dúvidas ocorridas ao longo da leitura dos PPP's.

TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados os depoimentos dos discentes e docentes foram transcritos e analisados a luz do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este consiste em “... uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário” (LEFÈVRE; LEFÈVRE; 2005 p.19).

Com o (DSC) buscou-se captar o significado do pensar enquanto expressão da realidade. De acordo com Lefèvre, Lefèvre (2005) tal procedimento consiste em analisar o sentido das respostas às questões abertas, atribuir um sentido a cada resposta e agrupar numa categoria inclusiva as respostas de mesmo sentido. Este procedimento é construído a partir de quatro figuras metodológicas: a ancoragem (AC), as expressões-chave (EC) de todos os indivíduos entrevistados relativos a uma idéia central (IC) e o Discurso do sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito. Estas figuras foram elaboradas a fim de permitir uma organização e tabulação de dados qualitativos sejam eles obtidos por depoimentos coletados em entrevistas, sejam eles obtidos por meio da análise dos PPP's.

As (AC) referem-se aos pressupostos, as teorias, os conceitos, e as ideologias existentes na sociedade e na cultura, e que, internalizados no indivíduo serão expressos na linguagem. As (EC) são formadas com as transcrições literais de parcelas dos depoimentos buscando o resgate da essência do discurso referente às questões do estudo. É na verdade a matéria-prima para a construção do (DSC). Já a (IC) pode ser entendida como as afirmações que de forma concisa permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo referido pelos sujeitos. E por fim, o (DSC) comparece como reunião em um discurso em forma de síntese das expressões-chave que apresentam a mesma idéia central ou ancoragem. É como se o discurso de todos fosse o discurso de um (LEFÈVRE; LEFÈVRE; 2005).

Dessa forma, o (DSC) permite “reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeças, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno” (LEFÈVRE; LEFÈVRE; 2005 p.19). É um método destinado as pesquisas que possuem como fundamento o social e seus

pressupostos, sendo considerado como indispensável para uma boa análise e interpretação dos depoimentos.

Para a elaboração do (DSC) Lefèvre; Lefèvre (2005) propõem que se deve inicialmente fazer a transcrição literal dos depoimentos, colhidos através da técnica de entrevista; leitura das respostas a cada pergunta e prosseguir marcando as (EC) selecionadas. A partir daí, deve-se identificar as (IC) de cada resposta; para então proceder às análises de todas as (EC) e (IC) com vistas a agrupar as semelhantes em conjuntos homogêneos. Depois, deve-se fazer a identificação e nomeação da (IC) do conjunto homogêneo, que será uma síntese das (EC) de cada discurso. E finalmente a construção dos (DSC's) de cada quadro obtido na etapa anterior lembrando-se de atribuir um nome ou identificação para cada um dos (DSC's).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com o objetivo de proteger os indivíduos pesquisados, os estudos que envolvam a participação de seres humanos devem obedecer alguns princípios fundamentados no respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça.

Dessa forma, este estudo foi realizado mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob o registro n 199/99, em conformidade com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que instituem diretrizes e normas regulamentando pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996a).

CAPÍTULO 2

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: CONCEPÇÕES E HISTÓRIA

Ler e escrever não são suficientes para perfilar a plenitude da cidadania.

(Paulo Freire, 2001, São Paulo)

2.1 CONTROVÉSIAS DA EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DO DEBATE SOBRE RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E EDUCAÇÃO

A educação em seu sentido amplo pode ser entendida, conforme definido no Art.1º. da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, como: “A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996b; FERRETTI, 2004).

Já no sentido estrito, pode ser entendida como educação escolar, desenvolvida predominantemente por meio do ensino em instituições próprias. Tem como fundamento a formação plena do indivíduo, como pessoa e cidadão. Neste sentido estrito contribui para a formação profissional de maneira indireta, seja por facilitar o acesso aos conhecimentos disciplinares, ou por entender que é parte dessa formação a compreensão do contexto em que o exercício da atividade profissional se concretiza ou se realizará (BRASIL, 1996a; FERRETTI, 2004).

A educação profissional é uma dimensão específica da educação escolar, dirige-se à formação profissional em sentido estrito, completando a formação em sentido amplo, inclui: os programas de formação inicial e continuada de trabalhadores; o ensino técnico nas formas concomitante, subsequente e integrado ao ensino médio; as variantes da formação inicial e continuada e do ensino técnico, quando ministradas de forma articulada com a educação de jovens e adultos e a graduação tecnológica (FERRETTI, 2004; MACHADO, 2008).

Segundo Lima (2004), Educação Profissional Técnica de Nível Médio é assim

denominada por seguir uma tendência latino-americana de chamar essa modalidade de ensino de Educação Técnica e Profissional. No entanto, sobre este aspecto o autor destaca o argumento de Anísio Teixeira, para quem: “todo ensino é profissional tanto porque é feito por profissionais quanto porque visa dar uma posição aos indivíduos na divisão do trabalho” (TEIXEIRA, *apud* LIMA 2004, p. 222).

Por formação profissional, que é uma expressão mais recente, entendem-se todos os processos educativos que permitem ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos em ambientes escolares ou empresas. Além disto, tal processo é um instrumento de potencialização de mudanças técnica / organizacional, induzindo determinados efeitos culturais capazes de proporcionar alterações a nível de identidade, valores, normas e comportamentos (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Desse prisma, a formação profissional produz movimento do indivíduo, da sua cultura, das suas interações e dos sistemas sociais que sustentam as suas relações organizadas, além de induzir alterações não só nos processos de relações interpessoais e identitárias, como também na relação interinstitucional. Assim, a formação é uma estratégia privilegiada para adquirir conhecimentos do “*saber fazer*” e comportamentos requeridos para o desempenho das funções de uma profissão ou grupos de profissões, que são capazes de garantir uma adaptação as novas modalidades de trabalho (GODINHO; GONÇALVES; PIMENTEL, 1996). Por sua vez, Marques (2010) argumenta que a formação profissional torna-se um instrumento que permite, além da aquisição de novos conhecimentos, reconversão de conhecimentos prévios, serve também como forma de proporcionar a modificação de idéias, valores, comunicação, relações sociais e concepções de trabalho e relações.

Da perspectiva do pensamento de matriz marxista qualificação profissional é entendida “como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõem a força de trabalho, utilizadas em atividades voltadas para valores de uso” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.15). Sob esse ponto de vista, é considerado o potencial de trabalho, que no capitalismo representa a mais-valia, como um valor adicional ao seu próprio valor. O próprio conhecimento, que para o marxismo é entendido como

valor de uso, constitui-se no capitalismo como valor de troca ou mercadoria (PEREIRA; RAMOS, 2006)

Para Mattos (2008), falar sobre formação e qualificação profissional no trabalho em saúde, significa dizer que os profissionais são ao mesmo tempo agentes da reprodução das práticas instituídas, como também agentes da sua eventual transformação. Sob a lógica do capitalismo, o sentido da aliança trabalho e qualificação profissional resultam na ocupação da educação em formar profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho e produtivos ao capital.

O pensamento neoliberal, por seu turno, reforça a idéia de que quanto mais educada a força de trabalho, melhor o desempenho da economia, mais qualificados os empregos, mais justa a distribuição de renda e, quanto mais capacitado o trabalhador, maiores as suas chances de ingressar no mercado de trabalho. Desta forma, busca-se a formação de um homem que seja empreendedor e colaborador, que atribua a si a resolução dos graves problemas decorrentes da produção capitalista e das desigualdades sociais, tais como: desemprego, subemprego, redução salarial, perda dos direitos trabalhistas e sociais. Atraídos por essas idéias a classe trabalhadora investe na melhoria da escolarização sem refletir sobre a natureza da educação escolar ministrada (NEVES, 2008).

Desse ponto de vista, o sistema educacional passa a enfatizar na educação geral uma formação polivalente com desenvolvimento de capacidades analíticas e de novas atitudes, tais como cooperação, empatia, integração, organização e liderança nas qualificações profissionais. Essa perspectiva, na verdade, acaba configurando uma relação conflitante e antagônica uma vez que confronta as relações do capital e as múltiplas necessidades humanas (FRIGOTTO, 2006).

Contra-pondo-se à educação apenas para o capital, os autores fundamentados no pensamento de matriz marxista a partir da concepção de politecnia ³ defendem uma

³ O conceito de politecnia como princípio educativo foi elaborado por Marx e Engels em seus "Textos sobre Educação e Ensino" (1983); discutido por Lênin em "Sobre a educação" (1977), e por Gramsci em "Os intelectuais e a organização da cultura" (1968). Trata-se de uma concepção de que o ser humano deve ser integralmente desenvolvido em suas potencialidades, através de um processo educacional de totalidade que proporciona formação científica, política e estética, com vista à libertação do ser humano. É preciso observar que quando surgiu o conceito de politecnia nas obras de Karl Marx a escola ainda não era uma instituição democratizada, mas restrita a classes privilegiadas (SAVIANI, 2002).

perspectiva que considera as múltiplas necessidades humanas. A formação profissional nesse sentido é vista a partir do próprio trabalho social, posto que, é neste espaço que o indivíduo desenvolve a compreensão das bases de organização do trabalho na sociedade. Trata-se, portanto, de uma concepção em que qualificação profissional é entendida: “como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõem a força de trabalho, utilizadas em atividades voltadas para valores de uso” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 15). Configura-se, portanto, como uma concepção contra-hegemônica na formação dos trabalhadores e se opõe a semiformação imposta pela sociedade capitalista que é baseada na promoção do conhecimento enquanto valor de troca, a qual torna o trabalhador um ser adaptado, que tem a responsabilidade de ser competente e responsável pelo desenvolvimento econômico, social e político do País (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Analisando as distintas formas de apropriação das noções de qualificação profissional na literatura referente às relações entre trabalho e educação no Brasil, Ferretti (2004) argumenta que esse debate pauta-se por duas matrizes orientadoras: a técnica e a sociopolítica. O trecho, a seguir, da análise de Ferretti, apesar de longo, é esclarecedor quanto aos termos do debate.

Grosso modo, pode-se dizer que a área da educação que se volta para o estudo das relações entre trabalho e educação tem historicamente se aproximado das discussões sobre o trabalho a partir de duas grandes matrizes que se complementam e, ao mesmo tempo, dependendo do enfoque, antagonizam-se. Uma delas remete ao campo especificamente técnico, tendo orientado a formulação e o desenvolvimento das propostas de formação profissional. Dadas suas preocupações específicas e legítimas, este segmento da educação é fortemente influenciado pelo progresso técnico e, portanto, pelas mudanças técnico-organizacionais que se dão no âmbito do trabalho, respondendo não apenas a desenvolvimentos científico-tecnológicos, mas, principalmente, a demandas da produção capitalista, às quais os referidos desenvolvimentos procuram dar respostas. A segunda matriz tem raízes na filosofia e na economia política de origem marxista, formulando à educação problemas de natureza econômica, filosófica, social e ético-política que remetem não apenas à formação profissional estrito senso, mas à formação humana, em sentido pleno, da qual a primeira faz parte. Em ambas as matrizes, no período histórico em que predominou a forma taylorista-fordista de produção capitalista, o olhar lançado pela área educacional à qualificação profissional foi profundamente marcado pela sua dimensão especificamente técnica, ou seja, pela visão “essencialista”⁴

⁴**Nota do autor:** “Sem nenhuma pretensão de dar conta deste enfoque, pode-se dizer que a concepção “essencialista” de qualificação profissional está diretamente relacionada ao progresso técnico. Segundo tal concepção, o desenvolvimento da tecnologia demanda, a cada momento, que o trabalhador desenvolva novas habilidades e conhecimentos que lhe permitam lidar adequadamente com os avanços tecnológicos. Ainda que correta, esta concepção de qualificação profissional é

desta, quer para justificar os procedimentos de seleção e de formação profissional, de acordo com a primeira matriz, quer para questionar, de acordo com a segunda, as demandas feitas ao indivíduo e à educação que tomavam por base a acentuada divisão técnica do trabalho (FERRETTI, 2004, p.403).

As tensões e disputas político-ideológicas entre essas duas matrizes teóricas permearam historicamente o debate sobre as políticas públicas de educação no Brasil, em especial aquela voltada para o ensino médio e para o ensino técnico profissionalizante. Não cabe nessa dissertação aprofundar esse debate, apenas chamar atenção para os termos em que ele se configurou na agenda de discussão da proposta da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), ocorrida no final dos anos de 1980 e limiar dos anos de 1990. Cenário este marcado por profundas reformas político-institucionais e econômicas — Constituição de 1988, Reforma do Estado, liberalização econômica — que constituiria o contexto mais geral em que a Lei 9.394/96 (LDB) e o Decreto-Lei 2.208/97, definiram as diretrizes básicas da educação em geral e do ensino médio e técnico, em particular, no Brasil⁵.

Neste contexto, Dermeval Saviani (1989), contrapondo-se aos que defendiam a formação técnica específica de caráter profissionalizante já no ensino médio, posiciona-se ao lado daqueles que defendiam uma formação básica geral polivalente em termos de conhecimentos que propiciassem a formação integral do ser humano. Desse modo, defende uma concepção de ensino voltado à formação humana, em sentido pleno. Na discussão entre trabalho e educação Saviani (1989) defende que a noção de politecnicia “deriva basicamente da problemática do trabalho [...] o conceito e o fato do trabalho como princípio educativo geral” (p. 7). Enfatiza, ainda que “a noção de politecnicia se encaminha na direção da superação entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre instrução profissional e instrução geral” (p.13). O que significa no entendimento de Saviani (1989) que:

A noção de politecnicia diz respeito ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho moderno. Diz respeito aos fundamentos das diferentes modalidades de trabalho. Politecnicia, nesse sentido, se baseia em determinados princípios, determinados fundamentos e a formação politécnica deve garantir o domínio desses princípios, desses fundamentos. [...] a formação politécnica propiciará ao educando trabalhador um desenvolvimento multilateral, um desenvolvimento que abarca todos os ângulos da prática produtiva moderna

restrita, como se verá posteriormente” (FERRETTI, 2004, p.421).

⁵ Sobre esse debate ver, entre outros: FERRETTI (2000; 1997); GARCIA; LIMA FILHO (2004).

na medida em que ele domina aqueles princípios, aqueles fundamentos, que estão na base da organização da produção moderna (SAVIANI, 1989 p. 17 apud GARCIA, N. M. D; LIMA FILHO, D. L. 2004, p.14).

Dessa análise depreende-se que a concepção de politecnicidade implica na possibilidade da formação de profissionais em um processo onde se aprende praticando, mas ao praticar são compreendidos os princípios científicos que estão relacionados à organização do trabalho na sociedade, ou seja, está relacionada ao domínio dos fundamentos científicos das técnicas desenvolvidas no processo produtivo. Ou, por outras palavras, de acordo com a reflexão de Pereira (2006), ao sublinhar que a formação profissional em saúde é uma “utopia sempre em construção, é orientada pela e para a superação de conceitos e atualização de práticas, de modo a situá-la no movimento da ciência, do trabalho e da saúde na história” (PEREIRA, 2006 p. 414).

Vale sublinhar, por outro lado, que foi no contexto das grandes mudanças político-institucionais e econômicas que se processavam no âmbito nacional, e mudanças cruciais no campo do trabalho, ocorridas a partir dos anos de 1970, no âmbito mundial, que se processava no Brasil o debate em torno de mudanças na Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Portanto, num cenário interno instável marcado, sobretudo, no campo acadêmico das ciências humanas pelo debate sobre a crise dos paradigmas, tendo em vista que muitas teorias, ao não dar conta dos processos de mudanças, em curso, passaram a ser questionadas.

Desse modo, no contexto mais geral em que os fenômenos da globalização da economia e das transformações técnico-organizacionais no trabalho desencadearam desafios e problemas a serem enfrentados no âmbito da educação, em geral, e da formação profissional, em particular, é que o debate e o torno das mudanças na política nacional de educação, no Brasil, é instaurado, nos anos de 1980 e 90. Sob o argumento de que as mudanças que estavam ocorrendo na esfera do trabalho desde os anos 60/70 do século XX, mas que se fizeram mais patentes na sociedade brasileira no decorrer dos anos 80 e, principalmente, nos 90, desencadeia-se um intenso movimento de reformas educacionais que viriam a atingir todos os níveis da educação nacional. Isto porque o novo contexto demandaria um novo tipo de trabalhador, mais ilustrado, mais informado, possuidor de níveis de escolaridade mais altos, para atender as demandas de um mercado de trabalho cada vez mais

exigente.

Sobre a natureza e o conteúdo das proposições que viriam a se consolidar na Lei nº. 9.394/96 (LDB), Ferretti (1997) argumenta nos seguintes termos:

Tais proposições implicam não apenas uma determinada forma de rearticular as relações entre formação geral e formação específica, mas, também, uma série de mudanças de porte no ensino médio, tendo em vista as novas demandas por qualificação profissional, cujos efeitos sobre a educação da juventude brasileira são objeto de preocupação (Ferretti, 1997, p. 225).

A reflexão de Ferretti resulta de longa e detalhada análise sobre formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil, nos anos 90. Destaca entre os diversos aspectos abordados em sua análise a centralidade do denominado “modelo de competências” que comparece como pedra angular das reformas educacionais brasileiras. Enfatiza que são vários os argumentos elencados em favor de sua adoção, porém, os principais dizem respeito à “necessidade”, posta pelas transformações nas mais diversas esferas do mundo contemporâneo. Entretanto, sublinham especialmente as mudanças na economia, de as sociedades em geral, mas em particular nas “emergentes”, as quais “necessitam” buscarem a constituição de um novo sujeito social, no plano coletivo, tanto quanto no individual, capaz não só de conviver com tais transformações, mas, principalmente, tirar delas o melhor partido, tendo em vista o bem estar de países e pessoas (FERRETTI, 1997; 2002) .

Assim, problematizando os pressupostos do modelo de competências da reforma do ensino técnico e supondo que os interesses empresariais possam se afinar com a educação profissional baseada nesse modelo, Ferretti (1997) ainda assim, levanta o problema da definição do peso relativo que deverá ser atribuído, ao domínio dos saberes de caráter geral e profissional e ao desenvolvimento dos componentes da chamada qualificação social. Sobre este ponto o autor assim se expressa:

A coerência com o modelo mandaria que a ênfase se colocasse mais na dimensão do saber-ser do que do saber. Tal coerência não aponta na direção da formação do trabalhador capaz de dominar o seu fazer e o saber científico sobre ele, assim como capaz de desenvolver plenamente suas capacidades intelectuais para o enfrentamento de um trabalho desafiador e demandante de efetiva criatividade e iniciativa. Muito menos aponta para a formação desse trabalhador, na perspectiva que DELUIZ denomina de “competências políticas”, que permitiriam aos indivíduos “refletir e atuar criticamente sobre a esfera da produção (...), assim como na esfera pública, nas instituições da sociedade civil, constituindo-se como atores sociais dotados de interesses próprios que se tornam interlocutores legítimos e

reconhecidos” (DELUIZ s./d., p. 3). Ao contrário, sugere que uma formação profissional que se pautar pelo modelo de competências pode representar um revés para os trabalhadores ao enfraquecer seu poder de barganha e negociação. Esse modelo é, sem dúvida, perfeitamente adequado ao processo de reestruturação produtiva. Será adequado ao trabalhador como tal e como cidadão? (FERRETTI, 1997, p. 265)

Portanto, é no contexto dessas discussões que se torna imperativo pensar em uma formação profissional onde o saber científico se integre à prática cotidiana dos profissionais de nível médio em saúde (técnicos em enfermagem) no sentido de dar significado às ações que por eles são desenvolvidas. Isto é, uma formação por meio da qual possam compreender que suas ações são parte da construção do próprio cuidado e da assistência em saúde a ser desenvolvida pela equipe de saúde para os usuários que acessam os serviços, e não apenas executem mecanicamente as suas atribuições sem refletir sobre as novas possibilidades do fazer, pensar e ser.

2.2 (RE) VISITANDO A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

As mudanças ocorridas na trajetória do ensino profissional no Brasil estão relacionadas com os fatores políticos e econômicos, bem como com as alterações nos processos produtivos. Inicialmente, o ensino profissional, marcado pela dualidade entre científico e profissional, estava voltado para as classes populares e sem a possibilidade de acesso ao ensino superior (BAGNATO et. al., 2007). Posteriormente ele foi se adequando às necessidades do sistema produtivo que começou a exigir um maior número de pessoas qualificadas.

Lima (2007 b) menciona que, no Brasil, uma das primeiras vinculações entre ensino e trabalho data de 1620. Esta refere-se ao ensino para os jovens sobre a utilização de ferramentas e técnicas de trabalho nas fazendas da capitania de São Vicente, período em que predominava a segregação social. Posteriormente, em 1874, o Presidente da Província de Pernambuco, Henrique Pereira de Lucena, determinou que as fábricas se encarregassem do preparo do seu pessoal. Essa qualificação estava voltada para o trabalho manual, em oposição ao trabalho intelectual. Formar para o trabalho significava adestrar e treinar para as técnicas manuais, não comportando a conjugação entre teoria e prática (GOMES, 2003).

A institucionalização do ensino profissional ocorreu em 1906 quando foi determinada a criação da Escola Profissional nas cidades de Campos, Niterói, Petrópolis e Paraíba do Sul pelo Presidente do estado do Rio de Janeiro, Nilo Peçanha. Posteriormente, como presidente da República do Brasil, em 1909, ele retomou o projeto de ensino profissional técnico. Por meio do Decreto Nº 7.566 de 23 de setembro de 1909, instituiu 19 escolas de aprendizes artífices em várias capitais brasileiras, incluindo Vitória no Espírito Santo, cujo objetivo era a formação de operários e contramestres. Nas considerações originais do decreto constava:

[...] o aumento constante da população das cidades exige que se facilite às classes proletárias os meios de vencer as dificuldades sempre crescentes da luta pela existência; que para isso se torna necessário, não só habilitar os filhos dos desfavorecidos da fortuna com o indispensável preparo técnico e intelectual, como fazê-los adquirir hábitos de trabalho profícuo, que os afastará da ociosidade ignorante, escola do vício e do crime; que é um dos primeiros deveres do Governo da República formar cidadãos úteis à Nação [...] (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1909).

Para Gomes (2003) a lógica do processo formador deste período, foi de controle social, tendo por substrato o projeto de construção de uma sociedade do trabalho por meio da disciplinarização dos filhos do proletariado que eram vistos como possíveis elementos da desordem. Zanetti (2009), argumenta nesse sentido que, a criação destas escolas de aprendizes artífices, ou também chamado Liceus, foi importante para constituição de uma rede de ensino profissionalizante que mais tarde daria origem as escolas técnicas federais.

Já no século XX, na década de 1930, quando se verifica o marco inicial da industrialização brasileira, portanto da transição da economia agrária para a economia urbano-industrial e formação da sociedade industrial de massas, grandes mudanças ocorrem na economia e na sociedade brasileira. Tal processo passou a exigir um novo tipo de trabalhador, isto é aquele com um mínimo de qualificação profissional. Todavia, apesar destas transformações o sistema educacional não acompanhou no mesmo ritmo, manteve-se atrasado e ineficaz em relação a esta nova realidade (SILVA, 2010).

Neste contexto emerge a burguesia urbana que passou a exigir o acesso à educação, notoriamente, retomando os valores da oligarquia agrária anterior. Na verdade, este segmento aspirava à educação acadêmica, elitizada e desprezava a formação técnica por a considerarem inferior. O operariado, por outro lado, exigia

um mínimo de escolarização para que pudesse se integrar a este novo mercado instituído. Desse modo, começam as pressões para a expansão da oferta do ensino (ARANHA apud SILVA, 2010).

Entre novembro de 1930 a abril de 1931, foi criado o Ministério da Educação e Saúde quando se alterou significativamente o ensino secundário, o ensino superior e o ensino comercial, bem como, foi criado o Conselho Nacional de Educação. Em 1937, justificado pela ineficiência do poder público em concretizar e expandir o ensino secundário profissionalizante, o que era uma das exigências da indústria, emergem pressões por novas alternativas de formação rápida, paralela ao sistema oficial de ensino. Assim, a própria Constituição de 1937 determinou que as indústrias e sindicatos criassem escolas de aprendizagem de ofício para os filhos dos empregados e seus membros (LIMA, 2007 b). Seguindo essa lógica, o Decreto n. 1.238, de 2 de maio de 1939, estabeleceu que indústrias com mais de 500 empregados devessem manter cursos de aperfeiçoamento profissional para adultos e menores (ZANETTI, 2009).

Mais tarde, em 1942, ocorreu a Reforma Capanema no sistema educacional brasileiro, realizada pelo Ministro da Educação e Saúde da Era Vargas. Nessa reforma foi mantida a reprodução da dualidade no sistema, dado que o ensino secundário estava destinado à formação humanística e científica, preparando para a universidade, ao passo que o ensino técnico profissionalizante continuava preocupado com a formação para o trabalho (PEREIRA; RAMOS, 2006). Mais uma vez, foi reproduzida a divisão entre trabalho intelectual e manual, e o acesso definido em função da classe social. Dessa forma, por meio do Decreto n. 4.048, de 22 de janeiro de 1942 foi criado o Serviço Nacional de Aprendizagem dos Industriários o conhecido Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e, em 1946, foram criados o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e o Serviço Social da Indústria (SESI). Com isso, ficava evidente o interesse de Getúlio Vargas em deslocar para os industriais a responsabilidade pela formação da mão de obra (ZANETTI, 2009).

Com a queda do Estado Novo, em 1946, foi promulgada a nova Constituição brasileira, que tornou obrigatória a aplicação de um percentual mínimo de recursos, por parte da União e dos estados, para a educação. Além disso, estabeleceu que a

responsabilidade pela legislação das Diretrizes e Bases da Educação Nacional União seria competência da União (PEREIRA; RAMOS, 2006). Apesar da definição pela elaboração das diretrizes e bases da educação ter sido estabelecida pela CF/46, somente após longos anos de debates em torno da questão educacional no país, foi apresentada a primeira Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei 4.024 de 13 de dezembro de 1961, no governo de João Goulart. Marcada pela luta entre a defesa do ensino público e os defensores do ensino privado, a nova LDB trouxe mudanças na educação com a integração entre o ensino profissional e o sistema regular de ensino. Definiu a educação nacional em três níveis de ensino: primário/ginasial, médio/colegial e superior. Todavia, conforme destaca Silva (2010), a referida lei não superou a dualidade do ensino, uma vez que estes níveis continuaram recebendo diferentes clientela. A justificativa para a formação de técnicos em nível médio nas mais diversas atividades e profissões era a de ser um dos requisitos para o progresso da Nação (BRASIL, 2003 b).

Durante a vigência do regime militar, sob a presidência de Emílio Garrastazu Médici, novas reformas foram efetuadas no ensino fundamental e médio. Em 1971 foram fixadas as Diretrizes e Bases do Ensino de primeiro e segundo graus (Lei nº 5.692/71), cuja principal modificação consistiu na formação profissionalizante compulsória. De acordo com a referida lei, a carga horária do currículo definiria as possíveis habilitações de segundo grau, assim, poderiam formar técnicos, ou seja, profissionais com habilitação plena ou auxiliares com habilitação parcial. Com isso os cursos técnicos obtiveram um crescimento acentuado, sendo justificado pelo governo como necessidades inerentes ao processo de industrialização no Brasil, bem como a própria carência do mercado por profissionais de nível técnico. Entretanto, alguns críticos ressaltam que esta foi uma decisão decorrente da pressão de estudantes por mais vagas no ensino superior e, naquele momento, as autoridades acreditavam que a construção destes cursos poderia conter essa pressão e, assim, eximir o governo de investir nas instituições superiores (STUTZ, 1998; MANGUEIRA, 2007).

Segundo STUTZ (1998), essa lei reduziu o ensino de segundo grau a uma simples formação para o mercado de trabalho numa perspectiva de disciplinar os futuros profissionais, o que refletia uma política autoritária correspondente ao momento. Pereira e Ramos (2006, p.33) argumentam que “[...] o modelo de formação de

homem adotado era 'técnico', neutro, 'pragmático', voltado para o mercado, mero suporte para a 'modernização' do capitalismo". Assim, a LDB de 1971 não cumpriu a sua dupla função, a de formar mão de obra qualificada para o mercado e diminuir a pressão da classe média sobre o ensino de terceiro grau, dado que a parcela dos jovens que tinham acesso ao segundo grau continuou sendo jovens da "elite", os quais tradicionalmente não se interessavam por profissões técnicas (STUTZ, 1998). Essa situação foi atenuada em 1982, por meio da Lei Federal 7.044/82 ao tornar facultativa a profissionalização no segundo grau (CAVERNI, 2005).

Como foi discutido, no item anterior, o ensino técnico profissionalizante foi objeto de novas e profundas mudanças em 1996, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB (Lei n.º 9, 394/96) e do Decreto Federal n.º 2.208/97. Essa reforma incorporou a proposta de modernização do ensino profissionalizante no país, atenta as exigências de flexibilidade, qualidade e produtividade demandada pelas mudanças no mundo do trabalho que caracterizou as últimas décadas do século 20. A partir dessa nova legislação, a Educação Profissional passa a ser concebida como sendo de caráter complementar, e tem por objetivos qualificar, reprofissionalizar e atualizar jovens e adultos trabalhadores, com qualquer nível de escolaridade, visando à inserção e melhor desempenho no exercício do trabalho. Dessa vez, compreendendo três níveis de ensino: o básico, o técnico e o tecnológico (BRASIL, 1997).

Analisando a nova legislação, Moraes (2003) destaca que o ensino básico caracteriza-se por uma educação não-formal e que não está sujeita à regulamentação curricular. Já o ensino técnico confere habilitação profissional aos alunos matriculados ou egressos do ensino médio. Neste nível a educação profissional possui organização curricular própria e separada do ensino médio, podendo ser ministrada de forma concomitante ou seqüencial a este, e ainda as disciplinas que compõem os currículos podem ser congregadas numa estrutura modular. Por sua vez, o nível tecnológico está sujeito à regulamentação própria da educação superior e diz respeito aos cursos de nível superior na área tecnológica, destinados aos egressos do ensino médio e técnico. Para isso deve ser estruturado a fim de atender aos diversos setores da economia.

No período de transição entre os governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)

e Luiz Inácio da Silva-Lula (2003-2010), foram retomadas as discussões em torno da relação entre o ensino médio e a educação profissional. Desse modo, em 2004, por meio do Decreto n. 5.154/2004, foi assinalada a possibilidade de integração entre o Ensino Médio e o Ensino Profissionalizante. Porém, foram mantidas as outras duas possibilidades de articulação previstas no Decreto n. 2.208/1997 que são as formas subsequente e concomitante. No caso do curso técnico de nível médio subsequente, este é destinado a quem já concluiu o ensino médio e é justificado pelo fato da existência de muitos jovens e adultos que ao concluir o ensino médio não vão para o ensino superior e também não possuem condições de inserção em atividades complexas, entre as ocupações de nível médio (MOURA 2010).

Isso decorre segundo o autor, da incapacidade do Estado de garantir educação básica de qualidade para todos, então estes cursos possibilitam a melhoria das condições de inserção social, política, cultural e econômica da população. No caso da forma concomitante, destinada a quem está cursando o ensino médio, mas com matrícula independente desse, oferece a possibilidade de cursar ambas as modalidades, o que na prática representa a permanência dos princípios do Decreto n. 2.208/1997, mesmo após a sua revogação, o que em termos práticos significa a manutenção da dualidade estrutural entre ensino médio e profissional.

A possibilidade de integração entre o ensino médio e a educação profissional, proposta no Decreto n. 5.154/2004, para Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005a) se justifica pela elevada desigualdade socioeconômica que obriga grande parte dos filhos das classes populares a buscar, bem antes dos 18 anos de idade, a inserção no mundo do trabalho, visando complementar a renda familiar. Entretanto, essa seria uma solução transitória, uma vez que o objetivo final seria o de possibilitar a todos o direito a escolha em condições de igualdade. Além disso, esses autores observam que a integração proposta legalmente, no campo da prática, não vem se consolidando, dado que frente à possibilidade de integração garantida pelo Decreto n. 5.154/2004 a Secretaria de Educação Média e Tecnológica (SEMTEC) foi dividida em Secretaria da Educação Básica (SEB) e a Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC). Sobre esse aspecto, Moura (2010) afirma que: enquanto no plano legal e na produção teórica se avança para a integração, no campo prático da ação a estrutura vem apontando para a separação entre Educação Básica e Profissional.

Concluindo essa breve (re) visitação à história da educação profissional brasileira, pudemos ver o quanto à mesma foi marcada por tensões entre diferentes representações sociais e concepções acerca do papel do ensino, ao mesmo tempo em que assumiu diferentes funções frente aos novos contextos que se instituíram no país. Também observamos que algumas promessas de transformações no campo da educação não passaram do plano de reprodução do que já estava instituído, não ocorrendo de fato mudanças concretas.

A realização desse resgate histórico sobre a formação profissional evidenciou a dualidade de uma construção educacional ora voltada para interesses do mercado, ora preocupada com o processo formador em si. Por meio das leis que foram instituídas, pudemos começar a compreender a formação profissionalizante do técnico de enfermagem, que além de ser parte deste contexto educacional, é também instituído no contexto da construção da própria história da enfermagem, ela também cheia de dualidades e contradições, como veremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS DA FORMAÇÃO E DO EXERCÍCIO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

3.1 BREVE HISTÓRICO DA FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão ligada à ciência e a arte no cuidado do ser humano, a fim de promover, manter e restaurar a saúde. O cuidar existe desde o surgimento da vida e a sua prática passou por várias alterações ao longo da história, vinculadas as próprias concepções de saúde e doença (RODRIGUES, 2001).

Na Sociedade Primitiva, estes cuidados eram exercidos por mulheres, na Idade Média passaram a ser associados à caridade praticados por religiosas que tinham o objetivo de agradar a Deus e alcançar a remissão dos pecados. No período do Renascimento, as ordens religiosas foram dissolvidas, e o cuidado aos doentes passou a ser uma atividade indesejável, realizado por prisioneiras e prostitutas (BARATA et. al., 2011). Na enfermagem, esses períodos corresponderam à fase conhecida como pré-profissional, em que a prática do cuidado oscilava entre o sagrado e o profano, bem como, estava desvinculado do conhecimento científico (RODRIGUES, 2001; BARATA et. al., 2011; OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011). Nesse contexto, o aprendizado desse ofício era prático, realizado em orfanatos, residências e hospitais, num tipo de relação mestre-aprendiz, por meio de um comportamento copiativo, sem preocupações com o conhecimento teórico (ALMEIDA; ROCHA, 1997; PEREIRA; RAMOS, 2006).

A Enfermagem Moderna como uma atividade profissional institucionalizada, nasceu no final do século XIX, na Inglaterra, tendo como fundadora e precursora Florence Nightingale. Com a institucionalização ocorreu uma divisão técnica do trabalho em enfermagem, estabelecida entre as pessoas que podiam pagar pelo ensino, denominadas de “ladies”, responsáveis pelo planejamento, e as “nurses”, alunas da

camada popular, que tinham gratuidade do ensino, e eram responsáveis pela execução das prescrições das “ladies” (PEREIRA; RAMOS, 2006).

No Brasil a organização da Enfermagem iniciou-se no período colonial. Porém, essa atividade era realizada como uma prestação de cuidados aos doentes nos domicílios, sendo realizada majoritariamente pelos escravos supostamente treinados pelos padres jesuítas. Com a fundação das Casas de Misericórdia tem-se de fato, o início do processo de institucionalização da enfermagem brasileira (STUTZ, 2010).

Os primeiros registros sobre a formação de profissionais da enfermagem no Brasil datam de 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, na cidade do Rio de Janeiro, pelo decreto nº 791. Esta medida foi tomada pelo Chefe do Governo Provisório da República, Marechal Deodoro da Fonseca, com vistas a formar recursos humanos para atuar em hospícios e hospitais civis e militares. Atualmente é a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (LIMA, 2005; STUTZ, 2010).

Posteriormente, várias iniciativas de criação de escolas e cursos de enfermagem, no País, foram sendo realizadas. Entre elas cabe ressaltar uma das experiências marcantes na formação do campo da enfermagem que foi a criação da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, cujo Órgão Central foi estabelecido no Rio de Janeiro, em 1916. No entanto, a formação de profissionais nos moldes Nightingaliano, só se efetuará a partir da década de 1920, por meio da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, logo no início da Reforma Sanitária liderada por Carlos Chagas (FREIRE, AMORIM, 2008).

Em seguida a referida escola foi denominada “Escola de Enfermagem Anna Nery”, atualmente pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Este presta homenagem à participação de Anna Nery, na Guerra do Paraguai, que por seus feitos foi reconhecida pela Cruz Vermelha como Pioneira da Enfermagem no Brasil. A escola, nessa época, também, contou com o apoio da Fundação Rockefeller, que trouxe ao Brasil enfermeiras norte-americanas, para prestarem serviços no departamento de enfermagem sob os comandos da Enfermeira Ethel Parsons e Clara Louise Kienninver que assumiram a direção e o ensino da Escola de Enfermagem (LIMA, 2005; STUTZ, 2010). Em meados da década de 1920, com

as grandes endemias e epidemias que assolavam o país, as enfermeiras perceberam a necessidade de treinar o pessoal para auxiliá-las, cuja resultante foi o surgimento informal da profissão auxiliar de enfermagem (BARTMANN, acesso em 12 de dez. 2010).

Nesse mesmo período, o governo brasileiro por meio do decreto 17.268/25 institucionalizou o ensino de enfermagem, e designou como diretora da escola Anna Nery, a enfermeira Raquel Haddock Lobo, egressa da primeira turma da própria escola. Entretanto, só em 1931, por meio do Decreto 20.109/31 a legislação brasileira passou a regulamentar a prática da Enfermagem no Brasil, e fixou as condições para a equiparação das escolas existentes à Escola Anna Nery. Com isso a Escola Anna Nery passou a condição de escola padrão oficial do ensino de enfermagem, porém não se fez referências à enfermagem de nível médio ou elementar (PAVA; NEVES, 2011).

A criação formal, do primeiro curso de auxiliar de enfermagem ocorreu na Escola de Enfermagem Ana Neri, em 1941, liderada pela enfermeira Laís Netto dos Reis, antes mesmo da regulação da formação da enfermagem. Mais tarde, o Decreto nº 10.472/42, criou o curso de enfermeiros-auxiliares na Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto, cujo ensino já enfocava o aprendizado das técnicas de enfermagem. Somente, em 1949, foram reconhecidos o curso de enfermagem e o curso de auxiliar de enfermagem. Por meio da Lei nº. 775, de 6 de agosto de 1949, o ensino de enfermagem foi regulamentado, e a exigência de equiparação das novas escolas à escola padrão, deixou de ser exigida. Com isso as diretrizes do curso de enfermagem ficaram a cargo da Diretoria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Saúde (DANTAS; AGUILAR, 1999).

De acordo com essa Lei o curso de enfermeiro teria a duração de trinta e seis meses e o de auxiliar a duração de dezoito meses. Em relação ao curso de auxiliar de enfermagem, a Lei previa a participação de homens e mulheres para auxiliar o enfermeiro nas atividades curativas. Posteriormente, o Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949, aprovou as bases para os dois cursos, ficando descrito que o ensino para auxiliar de enfermagem era destinado ao adestramento de pessoal a fim de auxiliar o enfermeiro, sendo que o conteúdo deste curso estava vinculado às práticas curativas e hospitalares (DANTAS; AGUILAR, 1999).

Ainda nesta década, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), resultante de acordo firmado entre Estados Unidos e Brasil para melhoria das condições sanitárias do país, condição essencial para a manutenção da força de trabalho dos brasileiros. Dentre as diversas atividades do SESP encontravam-se as estratégias de qualificação dos trabalhadores da saúde tais como: concessão de bolsas de estudo para médicos e enfermeiros fazerem cursos de atualização no exterior, principalmente nos Estados Unidos. Recrutamento de jovens em suas áreas de atuação para encaminhá-las às escolas de enfermagem brasileiras, com a garantia do subsídio de bolsa de estudos para as mesmas. Com o aumento no quantitativo de enfermeiras diplomadas, essas passaram a contribuir com a formação do pessoal auxiliar do campo da saúde, dentre eles os auxiliares de enfermagem (RENOVATO; BAGNATO, 2008).

Nas décadas seguintes, os estudos pontuavam que persistia a defasagem em termos quantitativos dos profissionais de saúde. Desse modo, o levantamento dos recursos e necessidades de enfermagem no Brasil, realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), para o período entre 1956 e 1958, revelou que:

[...] o déficit numérico era de cerca de 4.500 enfermeiros e 74.500 membros auxiliares. O pessoal que trabalhava em enfermagem nos hospitais brasileiros estava assim constituído: 7,5 % enfermeiros, 12,7% práticos de enfermagem, 5,4% auxiliares de enfermagem, 2,4% parteiras e enfermeiras obstétricas, 1,2% parteiras práticas e 70,8% atendentes de enfermagem. A média anual de diplomação total das escolas brasileiras era de 319 enfermeiros, portanto, muito aquém da necessidade estimada, além de demonstrar pequena procura pela profissão (CAVERNI, 2005 p. 67).

Na década de 1960, com a evolução do complexo-médico industrial, após a abertura do país ao capital estrangeiro, resultou em aumento do consumo de bens e de serviços de saúde, com isso, ficou mais evidente a carência de recursos humanos na área da enfermagem. Frente a este quadro a Lei 4.024 de 13 de dezembro de 1961, instituiu três níveis de formação: primário, médio e superior, para dar resposta às necessidades de mercado da época (CAVERNI, 2005). Desse modo, em 1966, a Câmara de Ensino Primário e Médio do Conselho Federal de Educação, por meio do Parecer 171, autorizou o funcionamento do primeiro curso técnico de Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery. Nesse mesmo ano o Parecer 224 autorizou o segundo curso técnico na Escola de Enfermagem Luiza de Marillac, no Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que trazia como orientação, que esta deveria buscar

subsídios na primeira para a formulação do curso. Dessa forma ficou estabelecida uma nova modalidade de ensino, o técnico de enfermagem (CAVERNI, 2005).

Inicialmente existiram algumas divergências por parte dos enfermeiros em relação à criação do curso técnico em enfermagem, em função das incertezas e do medo de que os profissionais técnicos ocupassem o campo antes ocupado pelos profissionais de nível superior, além do mais, a enfermagem já comportava atendentes, auxiliares, enfermeiras e parteiras. Mesmo assim, a nova profissão foi constituída e definida para os seus profissionais as seguintes incumbências: atividades de orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e a participação na assistência de enfermagem (PEREIRA; RAMOS, 2006; ABEn, 1987 *apud* DANTAS; AGUILAR, 1999).

Enquanto isso, no período de 1963 a 1973, foi desenvolvido o Programa para a Formação de Auxiliares de Enfermagem para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Este foi implementado pelo Ministério da Saúde (MS) em convênio com o Ministério da Educação, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI), o atual Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Entretanto, frente à problemática da qualificação para os profissionais do então nível médio, o pessoal qualificado não foi suficiente para a composição da força de trabalho em enfermagem, uma vez que ao final da década de 1970 o contingente de trabalhadores sem qualificação formal representava 70% dos empregados no setor saúde (ALMEIDA, 2000; BASSINELLO, 2002).

A partir da década de 1980 começou a se destacar o desenvolvimento do Projeto Larga Escala, que tinha por objetivo a formação integral dos atendentes de enfermagem, já engajados no trabalho do setor saúde. Fundamentando-se na flexibilidade de ação, na formação em serviço e no reconhecimento oficial da habilitação profissional pelo sistema de educação nacional, era um método de ensino aprendizagem de formação profissional comprometido com a inclusão daqueles que foram excluídos do acesso ao ensino formal (CASTRO, 2002). Sobre o Projeto Larga Escala, a enfermeira Izabel dos Santos, em entrevista argumenta que:

O Projeto Larga Escala, no sentido estrito da palavra, nunca existiu. Ele era uma idéia, não tinha dinheiro, não tinha meta, era uma idéia. Eu tinha muito claro todos os seus componentes de como eles deveriam ser. Mas a rigor, não se poderia chamá-lo de projeto, pois não se tinha prazo, você podia seguir o ritmo dos acontecimentos. Dessa forma, eu não posso chamá-lo de projeto, como o PROFAE, por exemplo, que tem um prazo de quatro anos e tem um financiamento externo. O Larga Escala não tinha dinheiro algum, as coisas conseguidas foram na conversa (CASTRO, 2002, p. 68).

Para Almeida (2000), mesmo desprovido de financiamento o Larga Escala assumiu grande importância frente à problemática da desqualificação da mão de obra dos servidores do nível médio da saúde, sendo implantado em São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Piauí, Goiás, Pernambuco e Maranhão. Na região da Grande Vitória - Espírito Santo, por exemplo, no período que coincide com a vigência do Larga Escala — década de 1980 — constava um déficit de aproximadamente 2.500 auxiliares de enfermagem para atender as demandas assistenciais referentes à expansão dos leitos hospitalares daquela época, situação que era similar a de outras cidades brasileiras (LIMA, 2001).

Um levantamento realizado pelo Núcleo de Recursos Humanos da ENSP/FIOCRUZ, em 1984, mostrou o crescimento do contingente de auxiliares e técnicos de enfermagem e uma desaceleração no número de atendentes, mas mesmo assim estes continuavam representativos, pois significavam (29,9%) dos trabalhadores nos serviços de saúde (VIEIRA, 1990). Esses dados reforçaram a importância do Larga Escala, que somado as alterações nas políticas de saúde, geraram movimentos de lutas por melhoria na formação dos trabalhadores da saúde, resultando então na criação das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e Centros Formadores de Recursos Humanos (CEFOR- RH), ambos criados para fortalecer a formação do pessoal de nível médio, com atuação na área da saúde. Essas escolas e centros formadores buscavam a contextualização regional do currículo, baseado num modelo pedagógico de ação ensino e serviço articulando Trabalho, Ciência-Cultura, utilizando as próprias unidades de saúde como espaços de aprendizagem, contando com os profissionais devidamente capacitados para atuarem como instrutores (PEREIRA, RAMOS, 2006).

Decorridos vinte anos após a criação do curso técnico de enfermagem, em 1986, a profissão foi regulamentada por meio da Lei nº 7.498/86. Esta Lei restringiu o exercício ao profissional legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de

Enfermagem na área de sua jurisdição, e concedeu um prazo de até dez anos para que os trabalhadores em situação irregular ao estabelecido pela Lei (atendentes de enfermagem) pudessem se submeter ao processo de formação. Essa regulamentação acabou gerando conflitos, pois confrontou com as condições sociais e culturais desses trabalhadores e ao mesmo tempo com os interesses dos empregadores, principalmente nos serviços privados das áreas da saúde (ABEn, 1987 *apud* DANTAS; AGUILAR, 1999). Nesse momento, ficou em evidência o quanto a área da enfermagem estava carente de profissionais qualificados.

Na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), realizada em 1986, foi discutido que o setor educacional, historicamente, não vinha respondendo às necessidades de profissionalização para o setor saúde, tanto em função da pequena oferta de vagas, quanto pela inadequação curricular à realidade dos serviços, o que incluía os profissionais de nível médio. Havia assim, a necessidade de qualificar a mão de obra existente, representada pelos profissionais de saúde, e aumentar o quantitativo destes profissionais, de forma a atender as necessidades de saúde da população (DANTAS; AGUILAR, 1999).

Considerando o diagnóstico da I CNRHS e tendo como referência a idéia do Larga Escala, no ano de 1999, o Ministério da Saúde apresentou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Este buscou o desenvolvimento da educação profissional direcionada à formação de auxiliares e técnicos de enfermagem baseados na oferta de cursos no nível fundamental e médio aos trabalhadores previamente cadastrados no projeto, proporcionando assim a integração dos mesmos nos cursos de formação profissional; oferta de cursos de formação profissional no nível de qualificação profissional (auxiliar de enfermagem) e de complementação de qualificação profissional (técnico de enfermagem); oferta de curso de especialização *lato-sensu* de formação pedagógica para o ensino profissional na área da saúde para capacitar os enfermeiros a atuarem nos cursos de formação profissional (FERREIRA et al.,2007). Em 2000, este projeto foi posto em execução em todo o território nacional, e para isso, contou com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (BRASIL, 2009).

A capacitação de recursos humanos por meio do PROFAE incorporou e difundiu a pedagogia das competências⁶ na educação profissional, por meio do Sistema de Certificação de Competências do PROFAE (SCC/PROFAE). Este projeto passou a ser um novo referencial na formação dos trabalhadores de saúde, com vistas a aferir a qualidade dos cursos (PEREIRA, RAMOS, 2006). Entretanto, a noção de competências, recebeu diversas críticas por estar altamente relacionada à lógica de mercado comprometida com o saber-fazer e com o direcionamento das capacidades intelectuais dos trabalhadores para a produção. Essa pedagogia restringe a dimensão político e social da educação, conformando o ensino a uma pedagogia de ordem econômica essencialmente capitalista (NASCIMENTO; ARAUJO, 2010).

A nova regulamentação educacional em que as escolas profissionalizantes e também o PROFAE estão sujeitos, divide a educação profissional em três fases: básico, técnico e tecnológico. O básico é considerado uma modalidade não formal de ensino, o técnico confere a habilitação profissional aos egressos do ensino médio e o tecnológico é regulamentado nos moldes da educação superior (MORAES, 2003, FERRETTI, 1997).

Paralelo a este contexto, com a expansão numérica das escolas e centros formadores do SUS tornou-se essencial buscar uma articulação entre os estabelecimentos de ensino. Dessa forma, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, instituiu a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) (PEREIRA, RAMOS, 2006).

Considerando as mudanças, em curso, no sentido de intensificar o processo de qualificação dos servidores da saúde, entre os trabalhadores não qualificados emergiu o temor de que, a não submissão ao processo de ensino, resultaria na eliminação do mercado de trabalho, tal como ocorreu com os atendentes de enfermagem. Esse receio tinha respaldo na Resolução 276/2003, que estabelecia a modalidade de inscrição provisória, para os auxiliares de enfermagem, e definia um prazo limite de até cinco anos para apresentação do certificado do curso técnico de enfermagem. Por sua vez o curso de auxiliar passou a corresponder a uma parte do

⁶ A discussão sobre o modelo das competências foi abordada, brevemente, no Capítulo 01, dessa dissertação.

itinerário do Curso de Educação Profissional do Técnico de Enfermagem (LIMA, 2005).

Estes fatores, além de pressionar os trabalhadores do campo da enfermagem a buscar maior qualificação, estimularam os auxiliares de enfermagem também a buscar complementação do curso, por meio do PROFAE ou por meio das instituições privadas de ensino. Pelos registros do COREN-ES (Quadro 1) é possível verificar o aumento no quantitativo de inscrições anuais de técnico de enfermagem, acompanhado por uma redução no número de auxiliares de enfermagem.

ANOS	Técnicos de Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem
2000	1.237	822
2001	2.295	1.923
2002	2.039	1.252
2003	1.614	608
2004	1.771	654
2005	1.664	684
2006	2.377	796
2007	1.700	558
2008	1.940	695
2009	2.831	503
2010	2.016	99

QUADRO 1 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, POR CATEGORIA, INSCRITOS ANUALMENTE NO COREN-ES

Fonte: COREN-ES (2011), elaborado para este estudo.

Por meio da Resolução COFEN nº 314/2007 ficou revogada a resolução que limitava a inscrição do auxiliar de enfermagem, dessa forma, deixou de existir o requisito da obrigatoriedade da complementação para o curso técnico. Entretanto, como pode ser visto por meio do quadro anterior, a procura por cursos do nível auxiliar diminuiu, ao passo que a do técnico de enfermagem vem aumentando.

O auge da formação dos auxiliares de enfermagem esteve relacionado ao processo de profissionalização dos trabalhadores já inseridos no campo da saúde, marginalizados do processo de educação regular. A formação do técnico de

enfermagem, embora tenha sido implementada pelo setor saúde, recebeu por meio do ensino regular, um grande contingente de jovens oriundos da escola regular, que buscava iniciar seu processo de profissionalização antes de integrar-se à força de trabalho. Todavia, sobre essas escolas de ensino técnico profissionalizante, em geral ligadas a iniciativa privada, são poucos os estudos que as tomam como objeto, o que resulta em desconhecimento da qualidade da infra-estrutura educacional das mesmas (LIMA, 2007a).

Vale frisar que para a organização dos cursos técnicos profissionalizantes, o Ministério da Educação e do Desporto, baseado no Conselho Nacional de Educação (CNE), estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), as quais definem conteúdos mínimos, carga horária mínima do curso, habilidades e competências básicas, por área profissional. Alguns autores fazem o alerta no sentido de que essa normatização não se restrinja a uma miniatura de currículos de nível superior, como no caso da enfermagem, mas que legitimem as habilitações específicas da área da saúde, correspondendo ao perfil do novo profissional para o SUS (SOUZA, 1997; LIMA, 2005).

Concluindo essa breve revisão sobre aspectos do processo de constituição histórica da formação do técnico de enfermagem, evidenciamos os desafios que permearam a trajetória em busca por formação profissional do pessoal de nível médio na área de enfermagem. Esse desafio na atualidade esbarra não mais apenas na quantidade dessas instituições formadoras e profissionais disponíveis para o exercício da enfermagem, mas, sobretudo na qualidade das instituições formadoras em termos dos conteúdos que formam estes profissionais. A questão, ou melhor, o desafio, que se coloca no presente, considerando o modelo de competências que perpassa as diretrizes para o ensino técnico, de um lado, e o padrão técnico organizativo do SUS, de outro, em que medida os conteúdos disciplinares e práticas da profissão, inclui o trabalho em equipe em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional.

3.2 TRABALHO EM EQUIPE DESAFIO DE (RE) INTEGRAR O TÉCNICO DE ENFERMAGEM

O frescobol se parece muito com o tênis: dois jogadores, duas raquetes e uma bola. Só que, para o jogo ser bom, é preciso que nenhum dos dois perca [...]. Não existe adversário porque não há ninguém a ser derrotado. Aqui ou os dois ganham ou ninguém ganha. E ninguém fica feliz quando o outro erra - pois o que se deseja é que ninguém erre.

Rubem Alves (2002,p.29 São Paulo)

A partir da comparação de Rubem Alves entre o jogo de tênis e o frescobol, no texto em epígrafe, pode-se fazer uma alusão ao trabalho em equipe, este pode assemelhar-se a um ou ao outro conforme a postura adotada pelos seus integrantes. A origem da terminologia 'equipe' está relacionada à palavra francesa "esquif" que designava uma fila de barcos amarrados uns aos outros sendo puxados por homens e cavalos. Dessa imagem ficou a idéia do trabalho em equipe. Esse consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas dos mais variados profissionais e as interações dos mesmos, que promovem por meio da comunicação a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais (PEDUZZI, 1998; 2007).

Entre as diversas conceituações sobre o trabalho em equipe Piancastelli, Faria e Silveira (2000 p.46) estabelecem a seguinte definição: "conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido". Peduzzi (1998) corrobora essa noção, afirmando que equipe etimologicamente está associada à realização de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos que têm um objetivo comum a alcançar.

No campo da saúde o trabalho em equipe consistiria, segundo Peduzzi (1998), numa modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado por meio do qual os profissionais de saúde usualmente executam seu ofício no cotidiano dos serviços. Significa dizer que eles não seguem a perspectiva da integralidade, interdisciplinaridade, gestão participativa e comunicativa, conforme

apregoado pelo SUS. Peduzzi chama atenção, ainda, para o fato de que a idéia do trabalho em equipe, na área da saúde, foi introduzida a partir da noção de integração apregoadada pelo movimento da medicina preventiva e medicina comunitária nas décadas de 1950 e 1960. Esta incorporação decorreu da ampliação do objeto de trabalho em saúde a partir das mudanças na abordagem da saúde e da doença, associados à necessidade de racionalizar o custo da atenção a saúde (PEDUZZI, 2007).

As publicações sobre o trabalho em equipe na saúde, em geral, referem-se ao conjunto de trabalhadores de um mesmo estabelecimento, os quais são assim referidos apenas por trabalharem juntos, mesmo que na perspectiva de um trabalho compartimentalizado. Como exemplo, podemos mencionar a equipe de enfermagem, composta pelo auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro. Estes podem desenvolver as suas atividades de forma fragmentada e desarticulada, mas também podem seguir o caminho de um atendimento integral, com articulação dos saberes e das disciplinas (FORTUNA et al., 2005; ABREU et al., 2005).

Essas possibilidades (re) produzidas no cotidiano dos trabalhadores da saúde podem ser descritas como dois tipos de equipe, a do tipo agrupamento e a do tipo integração. Os parâmetros observados na primeira incluem comunicação externa ao trabalho, comunicação estritamente pessoal e autonomia técnica plena. Ao passo que na segunda observa-se a comunicação intrínseca ao trabalho, projeto comum, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, argüição da desigualdade de trabalhos especializados, autonomia técnica de caráter interdependente e flexibilidade da divisão do trabalho. Peduzzi, no entanto, observou em seu estudo, a predominância de equipes fragmentadas, com características que se aproximam das do tipo agrupamento (PEDUZZI, 1998, 2001).

A fragmentação das equipes de saúde e de seus processos de trabalho pode ter origem dentro do próprio microcosmo de algumas profissões. No caso da enfermagem a fragmentação configura-se ao constituir uma equipe formada pelo enfermeiro e pelos profissionais técnicos e auxiliares, organizados numa divisão de trabalho funcional em que a enfermeira compete predominantemente à administração e o relacionamento com os demais agentes institucionais, enquanto

que aos técnicos e auxiliares de enfermagem compete a execução das tarefas de acordo com suas funções na equipe. Desse modo, o padrão técnico organizativo no qual predomina a modalidade funcional, a divisão do trabalho consiste na “designação de agentes para tarefas específicas, não necessariamente relacionadas entre si, com uma hierarquização segundo a complexidade técnica e a qualificação requerida” (LIMA, 2001, p.147). Há o trabalho em equipe que, baseia-se no princípio do agrupamento de pessoas/profissionais, tendo a enfermeira na coordenação, atuando de modo a prover os cuidados de enfermagem aos pacientes, planejar, direcionar o cuidado e distribuir as tarefas entre os membros da equipe, bem como prestar os cuidados de maior complexidade. Além dessas modalidades, existe ainda a enfermagem primária que configura a assistência diária ao paciente. Em suma, o trabalho em enfermagem vem se (re) produzindo, nesta perspectiva de ações hierarquizadas, o que dificulta a integração dos seus componentes (LIMA, 2001).

Para mudar esse padrão técnico organizativo rumo à construção de um pensar/viver a integralidade no trabalho em equipe torna-se fundamental um direcionamento que implique numa ruptura de valores tradicionais historicamente demarcados no campo da saúde, tais como: hierarquia, distribuição de categorias profissionais, compartimentalização de saber/fazer (BONALDI et al., 2010). No que tange a ruptura das hierarquias, esses autores não advogam pela ruptura total e equiparação dos diferentes saberes, mas sim, pela desfragmentação e integração dos processos em equipe. Afinal, nenhuma profissão é capaz de dar conta de todos os problemas envolvidos no processo de saúde e doença.

Segundo Peduzzi (1998), a enfermagem enquanto integrante da equipe de saúde vem operando mediações entre as ações, os agentes e os usuários, configurando uma rede de apoio para o conjunto dos trabalhos especializados, portanto, vem ocupando cada vez mais espaço nesta equipe. O técnico de enfermagem como integrante da equipe de enfermagem e de saúde, precisa saber qual é o seu real papel enquanto sujeito social, mediador dos processos de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, para que de fato, desempenhe o seu trabalho de forma integrada aos processos de trabalho junto aos demais profissionais que compõem a equipe de saúde (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Conhecer a potencialidade de sua profissão enquanto técnico de enfermagem, membro da equipe de saúde, torna-se de extrema importância para a atuação desses profissionais nos serviços de saúde e no cuidado ao usuário. Isto porque no novo modelo assistencial proposto pelo SUS, serviços e profissionais precisam buscar novas formas de relações, tecnologias e cuidado. Sobre este aspecto as palavras de Guattari citado por Franco, são esclarecedoras:

A mudança dos serviços de saúde requer a construção de sujeitos individuais e coletivos, incorporados de valores que reconheçam direitos de cidadania em relação à assistência à saúde, sobretudo, que assumam novo comportamento em relação ao trabalho em equipe e às relações com os usuários. A mudança das práticas assistenciais, território por excelência das tecnologias de trabalho requer intensos “processos de subjetivações solidárias”, que disputam com os “processos de subjetivações capitalísticas” atuais (GUATTARI, apud FRANCO, 2003, p. 187).

Desse prisma, Zerbetto e Pereira, (2005) argumentam que os técnicos em enfermagem precisam também aprender a trabalhar na perspectiva de equipe multiprofissional e interdisciplinar, embora ainda situam-se em um modelo de transição do tecnicista e de relação de poder, para um modelo que busca satisfazer as necessidades dos usuários sem se limitar aos procedimentos técnicos. As autoras afirmam ainda que os profissionais do nível médio de enfermagem precisam libertar-se do pensamento cativo da subalternidade, onde o saber está depositado no fazer dos profissionais de nível de formação superior (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Por outro lado, a formação do técnico de enfermagem não diferindo das demais categorias profissionais, também defronta com a questão do preparo desses profissionais para a articulação de competências e atribuições conjuntas no processo de cuidado compartilhado. Assim, apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o ensino técnico da área da saúde estabelecer que no processo formador desses técnicos seja contemplado o trabalho em equipe, na prática o que se verifica é que há uma grande lacuna em relação a este aspecto.

O desafio posto ao trabalho em equipe, numa perspectiva de integração, é perpassado por questões relativas à disputa de poder e as formas naturalizadas de pensar os coletivos de trabalho (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2010). Por isso, argumentando sobre a importância do trabalho em equipe na saúde, Franco (2006, p. 4), assim se expressa:

Eventualmente, um ou outro profissional pode imaginariamente pensar que seu saber e fazer se sobrepõe aos dos outros trabalhadores da saúde, cultura essa construída pela tradição das corporações e sua forma amesquinhada de ver o mundo da produção da saúde. Mas essas impressões ilusórias sobre o trabalho em saúde não resistem a um pequeno exercício de observação no espaço da micropolítica, onde é fácil verificar que ali se processa uma rede de relações, auto-referenciada nos próprios trabalhadores, que entre si vão definindo os atos necessários à produção do cuidado, a cada usuário que chega em movimentos que se repetem no dia-a-dia dos serviços de saúde. Dessa rede não estão excluídos nem mesmo os trabalhadores das áreas de “apoio” como, por exemplo, da higienização, onde todos sem exceção são “dependentes” do trabalho que é executado com o fim de manter uma unidade de saúde em condições de biossegurança adequadas.

Por outro lado, a divisão técnica do trabalho introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhos parcelares derivam. Mas também, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados referentes a uma mesma área de produção. Desse modo, o trabalho em equipe é tido como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo de especialização caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea (PAVONI; MEDEIROS, 2009)

De acordo com Pavoni; Medeiros, três concepções distintas sobre trabalho em equipe podem ser destacadas na literatura pertinente, cujos focos em termos de objetivos recaem: nos resultados, nas relações e na interdisciplinaridade. Na lógica dos resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Já com o foco nas relações, utilizam-se os conceitos de uma das vertentes da psicologia como referência, analisando as equipes com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. E na perspectiva da interdisciplinaridade, situam-se os trabalhos que trazem à discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho em saúde. Destaca ainda as autoras que diante da diversidade de conceitos sobre trabalho em equipe, estes podem ser agrupados em duas visões, nos seguintes termos:

[...] a idéia de equipe perpassa duas concepções diferentes: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira é caracterizada pela fragmentação das ações, e a segunda pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações em saúde e a necessidade atual de recomposição dos saberes e trabalhos

especializados. Em ambas se fazem presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos. (PAVONI; MEDEIROS, 2009, p.266)

A perspectiva de integração de trabalhos em equipes no campo da saúde foi introduzida a partir da mudança de paradigma do sistema de saúde, com a criação do SUS. Mas foi, sobretudo, com proposta de atuação por meio da Estratégia de Saúde da Família, que o Ministério da Saúde definiu diretrizes para organizar o trabalho em equipes multiprofissional e interdisciplinar integradas.

3.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E TRABALHO EM EQUIPE

Para o Ministério da Saúde, uma Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser incorporados à esta equipe mínima o cirurgião dentista e o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), que constituem uma Equipe de Saúde Bucal. Como atribuições comuns a todos os profissionais o Ministério estabelece nos seguintes termos: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Importante destacar que, além das atribuições comuns, cada profissional tem suas atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica. Ademais, o processo de trabalho das ESF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e

avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho (Idem).

Verifica-se, portanto, que nas ESF o trabalho em equipe é caracterizado por um trabalho coletivo, desenvolvido por diferentes profissionais, dentre eles os de nível médio e fundamental. As competências de cada membro da equipe de uma ESF estão descritas na Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Em relação ao trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem a referida portaria estabelece nos seguintes termos as atividades desse profissional:

I - 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.);

II - Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006, p 28).

As características do processo de trabalho da saúde da família conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde demonstram claramente o quanto às atividades que compõem o universo de atuação da ESF foram expandidas, assim como a valorização que é dada para o processo de trabalho em equipe. Senão vejamos o que diz a Política Nacional de Atenção Básica:

I - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;

IV - Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a

promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho. (BRASIL, 2006, p. 28, grifo nosso).

No cotidiano das ações de implementação das atividades, o processo de trabalho possui objeto, instrumentos e agentes como seus elementos constituintes. O agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como dentro do processo de divisão do trabalho. Através da realização de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto, resultante daquele trabalho específico. A lógica da divisão técnica do trabalho induz ao fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário constituído por outros trabalhos parcelares, ao mesmo tempo em que compartilha os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados de uma mesma área (PAVONI; MEDEIROS, 2009). Por isso o trabalho em equipe comparece como proposta para fazer face ao processo de especialização e fragmentação das atividades de um mesmo processo de trabalho.

Entretanto, um dos grandes desafios para a integração do profissional técnico de enfermagem na equipe de saúde é a superação do desconhecimento das suas competências e atribuições por parte dos demais profissionais da equipe. Nesse sentido, Merhy (2006) argumenta que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um “campo de produção do cuidado” que é comum à maioria dos trabalhadores, não se pode dizer que há um trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu “núcleo específico” de saberes e práticas enclausura o processo de trabalho a estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o um trabalho morto dependente. Ressalta ainda que o “campo de competência” ou “campo do cuidado”, além de permitir a interação entre os profissionais, abre a possibilidade de cada um

usar todo o seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.

A solidariedade interna da equipe e a sinergia das diversas competências constituem pré-requisitos para o trabalho de uma equipe. Trabalhar com a necessidade de inventar abordagens a cada caso exige um “luto” da onipotência de cada profissional para que seja possível o trabalho em equipe, com isso somam-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe (MERHY, 2006)

Entretanto, dado o caráter prescritivo do PSF os diversos profissionais da ESF tendem a se isolar em seus núcleos de competência, sem estabelecer conexões que conduzam a articulação dos saberes e a divisão do trabalho em saúde. Para que se constitua uma dinâmica de trabalho na perspectiva preconizada pela ESF é necessário que os participantes das equipes se conscientizem de que o trabalho deve ser compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade. Levando em consideração que estes profissionais lidam com um serviço que se realiza nas pessoas, baseados numa intercessão partilhada com o usuário e demais trabalhadores da saúde essa orientação é mais do que razoável é necessária (RODRIGUES; ARAUJO, 2003).

Eis o atual desafio posto aos gestores, coordenadores e profissionais da saúde, a necessidade de integração dos profissionais técnicos de enfermagem ao trabalho em equipe, ao planejamento local e na equipe, na construção de ações e estratégias de intervenção nos diferentes espaços sociais que estejam inseridos, na mobilização social, na prevenção e promoção da saúde nos diferentes ciclos vitais, bem como no monitoramento e avaliação das atividades em que participam.

3.4 FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM PARA O TRABALHO EM EQUIPE

Formar um profissional de saúde para o desempenho do trabalho em equipe significa mais do que formar um aprendiz no manejo de técnicas, procedimentos e instrumentos. A formação não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que assume importância todo um conjunto de valores éticos e morais na relação desse futuro profissional para com o outro (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006).

A formação do técnico de enfermagem segundo a Resolução CNE/CEB 04/99 pode ser realizada em dois anos letivos com 1800 horas aula. A carga horária mínima de teoria para habilitação profissional da área da saúde é fixada por esta Resolução em 1200 horas. Também, há diferenciação das aulas práticas e estágio profissional supervisionado obrigatório e este não deverá ser inferior a 50% da carga horária mínima da habilitação profissional, sendo então 600 horas de estágio (CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, 1999). O estágio supervisionado permite ao estudante vivenciar o desempenho das atividades profissionais com a orientação do professor, em uma realidade histórica e concreta de trabalho em saúde (SANTOS, 2006).

O curso é baseado no modelo de habilidades e competências básicas. Segundo os documentos legais que norteiam a formação profissional de enfermagem, este pode ser elaborado com certa flexibilidade curricular, desde que garantido os princípios das DCNs para o ensino técnico da área da saúde. As disciplinas podem ser agrupadas sob a forma de módulos, ficando sob a responsabilidade da instituição formadora a organização curricular e o projeto pedagógico, que devem ofertar subsídios às reais demandas das pessoas, do mercado e da sociedade. O aluno pode realizar os módulos de forma independente em diferentes instituições desde que não ultrapasse o prazo de cinco anos (BRASIL, 1999).

Devido ao fato de as instituições formadoras possuírem autonomia para desenvolverem seus currículos e projetos pedagógicos, pode ocorrer por parte de algumas destas instituições elaborações mais focadas em determinados conteúdos e competências do que em outros, apesar da existência de parâmetros a seguir. Por

exemplo, podem elaborar currículos que priorizem apenas o desenvolvimento da clínica, voltado para o interesse do mercado e para os procedimentos técnicos, mais do que para os demais conteúdos de caráter geral que propiciem conhecimentos sociopolíticos e éticos.

As considerações de Ceccim e Feurwerker sobre a formação na área da saúde, trazem que:

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização dos processos de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado as várias dimensões e necessidades em saúde da pessoa, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

A formação do técnico em enfermagem mesmo seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Educação Profissional, que estabelece um novo perfil de competências para este profissional, ainda carece de ajustes para melhor adequar-se ao perfil preconizado pelo SUS e pela ESF. Segundo essas DCNs referentes ao técnico de enfermagem, no seu processo formador devem ser desenvolvidas diversas capacidades tais como: iniciativa, raciocínio, pensamento crítico e empreendedorismo, entre outras, que permitirão ao formando transitar no campo da saúde, atender as demandas profissionais e construção do próprio itinerário profissional. Entretanto, neste nível de formação ainda encontramos as competências profissionais voltados para a execução da clínica e dos procedimentos técnicos, com clara ênfase para o atendimento das demandas das instituições privadas de saúde, que, como é sabido, esse segmento na maioria das vezes prioriza o modelo biomédico e hierarquizado (CRUZ; ALMEIDA, 2010).

Verifica-se, portanto um descompasso de orientação entre o campo do processo formador desses profissionais (sistema educacional) e o campo que demanda os profissionais da área de saúde (sistema de saúde), no que concerne, sobretudo, a formação dos profissionais para a atenção baseada em um trabalho de equipe multiprofissional e interdisciplinar. Para dar conta deste descompasso, há a necessidade de se pensar em novas alternativas para a formação dos diversos profissionais de saúde, e em especial para os técnicos de enfermagem. Significa dizer, que é preciso que o estado invista mais na política de formação técnica dos profissionais de saúde, não relegando apenas a rede de instituições privadas essa

importante tarefa. A formação técnica, no Brasil, tem uma marca histórica de dar subsídio prioritariamente ao mercado, formando técnicos no interesse do capital. É preciso também pensar em uma formação técnica que tenha também em seu horizonte a responsabilidade de atender as “necessidades sociais” (SILVA, 2002).

Mudar este perfil focado no mercado, de acordo com Silva (2002) significa instituir novos modos de atuação na formação, que implicaria em adequar projetos políticos pedagógicos às exigências a necessidade da área da saúde, baseado na lógica de uma atenção integral, resolutiva, equânime, acessível, e na perspectiva de trabalho em equipe. Além disto, é preciso investir na capacitação dos docentes, onde a superação dos obstáculos estaria no reconhecimento de que o nível médio também produz conhecimento.

No dia a dia dos serviços de saúde e em suas relações sobre saber fazer uma atenção integral, eficaz e resolutiva, que dê conta dos desafios do SUS e de toda a sua complexidade, se coloca o problema de formar profissionais capazes e qualificados, para exercerem suas atribuições e competências de forma conjunta e compartilhada segundo os princípios deste sistema. Silva (2002) argumenta que diversos autores têm chamado atenção para o fato de que as políticas de formação dos profissionais da saúde carecem da necessidade de entendimento da complexidade que permeia o SUS. Na atualidade o sistema vem exigindo ações de formação que sustentem um processo de construção coletiva para o novo modelo de atenção a saúde. Portanto, requer uma formação que leve em conta as novas formas de cuidado, tecnologias e processos de trabalhos coletivos, multiprofissional e interdisciplinar que foi se instituindo, para dar subsídio às mudanças no campo da saúde.

Uma nova dinâmica pedagógica passa a ser exigida das instituições formadoras para contemplar as questões da reordenação da atenção à saúde no SUS. Com isso, um novo perfil de egressos vem surgindo com habilidades teóricas e práticas para atuar com competência na saúde, os quais incluem aspectos cognitivos, atitudinais e éticos, dentre outros. Diante deste contexto e da necessidade de formação e qualificação para auxiliares e técnicos de enfermagem em todo país, é que o governo federal por meio dos Ministérios da Educação e o da Saúde, criou o Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem – PROFAE. Além disso, o

governo estabeleceu uma política de educação permanente em saúde, por meio da criação de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – ETSUS, com o objetivo de capacitar os profissionais inseridos no SUS (MARSIGLIA, 2004).

Entretanto, apesar das iniciativas de redirecionamento do processo de formação dos profissionais de saúde, notadamente para o técnico e o auxiliar de enfermagem, no sentido de atender as necessidades da saúde, a formação desses profissionais nessa perspectiva não abarca a totalidade do sistema de ensino. Na grande maioria das instituições de ensino que oferecem cursos técnicos de enfermagem, ainda, predomina o modelo pedagógico hegemônico de ensino. Nestas prevalecem o ensino de conteúdos compartimentados, a dissociação entre a clínica e a epidemiologia, a submissão às imposições do mercado, sobretudo no que concerne à incorporação de tecnologias novas, incentivando a especialização e a reprodução de práticas tradicionais em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MARSÍGLIA, 2004). Sobre este aspecto Barbosa et. al. sublinham nos seguintes termos estes traços:

Os profissionais continuam sendo formados dentro de um modelo vertical, fragmentado e compartimentado e saem para este mundo globalizado, onde o emprego formal está desaparecendo e as exigências apontam para um profissional com formação plural e que, sempre, saiba trabalhar de modo transversal, em todas as direções (BARBOSA et al., 2003, p. 575)".

Portanto, verifica-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a formação dos profissionais de saúde, em especial a formação do técnico de enfermagem, se efetue de acordo com as diretrizes e valores preconizados e instituídos no âmbito do SUS. Significa dizer que é imperativa a necessidade de se pensar em uma reformulação do processo de formação destes, de forma que estejam mais preparados e aptos para lidarem com cotidiano das demandas do território de saúde, onde se inserem e desenvolvem seus processos de trabalho (MIRANDA, MOURA; LIMA, 2003). É necessária a implementação das políticas da saúde e de educação que dêem suporte a formação adequada a estes profissionais, para um trabalho em equipe e integral, tal como preconizado pela filosofia presente na proposta que instituiu o Sistema Único de Saúde no Brasil.

CAPÍTULO 4

INSTITUIÇÕES DE ENSINO, PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO E PERFIL DOS DISCENTES: CARACTERIZANDO O CENÁRIO DA PESQUISA

Neste capítulo serão apresentadas e analisadas as principais características das instituições de ensino participantes dessa pesquisa, a partir da leitura dos materiais documentais tais como os projetos políticos pedagógicos, estrutura curricular, composição da carga horária e, também o perfil dos participantes do estudo por meio do material obtido nas entrevistas individuais.

4.1 DOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

O primeiro estabelecimento de ensino participante do estudo recebeu o código **A**. Está em funcionamento desde 1995, oferece cursos de nível médio, técnico e especialização. Seu curso técnico de enfermagem está organizado em três módulos distribuídos em dezoito meses e está autorizado pelo Conselho Estadual de Educação (CEE) a oferecer 160 vagas anuais. O segundo recebeu o código **B**, oferece cursos técnicos na área de saúde desde 1996. Oferece também cursos de capacitação nas áreas de saúde e estética. O seu currículo está organizado em módulo único, totalizando dezoito meses. Possui também a opção de cursos nos finais de semana, nesse caso com duração de 24 meses. Está autorizado a oferecer 120 vagas anuais.

O terceiro estabelecimento de ensino recebeu o código **C**, oferece o curso técnico de enfermagem desde 1998. Oferece também o curso de auxiliar de enfermagem como parte do itinerário do curso técnico de enfermagem. Além desses cursos na área da saúde, oferece cursos técnicos na área de indústria e portos. Seu curso possui três módulos com terminalidades ocupacionais, distribuídos em dezoito meses, está autorizada a oferecer até 120 vagas anuais. O quarto estabelecimento de ensino recebeu o código **D**, oferece cursos nas áreas de saúde e da indústria. O

técnico de enfermagem foi criado no ano 2000, estruturado em cinco módulos com terminalidades ocupacionais, distribuídos em dezenove meses.

E por fim, o quinto estabelecimento de ensino recebeu o código **E**, nele, o curso técnico de enfermagem, iniciado em 2001, está estruturado em módulo único, com duração de dezoito meses e pode oferecer até 160 vagas anuais. A sua sede está situada em Vitória, mas a unidade que oferece o curso técnico de enfermagem está localizada no município de Vila Velha. Optamos por manter este estabelecimento neste estudo por se tratar de uma referência nacional em educação profissional.

O quadro a seguir demonstra as características dos estabelecimentos de ensino técnico profissionalizante de enfermagem objeto dessa pesquisa.

Características dos Estabelecimentos de Ensino	A	B	C	D	E
Ano de Início do Curso (TE)	1995	1996	1998	2000	2001
Nº de Vagas Anuais	160	120	120	120	160
Vigência do PPP	2008	2010	2010	2008	2009
Número de Módulos	3	Único	3	5	Único
Módulos com Terminalidade	Não	Não	Sim	Sim	Não
Carga Horária Teórica	1200	1200	1200	1280	1200
Carga Horária Estágio	600	600	600	600	600
Carga Horária Total	1800	1800	1800	1880	1800

QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DAS ESCOLAS DE TECNICO DE ENFERMAGEM

Fonte: Dados coletados pela autora: Período: maio 2010 a novembro-2010

Nota: A, B, C, D e E são reconhecidos pelo MEC.

Vale ressaltar que todos esses estabelecimentos de ensino são de natureza privada, dado a inexistência de um curso técnico profissionalizante de enfermagem de natureza pública. Isso está em consonância com as observações de vários autores dentre eles Lima (2004; 2007 a) e Rocha (2010) no que tange as afirmações de que no país o acesso a formação técnica profissionalizante de enfermagem vem

ocorrendo via setor privado. Isso de certa forma evidencia a tendência do Estado às políticas neoliberais, com suas propostas de redução nas atribuições estatais inclusive em áreas de atuação tradicionalmente estatal tais como saúde e educação (FILHO, 2004; LIMA, 2007 a).

4.2 DOS PROJETOS POLÍTICOS PEDAGÓGICOS

Os projetos políticos pedagógicos (PPPs) dos cursos técnicos profissionalizantes de enfermagem das instituições participantes do estudo têm como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico da Área de Saúde (DCNAS), definidas pela Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, regulamentada pelo Decreto Federal 2.208/97, e demais recomendações do CNE/MEC (BRASIL, 1996, 1997, 1999)

É o Conselho Nacional de Educação (CNE) quem estabelece as DCNs e estas abrangem conteúdos mínimos, carga horária mínima do curso, habilidades e competências básicas por áreas profissionais. Entretanto, cada estabelecimento de ensino tem a liberdade de fazer a própria organização curricular, submetendo-se a aprovação do Conselho Estadual de Ensino (BRASIL, 1999). Os trechos extraídos de alguns PPP's, a seguir, exemplificam a forma como as instituições de ensino organizam suas respectivas estruturas curriculares.

Na educação de nível técnico, distribuímos momentos de transmissão teórica e prática. São realizados estágios supervisionados e visitas técnicas para complementação das habilidades necessárias a cada aluno. A divisão deste nível se faz através de módulos seqüenciais que estruturam os cursos (PPP do curso A).

A organização curricular está constituída em módulos com terminalidade ocupacional correspondente as qualificações, e habilitações de competências, habilidades e bases tecnológicas (PPP do curso C).

A proposta da estrutura curricular do curso técnico de enfermagem é caracterizada por módulos de estudos, em etapas significativas, propondo a seqüência curricular dentro dos princípios de flexibilização e interdisciplinaridade buscando o desenvolvimento de competências para o futuro desempenho profissional [...] o aluno tem até cinco anos para complementar as atividades de estágio (PPP do curso D).

Como visto os cursos A, C e D estão divididos em módulos curriculares, que é uma das alternativas do Decreto Federal 2.208/97 com vistas a aumentar a flexibilidade

no acesso ao ensino técnico. Nesse caso, leva-se em consideração que o público alvo da educação técnica profissionalizante, em geral é formado por pessoas que já estão inseridas no mercado de trabalho, ou que têm a necessidade de um rápido ingresso neste mercado. Lima (2007a) faz a inferência de que muitos alunos do curso técnico de enfermagem são trabalhadores que possuem como única alternativa de acesso à educação profissional o horário após o expediente de trabalho. Neves (2008), ao falar das políticas governamentais neoliberais que tratam da força de trabalho, enaltecem as qualificações profissionais o que leva o trabalhador a investir na melhoria da escolarização sem, contudo, refletir sobre os aspectos da qualidade da educação escolar ministrada.

As terminalidades ocupacionais encontradas nos PPPs dos cursos técnicos de enfermagem estudados foram: auxiliar de consultório médico, agente de saúde coletiva/pública e auxiliar de enfermagem. Nestes casos, são disponibilizados certificados de conclusão dos módulos correspondentes a qualificação alcançada. O diploma só é fornecido a quem conclui todos os módulos da formação técnica em enfermagem, desde que comprovado a conclusão do ensino médio.

Os cursos B e E são constituídos por módulo único, ou seja, fazem a formação técnica plena.

[...] fizemos uma análise sobre a necessidade da formação do Auxiliar de Enfermagem e consensuamos em não ofertar o curso Técnico modularizado, mas a formação técnica plena (PPP do curso E).

A habilitação profissional plena foi escolhida por considerarem:

[...] expressivo o contingente de Auxiliares de enfermagem no Estado [...], a busca crescente dos profissionais Auxiliares pela formação técnica, seja por pressão da Instituição na qual trabalham, seja pela expectativa de progresso pessoal e profissional. A tendência geral observada na área de saúde, que delineia uma nítida valorização de profissionais com níveis mais altos de formação, o que conduz um grande número de Auxiliares de Enfermagem a se mobilizarem, visando alcançar a condição de técnico e, deste modo, lograr mais facilmente sua melhor inserção e ascensão nesse mercado laboral (PPP do curso E).

Dentre as justificativas para não ofertar cursos modularizados com terminalidade em auxiliar de enfermagem encontramos o expressivo quantitativo existente, hoje, aqui no Estado, segundo dados do COREN-ES (2011), são 5.214 auxiliares de enfermagem. Outra justificativa está relacionada à busca crescente pelo aumento no nível de escolaridade por parte dos auxiliares para uma possível progressão pessoal

e profissional.

Sobre essa tendência de busca por maior nível de escolaridade a literatura vem apontando que tal tendência não corresponde ao aumento na criação de postos de trabalho. Ademais, destaca que se verifica a permanência nos vínculos de auxiliares mesmo quando é requerida a execução de funções pertinentes ao nível técnico. Lima (1985)⁷ sublinha que havia situação semelhante na década de 1980 em relação ao atendente de enfermagem que havia se formado como auxiliar e, Kobayashi e Leite (2004), falam dessa mesma situação entre o auxiliar e o técnico de enfermagem, o que configura um histórico de desvalorização profissional na área da enfermagem.

Desse modo, consideramos que apenas deixar de certificar profissionais no nível auxiliar de enfermagem não corresponde ao alcance da valorização profissional desejada para a categoria. É preciso ir além, em busca de ações políticas de valorização profissional, tais como Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) satisfatórios, compatíveis a qualificação alcançada.

Todos os currículos analisados seguem a orientação pedagógica da competitividade, centrada nos conceitos de competências e habilidades. Para Bagnato (2007) e colaboradores esta proposta tem como interlocutor intelectual prioritário o Banco Mundial, que persegue como diretriz geral a adaptação e conformação do trabalhador no plano físico, psíquico, intelectual e emocional às novas bases materiais, tecnológicas e organizacionais da produção. Essa tendência pode ser observada nos objetivos da oferta dos cursos:

Ampliar a oferta de habilitação na área de saúde, para suprir a demanda do mercado de trabalho com profissionais de nível médio (PPP do curso E).

Os módulos serão compostos por disciplinas de forma que propiciem as competências básicas que todo técnico de uma determinada área de conhecimento deve ter, proporcionando ao aluno a linguagem básica da área [...](PPP do curso C).

Aplicar um referencial teórico, na prática, com fim de uso no mercado de trabalho, com eficácia e respeito à ética que envolve a atuação de todo profissional (PPP do curso A).

⁷ LIMA, R.D.; Parecer da Secretaria do Estado do Espírito Santo em 16 de junho de 1985. [S.I.:Sn,1985].

O perfil de formação de acordo com as DCNAS requer habilidades cognitivas, técnicas e de relações humanas, com qualificação que contemple múltiplos aspectos tais como habilidades cognitivas, de abstração e análise simbólica comunicacionais, de inter-relação com clientes e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho, competência para avaliar o produto do seu trabalho e tomar medidas para melhorar a sua qualidade, e domínio de técnicas de planejamento e organização do trabalho. Orientações estas que podem ser visualizadas nos PPPs do técnico de enfermagem, tal como apresentado pela instituição B como perfil esperado:

[...] apresentar bom relacionamento interpessoal, capacidade de observação, autogestão, abstração e de raciocínio lógico, aliados a visão crítica-reflexiva, conhecimento da realidade social na qual está inserido e, comprometimento com as necessidades de saúde da população (PPP do curso B)

Em relação às mudanças ocorridas no setor saúde, encontramos a inserção dos princípios e diretrizes do SUS, tais como a Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação da Comunidade e Controle Social, Descentralização, Hierarquização e Regionalização, como visto nos seguintes fragmentos:

Devem-se considerar as necessidades apontadas pelo SUS, que exige profissionais com capacidade de atuar em diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de saúde e sociais, em qualquer nível do Sistema (PPP do curso D).

Propiciar uma formação a partir da visão holística do ser humano, evitando uma abordagem exclusivamente biologicista (PPP do curso E).

Facilitar o acesso do usuário ao sistema de saúde [...] direção a autonomia das pessoas em relação a própria saúde e a responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos grupos e ambientes (PPP do curso D).

Conhecer e aplicar medidas científicas e técnicas no processo de saúde pública, comprometido com a população, tendo como ponto de partida a pesquisa do perfil de saúde desta, na sua micro área, considerando o ser humano integral, ou seja, com visão holística quanto ao biopsicosociocultural [...]. Conhecer as estratégias governamentais, suas leis empregadas para viabilizar o atendimento das necessidades de saúde da população, com o objetivo de oferecer alternativas contextualizadas (PPP do curso C).

[...] necessidade de mão de obra qualificada para trabalhar no interior do Estado, pois a política do SUS tem incentivado os municípios a assumirem o seu papel gestor da política de saúde: o atendimento básico e de média complexidade deve ser resolvido no município e, somente a alta complexidade deverá ser encaminhada aos centros regionais [...]. Atuar nos programas de saúde pública de acordo com as normas do ministério da

saúde e rotinas das instituições de saúde (PPP do curso B).

Nesse aspecto, notamos que a bandeira levantada pelo Movimento Sanitário, comparece nos PPPs dos estabelecimentos estudados, embora, no campo das práticas permaneça a ênfase no fazer técnico, centrado no hospital. Silveira (2009) afirma que nos diferentes níveis de formação profissional as instituições buscam formar mão-de-obra específica para o campo da saúde, não necessariamente para atuar no SUS, com isso, primam pelo uso de tecnologias de ponta, sendo voltados para a utilização dos hospitais como principal espaço de aprendizagem.

Nos PPPs de alguns estabelecimentos estudados encontramos menções aos serviços de enfermagem domiciliar (*Home Care*) e incentivos a prática de estágios remunerados em Casas de Repouso e Asilos, sendo entendido como uma expansão do mercado de trabalho para os egressos do curso.

Poderá desempenhar suas atividades profissionais junto a órgãos públicos, e/ou privados, em unidade básica de saúde, unidades de média e alta complexidade, hospitais, clínicas, pronto socorro, centros e postos de saúde, empresas, domicílios e outros (PPP do curso B).

Nas DCNAS é destacado que o processo de trabalho em saúde realize-se em diferentes “espaços sociais” constituindo um mercado de trabalho que passa por estabelecimentos de saúde, comunidade, domicílios, organizações, dentre outras. Entendemos que no processo de formação é preciso refletir sobre os tipos de vínculos profissionais estabelecidos nesses ambientes, bem como as práticas que regem o processo de trabalho.

Mattos (2008) ao abordar o tema formação e trabalho em saúde, argumenta que os profissionais são simultaneamente agentes da reprodução das práticas instituídas e agentes da sua eventual transformação. Já nas reflexões de Melo (1997) e Silva (2002), a escola situa-se como um instrumento para atender ao mercado de trabalho, como também um espaço onde se pode apontar ou criar outra maneira de pensar a formação dos profissionais. Concordamos com essa visão, pois acreditamos que o espaço escolar não deve ter o mercado de trabalho como único fim, e sim incluir objetivos que conduzam a formação social, política e cultural na perspectiva de construção da cidadania dos sujeitos.

Sobre o trabalho em equipe, todos os PPPs analisados enfatizaram a capacidade de

trabalhar em equipe como uma das competências do profissional técnico de enfermagem. Nesse sentido estão em consonância com a idéia Fortuna (et al., 2005) de que o trabalho em saúde implica em necessidade de interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para o desempenho da assistência, com vistas ao atendimento integral das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Pinheiro e Ceccim (2006) consideram que qualquer profissão em saúde apresenta limitações no que tange ao atendimento das demandas apresentadas nas situações de sofrimento por problemas de saúde, o que reforça a necessidade da presença dos múltiplos olhares na atenção a saúde.

Confrontados os PPPs das instituições estudadas com essa literatura, observamos que para elas os técnicos de enfermagem devem:

Integrar as equipes multidisciplinares nas ações para saúde de grupos, família e comunidade e nas ações da vigilância sanitária (PPP do curso A e do curso C).

Interagir com a equipe e o cliente, articulando ações de observação, coleta, interpretação e registro de informações pertinentes aos cuidados de enfermagem [...] identificar os membros da equipe de enfermagem, suas funções estabelecendo relação interpessoal, intergrupar e social [...] (PPP do curso D).

Valorizar o trabalho em equipe multiprofissional (PPP do curso C).

Para Galvão e colaboradores (2005), de acordo com o estágio de desenvolvimento tecnológico e de organização do trabalho, no desempenho do trabalho em equipe é preciso ter hábitos de organização no trabalho, capacidade de cooperação e comunicação, como também a capacidade de assimilação de códigos e normas disciplinares e comportamentais. Nos PPPs estudados são referenciadas essas características nos seguintes termos:

A presença da enfermagem em uma equipe de saúde é condição *sine qua non* para o bom funcionamento da mesma [...] identificar aspectos importantes de trabalho em equipe no desempenho profissional [...] adotar uma postura de bom relacionamento com a equipe de enfermagem e as demais equipes com as quais a enfermagem se relaciona (PPP do curso B).

Utilizar mecanismos que facilitem o relacionamento entre profissionais da área de saúde e destes com o cliente/paciente [...] estabelecer comunicação eficiente com o paciente, seus familiares, responsáveis e com a equipe de trabalho com vistas à efetividade da assistência, considerando as reações psicológicas provocadas pelo ambiente hospitalar (PPP do curso E).

Incorporando atitudes comportamentais como: responsabilidade, dinamismo, espírito de equipe, postura e ética profissional, respeito

humano, cidadania, e outras indispensáveis e facilitadoras do acolhimento ao público, que já se mostra cansado de se sentir negado e lesado em seus direitos e ter seus problemas mal encaminhados e quase sempre não resolvidos (PPP do curso D).

O trabalho em equipe de saúde deve configurar como trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado com que os profissionais de saúde usualmente executam seu trabalho no cotidiano dos serviços, seguindo a perspectiva da integralidade, interdisciplinaridade gestão participativa e comunicativa (Peduzzi, 2001, 2007).

Nessa direção, temos a Estratégia de Saúde da Família, que por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estabelece essa modalidade de trabalho para a ESF nos seguintes termos: “V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;”. Silva e Trad (2005) acrescentam que neste trabalho deve haver a constante busca de articulação das ações realizadas pelos demais agentes. Sobre este aspecto o PPP do curso E incorpora essa diretriz conforme segue:

Nos últimos 30 anos, têm ocorrido mudanças importantes na área de saúde, que preconizam a prevenção e a promoção da saúde, por meio dos programas implantados pelo Sistema Único de Saúde- SUS, que são o Programa Estratégia de Saúde da Família – (antes chamado de Programa de Saúde Família- PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, cujas prioridades são a manutenção da saúde em vez da cura das doenças, a desospitalização, com a transferência do atendimento para o domicílio, e a utilização de terapias alternativas (PPP do curso E).

Nos cursos das instituições C e D, a interação do técnico de enfermagem com outros sujeitos e demais participantes que também compõem a equipe de saúde comparece da seguinte forma:

O perfil do técnico de enfermagem tem como principal atribuição auxiliar e apoiar os serviços do médico e enfermeiro no processo que fundamentam os serviços de saúde (PPP do curso C).

Na saúde pública, a nova política do Governo Federal com o processo de municipalização da saúde está incrementando o Programa de Saúde da Família, que exige como parte integrante da equipe multiprofissional de saúde, profissionais de enfermagem (PPP do curso D).

A matriz curricular do técnico de enfermagem das cinco escolas participantes está organizada em módulos, com seus respectivos componentes curriculares, carga horária de teoria e carga horária de prática.

A seguir, apresentamos um sumário dos dados analisados na matriz curricular. É válido enfatizar que os cursos analisados são desenvolvidos de forma complementar ao Ensino Médio, conforme uma das recomendações da LDB nº 9.394/96. A tabela 1 demonstra o número de disciplinas por módulo e o total de disciplinas que compõem a organização curricular dos cursos técnicos de enfermagem. Antes, porém, vale lembrar o que Lima e Monteiro (2009) argumentam a respeito do currículo. Destacam que este não é neutro e desprovido de interesses de conhecimento, na própria seleção dos conteúdos, ao se legitimar alguns conhecimentos em detrimento de outros, manifestam-se os interesses de determinados grupos.

Tabela: 01 - Distribuição das disciplinas por módulo: cursos das instituições A, B, C, D, E

Módulos	INSTITUIÇÕES				
	A	B	C	D	E
1º. Módulo	12	18	7	4	21
2º. Módulo	4		5	7	
3º. Módulo	4		7	4	
4º. Módulo				6	
5º. Módulo				6	
Total	20	18	19	27	21

Fonte: Dados coletados pela autora: Período: maio 2010 a novembro-2010

Conforme evidencia a Tabela: 01, o curso D detém um maior número de disciplinas, enquanto os demais estabelecimentos apresentam quantidades que variam entre 18 e 21 disciplinas. Como já mencionado, os cursos B e E são organizados em módulo único. A próxima tabela apresenta a carga horária dos cursos analisados.

Tabela 02 - Carga horária das disciplinas dos cursos das instituições A, B, C, D, E

Carga horária disciplinar	Instituições									
	A		B		C		D		E	
	CH.	%	CH.	%	CH.	%	CH.	%	CH.	%
Ciências biomédicas	160	8,8	310	17,2	180	10,0	180	9,6	220	12,2
Ciências da Enfermagem	890	49,4	680	37,7	780	43,3	820	43,6	830	46,1
Ciências Humanas e Sociais	50	2,7	120	6,6	140	7,7	80	4,2	70	3,9
Saúde Coletiva	100	5,5	90	5,0	100	5,5	160	8,5	80	4,44
Estágio	600	33,3	600	33,3	600	33,3	600	32,9	600	33,3
Total de horas	1800	100	1800	100	1800	100	1880	100	1800	100

Fonte: Dados coletados pela autora: Período: outubro-2010 a fevereiro-2011

O predomínio de determinados conteúdos, humanos ou tecnicistas, depende intimamente da visão que uma escola, em seu dado contexto, detém do homem e do mundo. Quando a tendência dessa visão é mais tecnicista, todo o currículo se volta para a supremacia técnica (MANZOLLI, 1985).

A Tabela 02 demonstra que em todos os cursos há maior ênfase nas disciplinas que compõem as ciências da enfermagem, seguidas das ciências biomédicas. As disciplinas da área de ciências humanas e sociais comparecem em menor proporção variando entre 2,7% e 7,7%, enquanto que as disciplinas da Saúde Coletiva variam entre 4,4% e 8,5%. Em proporção quase que constante 33,3%, com exceção do curso D que apresenta uma carga horária um pouco menor está à modalidade de Estágio.

Sobre o conteúdo dos conhecimentos no campo da enfermagem Alfavaro-Lefevre (1996) argumenta que este campo é amplo, variado, perpassa desde as ciências biológicas às ciências físicas e sociais, com isso, ressalta a importância do pensamento crítico nas ações do campo da enfermagem. Manguiera (2007), por sua vez, afirma que nas ações da enfermagem são necessárias habilidades técnicas, bem como as interpessoais no relacionamento com os usuários do serviço, assim

como para com os demais elementos da equipe de saúde.

Os estágios do curso, conforme recomendado pelo MEC, são de 600 horas/aula. Os locais de realização desses estágios são: hospitais públicos e privados, unidade básica de saúde (UBS), ou unidade de saúde da família (USF), ou unidade de pronto atendimento (PA). Sobre os locais de realização dos estágios é preciso lembrar que a dinâmica de trabalho em cada um dos espaços mencionados é distinta. Desse modo, numa unidade de pronto atendimento o trabalho técnico é bem diferente daquele que ocorre nas demais unidades da atenção básica. A primeira tem um foco curativo, de atuação quando o problema já está instalado, ou quando há um sinal, sintoma e queixas por parte do usuário do serviço, enquanto as UBS e USF focalizam suas ações na promoção da saúde.

De acordo com Starfield (2002) as ações da atenção primária devem ser o eixo dos demais níveis de atenção. No entanto, o que se observou nas instituições estudadas, em relação ao estágio dos técnicos de enfermagem, é que elas em geral têm disponibilizado de forma equivalente os diversos espaços, com vistas a flexibilizar o horário de estágio para os alunos. Isso, sobretudo para aqueles do horário noturno que dependem das unidades com funcionamento de 24 horas para poderem fazer seus estágios e concluir o curso.

Outra constatação inferida a partir das análises dos cursos é que as disciplinas que compõem a matriz curricular são divididas em seguimentos de atendimento da população, conforme os programas assistenciais existentes. Desse modo, existem disciplinas tais como: Assistência a Saúde da Criança; Assistência a Saúde da Mulher; Assistência a Saúde do Idoso, dentre outras. Assim, além da divisão por problemas específicos, tais como Assistência de Enfermagem em Saúde Mental, Assistência de Enfermagem ao Paciente Oncológico, Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência, caracterizando uma fragmentação e especialização em áreas específicas, tal processo dificulta a apreensão do indivíduo enquanto um ser total histórica e socialmente determinado. Ou seja, há evidências da influência do Modelo Flexneriano no estímulo à disciplinaridade numa abordagem reducionista do conhecimento sobre o indivíduo e sua complexidade intrínseca. Além desses aspectos, verificamos a predominância da formação em ambientes hospitalares.

Vale lembrar que o Modelo Flexneriano, embora tenha sido criado no contexto do complexo médico-industrial norte americano, teve forte influência na formação dos demais profissionais de saúde em todo o mundo (ALMEIDA-FILHO, 2010). Além disso, devemos lembrar que a Fundação Rockefeller, de origem norte-americana, subsidiou os primórdios da criação da enfermagem no Brasil. Significa dizer que ela trouxe como substrato as ideologias daquele país, as quais perpassaram os modelos do processo de formação dos profissionais, porém nem sempre voltada para a formação de indivíduos numa perspectiva de formação plena como profissional e como cidadão.

No que concerne aos conteúdos de Saúde Coletiva os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional orientam diversas competências a serem desenvolvidas pelo profissional técnico de enfermagem, a esse respeito Rocha, Hahn e Carreno (2009) destacam:

“[...] o manejo de patologias transmissíveis e parasitárias, a necessidade de realizar vigilância epidemiológica e de conhecer o perfil epidemiológico da comunidade. Os profissionais deverão ainda ser competentes frente a medidas a serem adotadas em caso de epidemias e endemias, conhecer as técnicas de imunização/vacinação e de aplicação de imunobiológicos e identificar as doenças transmissíveis prevalentes na região e seu manejo. O técnico de enfermagem **também deverá ser preparado para atuar em grupos**”(ROCHA; HAHN; CARRENO, 2009, p. 3, grifo nosso).

Os conteúdos referentes a Saúde Coletiva são ofertados por disciplina com esse mesmo nome, sendo que em todos os estabelecimentos ela é ministrada por enfermeiros. Verificamos que em três destes estabelecimentos o professor que ministra essa disciplina possui pós-graduação na área de Saúde Coletiva e/ou Estratégia de Saúde da Família. O conteúdo programático dessa disciplina engloba:

Conceitos e objetivos da saúde pública e da enfermagem em saúde pública. Principais problemas de saúde da comunidade, suas causas e medidas de saúde pública para a resolução dos mesmos. Diretrizes do PAISC, PAISA, PAISM, PSF, PACS, SISVAN, PAISI (PPP do curso E).

Conhecer dados que determina o perfil epidemiológico das comunidades, as medidas de proteção/prevenção a serem adotadas pela população em epidemias e endemias [...] fazer levantamento das características sócio-políticas, econômicas e culturais da comunidade (PPP do curso A).

Como visto nos fragmentos da disciplina de saúde coletiva do ementário dos cursos técnicos enfermagem encontramos menção as principais políticas de saúde pública, além do acréscimo de elementos que compõem a saúde coletiva.

4.3 CONHECENDO OS ALUNOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O primeiro bloco de perguntas do instrumento das entrevistas individuais realizadas com os alunos objetivou caracterizar o grupo amostral quanto à idade, gênero, se trabalham ou fazem estágio remunerado e período do dia em que freqüentam o curso técnico de enfermagem. A Tabela: 03 apresenta os resultados. Nela, podemos observar que no grupo amostral predominou jovens do gênero feminino, sendo que a faixa etária mais freqüente foi entre 20 e 25 anos. No entanto, a freqüência de 12 indivíduos acima de 31 anos pode representar, segundo Frias e Takahashi (2000), outro nível de comportamento e grau de responsabilidade, condição esta que requer maior preparo dos professores para o desenvolvimento e uso das estratégias de ensino e comunicação. O horário de estudo predominante foi o noturno e mais da metade da amostra foi constituída por alunos que trabalham ou fazem estágio remunerado.

O maior número de mulheres no grupo em estudo se explica pelo fato de a enfermagem, ainda permanecer como profissão essencialmente feminina, embora a participação masculina nos últimos anos tenha aumentado, o quantitativo de homens nas profissões das áreas da enfermagem ainda é reduzido (COELHO et al, 2010). Dessa forma, a produção acadêmica sobre a enfermagem sempre se depara com esse achado, predominância de mulheres na profissão.

Outra questão importante é relativa ao número de estudantes no horário noturno. Consoante com as observações de Lima (2007a), sobre os cursos de técnicos e auxiliares de enfermagem, em todas as regiões brasileiras, que destaca que a maior parte dos matriculados freqüentam o curso no horário noturno. O autor infere que pode tratar-se de alunos trabalhadores, cuja alternativa de acesso à educação profissional em saúde ocorre após o expediente de trabalho.

Em relação à educação básica, cinco alunos fizeram o ensino fundamental na rede particular de ensino ao passo que 22 são oriundos do ensino de nível fundamental público. A mesma proporção se manteve no nível médio sem necessariamente se referir aos mesmos alunos. Em conformidade com Lima (2007 a), observamos que os alunos dos cursos técnicos profissionalizante, mesmo tendo origem no fundamental e médio na rede pública, na hora de fazer o curso técnico de

enfermagem, geralmente estudam na rede particular de ensino (LIMA, 2007a, ROCHA, 2010). No caso do estado do Espírito Santo, essa situação se agrava, na medida em que não há alternativa de ensino público para os que desejam fazer o curso técnico de enfermagem

No que concerne ao ano de conclusão do ensino fundamental, este variou entre 1992 a 1996, e o de ensino médio ficou entre 1998 e 2009, o que torna evidente o desafio posto à formação técnica que é o de atender os egressos do ensino regular bem como os que possuem um histórico de descontinuidade no processo de formação escolar.

Tabela: 03 – Perfil dos Sujeitos Entrevistados

Faixa Etária			Gênero		Horário do Curso			Estágio e/ou Trabalho	
Intervalos	Freq.	%	M	F	Manhã	Vesp.	Noturno	Sim	Não
20-25	12	44%							
26-30	5	19%							
31-35	4	15%							
36-40	4	15%							
40-45	1	4%							
45-50	1	4%							
Total	27	100%	3	24	6	3	18	17	10

Fonte: Dados coletados pela autora: Período: outubro-2010 a fevereiro-2011

Dentre os entrevistados, cinco possuem outras formações tais como: técnico em elétrica, automação industrial, auxiliar de enfermagem e auxiliar de laboratório. Um dos entrevistados faz paralelamente ao curso técnico de enfermagem a faculdade de enfermagem. Argumenta nos seguintes termos: “Quero concluir o curso técnico de enfermagem para me manter na faculdade [...] eu já consigo ganhar alguma coisa como cuidador” (E.15). Enquanto uma das entrevistadas fez o curso de administração até ao terceiro período. Informou ter desistido do curso superior porque:

Fiz administração superior, mas tranquei no terceiro período. Isso porque o salário do administrador está baixo. E é difícil entrar na área como

administradora [...] tenho vários amigos que fizeram a faculdade de administração e trabalham como auxiliar de administração (E. 17)

A possibilidade de ascensão social via educação é apreendida e vivida de diferentes modos (BARROS, 2010). No primeiro argumento percebemos que existe um desejo de ascensão ao curso de graduação em enfermagem por isso, o entrevistado luta contra os diversos entraves de ordem sociopolítica e econômica para alcançar este objetivo. Planeja trabalhar como técnico de enfermagem para custear as mensalidades do curso superior. Sobre este aspecto, Zanei (1995) destaca que a mobilidade profissional na enfermagem também ocorre predominantemente via sistema privado de ensino.

Já no segundo argumento a entrevistada percebe que o curso de nível superior escolhido não lhe dará a valorização profissional almejada, uma vez que na sua convivência é perceptível que quem tem curso superior de administração acaba ingressando no mercado de trabalho em serviços como auxiliares. Significa dizer que, na prática, a ascensão profissional e social pela via da formação escolar não tem o mesmo reconhecimento para todas as áreas de graduação, por um lado, assim como nem todos os graduados terão garantidas sua inserção no mercado de trabalho com remunerações e reconhecimento compatível com a profissão que escolheram.

Em relação à questão do mercado de trabalho contemporâneo, Neves (2008) enfatiza que as políticas neoliberais difundem a idéia de que quanto mais educada a força de trabalho, melhor o desempenho da economia, mais qualificados os empregos, mais justa a distribuição de renda e, quanto mais capacitado o trabalhador, maiores as suas chances de ingressar no mercado de trabalho. Além disso, segundo esse ideário, se estimula a formação de um homem empreendedor e colaborador, que atribua a si a resolução dos graves problemas decorrentes da produção capitalista e das desigualdades sociais daí decorrente.

Na verdade, de acordo Antunes, no mundo globalizado contemporâneo o capitalismo rompe barreiras geográficas, leva o desenvolvimento desigual a toda parte. Com isso, “vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos também são agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Estes são desregulamentados, são flexibilizados” (Antunes, 1995, p. 24). Além disso, ocorre à

apropriação da subjetividade do trabalhador, sob a forma do trabalho desqualificado, repetitivo e intenso, leva ao sofrimento, que se confunde com a possibilidade de melhoria da condição de vida. Por outro lado, agravando essa situação, a partir dos anos de 1980, verifica-se o que Pochmann denominou de dessalariamento resultante da precarização do trabalho. Desse modo, “O aumento do desemprego veio acompanhado da diminuta geração de postos de trabalhos, na maioria precária”, alterando qualitativamente o mundo do trabalho (POCHMANN, 2006, p. 113)

Essa mudança nas relações do mundo do trabalho se verifica por meio de um processo contraditório que exige maior qualificação do trabalhador em detrimento da qualificação da atividade desempenhada. Como resultante passa a exigir a formação permanente e qualificação de mão-de-obra, porém não garante a permanência da qualidade de vida e do emprego. Desse modo, o aumento da oferta de escolaridade para a satisfação das necessidades oriundas da reestruturação produtiva das empresas não foi suficiente para que o nível de emprego alavancasse. Diante do desemprego estrutural, encontramos um trabalhador empobrecido e um crescimento do setor de serviços combinado com a expansão da economia internacionalizada, que subordinou questões sociais às econômicas (RAMOS; SANTOS, 2008).

CAPÍTULO 05

O TRABALHO EM EQUIPE NO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

As principais características das instituições de ensino que fizeram parte dessa pesquisa, assim como os projetos políticos pedagógicos, estrutura curricular composição da carga horária e o perfil dos estudantes que fizeram parte do grupo amostral foram tratados no capítulo 04. A técnica utilizada para captar os discursos dos sujeitos já foi explicada no capítulo introdutório. A atenção neste capítulo será dada à análise do teor dos discursos obtidos nas entrevistas semi-estruturadas com os estudantes e os coordenadores do curso técnico de enfermagem. A intenção é compreender a luz das discussões teóricas, realizadas nos capítulos 02 e 03, o que os estudantes do curso técnico de enfermagem e respectivos coordenadores desses cursos, entendem, tanto do ponto de vista teórico como prático, por trabalho em equipe, sobretudo o trabalho em equipe do técnico de enfermagem. Além disso, buscamos identificar o conhecimento dos discentes sobre princípios e valores do SUS veiculados pelo Ministério da Saúde, bem como sobre o padrão técnico organizativo do SUS, cuja lógica exige conhecimentos sobre trabalho em equipe

Como explicitamos na metodologia a sistematização do material empírico coletado foi feita por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo. Vale lembrar que o sujeito coletivo, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa também uma referência coletiva quando este sujeito singular fala *pela* ou *em nome* de uma coletividade, expressando o pensamento do sujeito coletivo, ou seja, um pensamento social. O pensamento coletivo se configura então, como um idioma que viabiliza e permite a troca entre indivíduos distintos de uma mesma cultura, o qual é obtido individualmente, por abstração, com base em um conjunto de falas individuais de sentido semelhante ou complementar, visando expressar e representar um pensamento coletivo. Sendo assim, o pensamento coletivo pode ser traduzido como um conjunto de discursos sobre um tema, o qual dá luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. Sintetizando, o discurso do sujeito coletivo, é uma maneira de fazer a

coletividade falar diretamente sobre determinado tema ou questão (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Dessa forma, os resultados que ora apresentamos estão organizados segundo os **temas** que nortearam a organização da entrevista semi-estruturada. Assim para que possamos dar inteligibilidade analítica aos mesmos a exposição está organizada segundo os principais temas das entrevistas. Para cada tema eixo apresentamos os discursos dos sujeitos coletivos obtidos, assim como uma reflexão analítica sobre os mesmos à luz da literatura discutida nos capítulos 02 e 03. Em primeiro lugar, analisamos a visão dos discentes, e na sequência a visão dos coordenadores dos cursos e concluímos confrontando as duas visões.

5.1 A VISÃO DOS DISCENTES SEGUNDO OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Tema 01: Motivos da escolha do curso técnico de enfermagem.

A análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desse tema evidenciou a presença de cinco Idéias Centrais (IC): “**A**”- problemas de saúde na família, “**B**”- gostar de cuidar das pessoas, “**C**”- experiências anteriores, “**D**”- presença de parentes na área de saúde, “**E**”- desejo de fazer curso superior na área de saúde. A seguir os discursos cujas idéias centrais sintetizam essas motivações.

Idéia Central **A**: Problemas de saúde na família.

Teve casos de enfermidades na família e, sempre eu tomei conta de tudo [...]. O meu sobrinho ficou internado, posteriormente o meu esposo também por mais ou menos uns vinte dias e eu acompanhei [...]. Também acompanhei a minha mãe na internação por muito tempo [...], aí eu fui acompanhando e gostei da profissão [...]. E também perdi uma pessoa de infarto fulminante [...] e depois eu presenciei o meu filho tendo crise de convulsão, mas consegui resolver a situação [...]. Aí depois eu pensei que tendo instruções eu poderia ajudar salvar mais pessoas [...]. Ví o meu marido ser assassinado e não pude fazer nada para ajudar, o que não consegui fazer por ele eu vou fazer pelos outros [...]. A minha mãe morreu por causa de erro dos profissionais. Se eu tivesse o curso poderia ajudar a aliviar o sofrimento dela [...]. Eu sempre cuidei da saúde da minha família [...]. Então, fiz o curso para cuidar mesmo da minha família [...]. A minha

mãe teve câncer [...] já o meu irmão um problema mental [...]. Com tudo isso eu senti mais necessidade de estudar para entender esses problemas [...]. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

Neste DSC pode ser observado que a escolha pela profissão de técnico de enfermagem esteve relacionada às vivências com enfermidades no seio da família. No estudo de Fernandes (2010) realizado em Porto Alegre com egressos do curso técnico de enfermagem, também compareceu essa experiência prévia com familiares enfermos dentre os motivos da escolha pelo curso.

Ao longo das suas histórias de vida, os participantes do estudo tiveram contato com elementos do processo saúde/doença que evocaram o CUIDAR. Este é referido na literatura como uma das especificidades da profissão enfermagem, mas que na perspectiva de um trabalho em equipe, pode e deve ser compartilhado com outras profissões. Nas considerações de Lima (2005 p. 27), “a enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências, voltada ao cuidado dos seres humanos, cujo campo de conhecimento, fundamentações e práticas abrange o estado de saúde até os estados de doença [...]”.

Mas afinal, como pode ser definido o cuidado? De acordo com Pinheiro (2006) o cuidado é um modo de fazer na vida cotidiana caracterizado pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização, assumindo assim a dimensão de prática cotidiana, como atividade concreta de homens e mulheres, baseados nos diferentes saberes, formais e informais tais como os advindos das experiências, em busca de aliviar o sofrimento e minimizar tensões que fragilizam a saúde (BARROS; PINHEIROS, 2010). De acordo do Backes e colaboradores (2006), o cuidado como essência da vida perpassa desde os pequenos atos do pensar, do ser, do fazer, e até a configuração de um processo de cuidar que envolve tanto o ser cuidado, quanto o cuidador .

Merhy (2007) ao abordar o modo como as diferentes profissões visualizam o campo do cuidado em que atuam, chega à conclusão de que embora essas profissões do campo da saúde venham procurando imprimir as próprias marcas nas ações da saúde evidenciando as suas distinções, na verdade, elas continuam mostrando semelhanças na compreensão de que a doença, enquanto processo instalado de patologia no corpo biológico, com comprometimento da função, é uma das mais

importantes causas do sofrimento no plano individual ou coletivo. E de acordo com Teixeira (2009), as transformações que se desejam obter em determinadas práticas estarão correlacionadas com as transformações nos modos como os problemas são reconhecidos e configurados por esse campo, o que leva o autor a falar em indissociabilidade das transformações no campo das práticas e no campo problemático. Com isso podemos entender que os problemas de saúde presentes nos discursos dos alunos continuarão sendo um norteador das suas práticas, no entanto, Ayres (2001) propõe um novo orientador das práticas em saúde que contemple os “projetos de felicidade”. Ou seja, incorpora novos referenciais abertos ao devir e ao compartilhamento, que leva em consideração os valores, desejos e aspirações dos sujeitos do cuidado.

Idéia Central **B**: Gostar de cuidar das pessoas

O motivo é poder cuidar de alguém, ajudar a alguém [...]. Porque é uma coisa assim que ajuda aos outros. Acho importante contribuir com os outros então a enfermagem me tocou muito. Eu sempre fui uma pessoa muito prestativa, sempre me preocupei muito com os outros. Acompanhei em hospitais. Ajudei em casa pessoas acamadas. E as pessoas me ligam e dizem: Ai [...] vem aferir a pressão. Isso tudo por gostar. Então eu fui aprendendo a aferir a pressão, a usar um termômetro. Entre outras coisas, fazer curativo. E eu sempre gostei de fazer. Mas sem o curso você não tem a profissão. Você apenas ajuda. Mas com o curso vou poder ganhar um dinheirinho com isso [...]. Eu gosto mesmo é de estar em contato com as pessoas [...]. Eu gosto de cuidar tenho uma facilidade muito grande de me envolver com as pessoas, de ajudar [...]. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Outro motivo para a escolha da profissão presente no discurso do sujeito coletivo acima foi o gosto por cuidar das pessoas. Este motivo também esteve presente nos estudos de Spindola, Martins e Francisco (2008) e Wendhausen e Rivera (2005). O cuidado é relacional, uma vez que ocorre num processo de interação entre os agentes envolvidos. Considera-se ainda que, na área da saúde, todos são profissionais do cuidado, a diferença está na forma de se expressar esse cuidado. No caso da enfermagem deve-se, sobretudo, ao fato de que a “enfermagem não é nada mais que a profissionalização da capacidade de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem” (WENDHAUSEN; RIVERA, 2005 p. 112).

Figueiredo e Silva (1997) nos seus estudos argumentam que quase a metade dos seus entrevistados tinha a expectativa de ao concluir o curso poder ajudar as

pessoas. O sentimento de “gostar de cuidar das pessoas” deve ser sempre lembrado pelos profissionais técnicos de enfermagem e demais trabalhadores da saúde como aspecto da própria motivação para a escolha laboral. Ademais, pode ser um dos fatores facilitadores de práticas humanizadoras do cuidado no cotidiano das equipes de saúde.

Nessas práticas são considerados os aspectos da valorização, autonomia e protagonismo dos autores, co-responsabilidade na produção da saúde e nos processos de subjetivação intrínsecos a prática do cuidado; sensibilidade à percepção das necessidades sociais; implicação com o processo de trabalho e superação das condições em que o mesmo se processa (BARROS; PINHEIRO, 2010).

Ayres (2006) considera que o cuidado pode ser capaz de resgatar a presença humana nos modelos assistenciais de saúde, por situar-se no nível de uma sabedoria prática produzida no momento em que se efetua o trabalho incluindo a dimensão ética e política das escolhas compartilhadas. Para o autor o ideal de humanização está relacionado ao compromisso das “tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum” (AYRES, 2005 p. 550). Nesse sentido Barros e Pinheiro (2010) afirmam que a sabedoria prática mantém uma aproximação com os saberes técnicocientíficos, entretanto, ao se buscar apenas o êxito técnico das ações de saúde fica comprometida a oferta de uma atenção humanizada e integral à população.

É válido lembrar que a essência do cuidado requer a capacidade de detectar, sentir e interagir com a necessidade humana, seguindo o lema defendido por Horta (1969) de “gente que cuida de gente”. Assim, ter o cuidado e a humanização como horizontes normativos das práticas de saúde impõem no cotidiano dos serviços mais do que saberes técnicos e formação específicos; traz também a necessidade de outras atitudes dos sujeitos em relação ao próprio trabalho à sua organização e à sua relação com a alteridade (BARROS; PINHEIRO, 2010). Isso envolve desde as questões do projeto terapêutico perpassando pela gestão dos serviços até as políticas de saúde

Idéia Central **C**: Experiências anteriores

Eu gosto do que eu faço, sou auxiliar de enfermagem e como me identifiquei com a profissão, resolvi fazer o técnico. Já havia começado outras vezes, mas só agora é que estou conseguindo concluir [...]. Eu me identifiquei porque eu trabalhei uma época na área de nutrição hospitalar [...]. Também trabalhei no laboratório de um hospital [...]. Depois da experiência eu peguei uma paixão pela enfermagem [...]. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Outro aspecto relacionado à motivação pela escolha do curso técnico de enfermagem mencionado pelos discentes, conforme apontado pelo DSC, foi à experiência prévia de trabalho na área da saúde, sendo citado o trabalho na função de auxiliar de enfermagem, na área de nutrição hospitalar e laboratório. Observa-se que mesmo sendo conhecedores da área de atuação do técnico de enfermagem, bem como do mercado de trabalho, relações estabelecidas na profissão, questões salariais, desigual valoração profissional, dentre outros problemas, estes insistem em buscar a formação no nível técnico de enfermagem.

As experiências abrangem aspectos variados como costumes, regras, formas simbólicas de dominação, leis, instituição, dentre outros que partilham o espaço social e histórico (WAINBERG, 2004). Para Fleury e Fleury (2001) a experiência profissional é também uma das fontes de aquisição de competências. Isso pode ser visualizado nos relatos de Peduzzi e Anselmi (2004), que a partir da escuta de enfermeiros e médicos, puderam relacionar o bom desempenho da atividade profissional dos trabalhadores do nível médio da enfermagem com as experiências prévias na área da saúde.

Idéia Central **D**: Presença de parentes na área de saúde

Porque eu gosto e tem um histórico na minha família de enfermagem, meu tio e minha mãe são enfermeiros, a minha tia que mora em Minas Gerais também é enfermeira [...]. Eu odiava hospital, mas a minha cunhada que é técnica de enfermagem ficava sempre me incentivando [...]. Eles me induziram. E eu hoje acho que fiz a escolha certa [...]. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Também foi apontado como motivo de escolha da profissão a presença de parentes na profissão, o que está em consonância com Backer (2006) ao identificar nas escolhas profissionais a influência de familiares trabalhando na área de enfermagem. Santos (2005), por sua vez, argumenta que a história familiar interfere

na formulação conceitual dos jovens sobre si, bem como na própria compreensão das suas aptidões. A autora afirma ainda que o ser humano precisa de projetos para viver, nesse sentido, empenham esforços na construção de projetos do presente, mas marcados pelo passado e projetados para o futuro. Dessa forma, entende-se que os familiares são também referências nas escolhas profissionais dos indivíduos.

Idéia Central E: Desejo de fazer um curso superior na área da saúde

O meu sonho mesmo era o de fazer medicina [...], o meu objetivo é fazer medicina, mas fiquei pensando vou para o hospital. Será que vou ter coragem de ver sangue? Então minha mãe me incentivou a fazer o curso técnico pra ver se tenho jeito [...]. Quero concluir o técnico para me manter na faculdade [...]. Pode ser de enfermagem [...]. Eu não tenho dinheiro suficiente para fazer um superior [...]. Mas se eu gostar do técnico eu vou tentar o superior [...].(DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Conforme evidenciado no DSC anterior, as desigualdades de acesso ao nível superior de ensino, tem se configurado como um dos motivos pela escolha do curso técnico de enfermagem. Esse aspecto também foi observado nos estudos de Stutz (1998 p. 77) ao afirmar que “a escolha profissional passa a estar relacionada, em primeira instância, não ao desejado, mas ao que é possível”. Do mesmo modo Zanei e Ide (2000) ao tratar da mobilidade ocupacional na enfermagem destacam algumas dificuldades no trajeto profissional de quem necessita ingressar no mercado de trabalho antes de iniciar uma faculdade, tais como: necessidade de manutenção do emprego no cargo já ocupado, agravamento das dificuldades financeiras pela obrigatoriedade das mensalidades escolares, completa falta de tempo para atividades de lazer e descanso, falta de tempo para dedicação aos estudos, entre outras.

As razões pelas quais os indivíduos fazem opção por determinada profissão estão relacionadas a diversos fatores, tais como a habilidade, traços da personalidade, história de vida e inserção social (SILVA, 1996). Segundo Batista e colaboradores (2005) as ações do indivíduo são guiadas por motivos desafiantes que ativam o organismo, orientam e reforçam as condutas humanas em busca de se atingir de forma satisfatória determinados objetivos e um conseqüente grau de satisfação. Para as teorias sociológicas as condições sociais seriam determinantes na opção do estudante (STUTZ, 1998).

Tema 02: Conhecimento sobre a estrutura curricular do curso Técnico de Enfermagem

O Projeto Pedagógico contribui para o enfrentamento refletido, consciente, sistematizado e orgânico dos desafios postos no cotidiano da escola. A sua construção deve ser participativa. Trata-se de uma metodologia que permite re-significar a ação de todos os agentes da instituição (VASCONCELOS, 1995). Para isso, ele deve ser de conhecimento público e não se limitar às gavetas dos estabelecimentos de ensino.

Os discentes foram interrogados sobre alguns aspectos da estrutura curricular tais como: conhecimentos sobre o Projeto Político Pedagógico do curso, grades curriculares e diretrizes curriculares do curso técnico. Observamos que o PPP e as DCNs são elementos distantes do conhecimento do estudante (12 afirmações para cada uma das variáveis). Sendo a grade curricular o elemento mais acessível (obtivemos 21 afirmações). Além disso, verificamos que alguns alunos possuíam a sua cópia no caderno escolar e se organizavam cotidianamente de acordo com este material.

Nas afirmações sobre os conhecimentos a respeito do PPP e das DCNs, o acesso ao conteúdo ocorreu por meio do site da escola e, em um dos estabelecimentos havia folders que falavam sobre os cursos oferecidos e continham elementos do PPP. O DSC a seguir mostra como esse conhecimento se efetua.

Idéia Central A: Eu tenho uma idéia do assunto

[...] li sobre isso no site da escola [...] no PPP daqui eles frisam muito a humanização para o paciente e a técnica correta. Se você não souber não deve fazer, a não ser que pergunte a quem sabe [...] Sobre as diretrizes eu tenho uma idéia do que seja. Seria a descrição da responsabilidade e formação de caráter de cada um profissional... (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Nesse aspecto observamos que o emprego das diversas formas de divulgação de assuntos pertinentes a formação pode ser o início de um processo de ensino mais participativo conforme preconizado pelas atuais DCNs, diferente do adiestramento de pessoal, parte do processo histórico das profissões do nível médio da enfermagem (DANTAS; AGUILAR, 1999).

Tema 03: Conhecimento sobre temas especiais do campo da saúde

Conhecer alguns componentes da formação dos futuros profissionais da saúde torna-se de suma importância, na medida em que profissionais conhecedores do SUS e das políticas de saúde tendem a adquirir uma postura de compromisso mediante as necessidades deste sistema (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; GUIZARDI et. al., 2006; ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2007). A partir desta premissa, os entrevistados foram questionados se temas tais como: SUS, Integralidade, Estratégia de Saúde da Família e Trabalho em equipe, presentes no PPP, foram trabalhados em sala de aula ou estágio.

Conforme mostra a Tabela: 04 os temas: SUS, Integralidade, Estratégia de Saúde da Família e Trabalho em equipe estiveram presentes nas salas de aula ou campos de estágio, o que demonstra uma consonância com os PPPs analisados.

Tabela 4: Temas estudados durante o curso técnico de enfermagem

Temas	Sim	Não
SUS	25	2
Integralidade	22	5
Estratégia de Saúde da Família	26	1
Trabalho em Equipe	27	-

Fonte: Dados coletados pela autora: Período: outubro-2010 a fevereiro-2011

Idéia Central: Estudo sobre SUS, Integralidade, Estratégia de Saúde da Família e Trabalho em Equipe

Desde o início da matéria os professores vêm falando muito sobre o SUS, porque é onde fazemos estágio [...]. O SUS é uma referência [...]. Foi estudado em fundamentos de enfermagem, uma disciplina que é ministrada logo no início do curso [...]. Integralidade, trabalho em equipe e ESF estudei em ética e psicologia [...]. Esses assuntos foram mais falados nas salas de aula [...]. Sobre o trabalho em equipe desde a primeira matéria, em ética [...]. Foi falado sobre como trabalhar em equipe, [...] a importância do trabalho em equipe [...]. Todas as matérias falaram do trabalho em equipe, principalmente a de ética [...]. O Trabalho em equipe agente ouve em todos os momentos, no estágio, aqui mesmo na sala de aula [...].(DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

A presença desses temas nos PPPs e nos discursos dos estudantes permite inferir que há uma intencionalidade de direcionar a formação para as necessidades de saúde da população, embora a estrutura curricular ainda permaneça atrelada às disciplinas que tradicionalmente reforçam a prática médica hospitalar.

Tema 04: Considerações sobre os estágios curriculares

Neste tema buscou-se apreender, por meio da entrevista aos discentes, questões referentes aos estágios curriculares. As respostas obtidas resultaram em expressões-chave (ECH) que puderam ser agrupadas em três Idéias Centrais (IC): **“A”** - descrição dos estágios curriculares, **“B”**- não tenho como estagiar durante o dia porque trabalho e **“C”**- fiz estágio na USF, como visto a seguir:

Idéia Central A: Descrição dos estágios curriculares

Os locais de estágio são os mesmos, mas os grupos são diferentes. Na unidade agente ficou mais assim aferindo a pressão arterial quando a pessoa ia lá fazer o controle, fazíamos curativos, medicação. Eu não sei se lá tinha ESF. No Pronto Atendimento foi o local que mais gostei porque deu pra fazer mais medicação. No Hospital [...] no início, foi mais pra ver a evolução do paciente. Também fiz estágio noutro Hospital [...], no Hospital [...], na maternidade e também no CTI. Nestes, eu troquei soro, fiz os testes de glicose, aferi a pressão, dei banho no leito, acompanhei o atendimento de uma parada cardiorespiratória. Mas sobre o PSF, não posso falar do PSF enquanto prática porque não vivenciei. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Os estágios curriculares se constituem em espaços de vivências reais de trabalho que permitem ao estudante não apenas adaptar-se, mas também transformar para nela intervir e recriar. São importante para a integração do aluno ao mercado de trabalho, aprimoramento das habilidades, bem como, fazem parte de um aspecto relevante na formação da pessoa (BOUSSO et.al. 2000; NUNES, 2006). Geralmente realizados em grupos, nesse aspecto, a pesquisa de Charlot (2001) enfatizou a importância que as relações interpessoais têm no processo de aprendizagem entre jovens de escolas profissionais.

Neste estudo ficou evidente que o principal campo de estágio do curso técnico de enfermagem continua sendo o espaço hospitalar. No entanto, para a formação dos profissionais de saúde, tem-se preconizado, por meio das DCNs, uma nova cultura de saúde levando em conta a integridade do ser humano. Dessa forma, a atenção

primária não deve ser associada à tecnologia simplificada ou capacitação insuficiente (BRASIL, 1999). Entretanto, foi possível constatar que a maior parte dos alunos (n = 23) mesmo cursando os módulos terminais ou próximos destes ainda não havia realizado estágio em Unidade de Saúde da Família (USF), dado que, neste nível de atenção é notório um direcionamento por parte dos estabelecimentos de ensino para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), local que funciona 24 horas, ou seja, atende ao critério de flexibilidade no ensino técnico, que constantemente esbarra em questões tais como as apresentadas no próximo DSC.

Idéia Central B: Não tenho como estagiar durante o dia porque trabalho

Eu faço estágio nos finais de semana porque durante o dia eu trabalho [...], então, só posso fazer estágio em horários noturnos ou nos finais de semana. Eu teria que fazer na USF de [...], mas não deu. Isso porque a Unidade não funciona à noite, então, nós fizemos trabalhos para compensar. Cada um foi até a Unidade de Saúde do Bairro para pesquisar e apresentar na sala. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

O DSC expressa a limitação relativa à disponibilidade de tempo para os estudos por parte daqueles que têm a necessidade de trabalhar durante o período da formação, uma realidade bem comum na vida de muitos dos estudantes de cursos técnicos profissionalizantes já evidenciada nos estudos de Lima (2004; 2007) e Stutz (2009).

Idéia Central C: Fiz estagio na USF

Fiz visitas e todos os procedimentos que cabem ao técnico. Tinha equipes e cada um trabalhava um ajudando o outro. Mas cada um no seu lugar. Curativo, triagem. A ESF lá em [...] funciona bem. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Dentre os alunos que fizeram estágio em USF foi possível observar que embora inseridos em locais que possuem o compromisso com novas práticas de trabalho em saúde, para os entrevistados, permaneceu a ênfase nos procedimentos técnicos. Entretanto, por meio dessa vivência em uma USF eles puderam reconhecer na ESF a importância educativa e preventiva do trabalho realizado naquele espaço.

Idéia Central D: Importância da ESF

A ESF é importante para levar conhecimento a população e falar pra eles sobre os direitos que eles têm. Também para a organização da marcação de saúde. Eu vejo como um programa mais voltado para a prevenção. A ESF é muito boa, sei que trabalha mais com a prevenção e educação. A

professora que tem essa experiência falou muito sobre o dia a dia do trabalho em ESF. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Neste DSC pode se observar que os alunos atribuem a ESF a responsabilidade pela divulgação de conhecimentos relacionados aos direitos dos cidadãos o que inclui o direito a saúde sendo lembrada em especial a prevenção de danos e agravos. Uma das entrevistadas discorreu sobre o estágio realizado em USF em caráter voluntário, dado que o estabelecimento de ensino em que estuda não oportunizar o estágio nesse local. “Lá eu fui como voluntária. Particpei de reunião pra saber do andamento do posto, fiz palestras. No momento do meu estágio tinha um pessoal de uma faculdade particular. E eu me juntei com eles” (E 23). Echer e colaboradores (2003) consideram o estágio voluntário como uma prática de ensino-aprendizagem que permite o aprimoramento e desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, sendo caracterizado por acontecer por iniciativa/escolha do aluno, e para isso, precisa ser significativo para o aprendiz, envolvendo-o como pessoa integral, e possibilitando o trabalho de questões humanas, éticas e profissionais.

No que concerne ao conhecimento sobre o papel e as funções do técnico de enfermagem na estratégia de saúde da família, a tabela a seguir, revela a percepção dos discentes entrevistados.

Tabela 05 – Grau concordância sobre papel/funções do Técnico de Enfermagem na ESF

Quesitos	Concordo	Concordo Plenamente	Discordo	Discordo plenamente	Total
Na ESF só o ACS é quem deve fazer visitas domiciliares	1		23	3	27
Na ESF o TE também faz visitas domiciliares	24	2		1	27
Na ESF o TE não tem espaço de atuação, pois este espaço compete ao auxiliar de enfermagem	3		19	5	27

Fonte: Dados coletados pela autora: Período: outubro-2010 a fevereiro-2011

Como se observa na Tabela 05, a maioria dos alunos concorda que o técnico de enfermagem deve integrar a equipe de saúde e fazer visitas domiciliares, assim

como a maioria discordou que o técnico de enfermagem não teria lugar na ESF ao lado dos demais profissionais da equipe da ESF.

Conforme a Portaria 648, de 28 de março de 2006 o auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem integram a equipe de ESF. Mas na realidade do cotidiano dos serviços são encontrados profissionais com formação nos dois níveis (técnico e auxiliar) vinculados como auxiliar. Cotta e colaboradores (2006) em estudo sobre o perfil dos profissionais da equipe de ESF identificaram que todos os auxiliares possuíam o nível técnico, o que reforça a importância da implementação de políticas de valorização profissional para essas categorias.

Tema 05: Considerações sobre o SUS

Na análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para esse tema ficou evidenciada a presença de três Idéias Centrais (IC): “**A**”- sou usuário (a) do SUS, “**B**”- Não sou usuário (a) do SUS, “**C**”- o SUS tem muitas pendências.

Idéia Central A: Sou usuário (a) do SUS

Sou usuária do SUS [...]. O que tem lá perto de casa (UBS) é uma tristeza já que para conseguir uma vaga, uma consulta é muito difícil [...]. Apesar de tudo ele me dá suporte nas minhas necessidades [...]. Mas hoje, se eu tivesse que escolher entre plano de saúde e o SUS, eu opto pelo SUS em alguns momentos porque está mais voltado para a sociedade para aqueles que estão mais necessitados [...]. Já no privado, eu pago um plano, mas quando precisei tive que esperar por três dias, mas desisti e procurei o SUS sendo prontamente atendida [...]. Na minha casa nós temos plano de saúde, mas um tratamento caro que a minha irmã precisou, foi o SUS que forneceu [...].(DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Dentre os entrevistados, 25 se consideram usuários do SUS ao passo que dois se declararam como não sendo usuários do sistema. Além disso, foi possível observar a associação ao SUS enquanto prestação direta de serviço de saúde, como consultas, internação, aquisição de medicamento fornecido pelo SUS. Porém, não foram levadas em conta as outras ações do sistema, tais como a vigilância sanitária, o programa nacional de imunização dentre outras ofertas de serviços do SUS que perpassam pela vida de todos os cidadãos em território brasileiros (PAIM, 2009). Também, esteve presente no discurso a idéia do SUS para pobre, ou seja, para os

mais carentes, entretanto, é crescente a participação da classe média, sobretudo para os tratamentos da alta complexidade.

Idéia Central **B**: Não sou usuário (a) do SUS

Não sou usuária do SUS [...], nele tudo é demorado, hoje graças a Deus eu não uso mais o SUS porque tenho o plano da empresa [...]. Nos postos lá do bairro nunca tem médico [...], se precisa de um ginecologista, não tem [...].(DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Neste DSC ficou evidente uma certa satisfação por parte dos discentes em poder afirmar que não necessitavam mais do SUS dado a aquisição de planos privados de saúde. Entretanto, de acordo com Martins e colaboradores (2011), negar ser usuário do SUS traduz uma limitação de conhecimento sobre o sistema sanitário do país (MARTINS, et. al. 2011).

Idéia Central **C**: O SUS tem muitas pendências

Eu acho que o SUS ainda tem muitas pendências [...]. Tem um vazio que não dá conta de todos [...]. Eu penso que deveria melhorar bastante [...]. Tenho visto muito descaso em alguns hospitais que as pessoas procuram. E depois que inventaram esse negócio de ficha amarela, ficha verde [...], no público quem é verde acaba ficando sem atendimento [...]. É preciso ter mais empenho e ajudar os mais carentes, ter mais especialidades [...]. No início dos serviços de saúde é tudo muito bom. Por exemplo, no meu bairro antes tinha várias especialidades [...]. Médicos, ginecologistas [...]. Hoje a gente pra marcar um ginecologista demora meses, isso se disser que está morrendo de dor no útero. Se for um caso de uma pedra na vesícula precisando de cirurgia leva meses pra conseguir [...]. Tem muita demora no atendimento [...]. O SUS deveria melhorar isso [...].(DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Os alunos entrevistados pontuaram algumas dificuldades do SUS no que tange ao acesso aos serviços de saúde, sobretudo no caso das especialidades médicas. Essa é uma queixa constante em diversos estudos que envolvem usuários e profissionais da saúde, tais como os de Cruz (2007), Rodrigues e Ramires (2008) e Scochi e colaboradores (2008) e Silva (2009). O preocupante nessa questão é que tanto os alunos, ainda em processo de formação, quanto os profissionais do campo da saúde, demonstram certa dificuldade de compreender a lógica de funcionamento do modelo de atenção vigente.

Outra observação presente nos DSC esteve relacionada às incongruências do SUS no que concerne a dimensão do que é proposto no plano teórico em contraposição aquilo que de fato se observa nas práticas. Desse ângulo, se verifica enaltecimento

da política que norteia o SUS, por um lado, em detrimento da forma como se processa a prática profissional, no cotidiano das ações e das condições de acesso e acessibilidade dos usuários ao sistema de saúde. O discurso do sujeito coletivo, a seguir, evidencia como essas incongruências são percebidas pelos discentes entrevistados.

Idéia Central D: O SUS na teoria é lindo, mas na prática [...]

Era para ser o melhor plano de saúde do mundo [...]. Era para ser. Mas não é porque as pessoas não estão capacitadas, ou então ficam se aproveitando da oportunidade que tem lá dentro para não fazer nada [...]. Na teoria o SUS é bom, mas é mal administrado [...]. Na escrita ele tem projetos muito lindos, mas na prática não é bem aquilo que se vê [...]. Onde eu estava estagiando tinha muita tecnologia, mas os profissionais não eram tão capacitados na parte humana [...]. Eram até um pouco ríspidos [...]. É o plano de saúde mais perfeito no papel [...]. Tem muita perfeição [...]. Mas não funciona direito [...]. Tem muita burocracia [...]. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

O SUS nasceu de uma vertente oposta às reformas setoriais das décadas de 1980 e 1990, com isso, a sua implementação veio se caracterizando por avanços e retrocessos, influenciados tanto pelas dimensões geográficas e heterogeneidades do Brasil, quanto pelas diversidades de interesses políticos e ideológicos que regem o país. Assim, muitas dificuldades são encontradas no cotidiano dos seus trabalhadores, sendo constantemente evidenciados os confrontos entre os princípios teóricos e as realidades encontradas nos serviços (ROCHA; HAHN, CARRENO, 2009).

Tema 06: Trabalho em equipe na formação do técnico de enfermagem

A formação do profissional técnico de enfermagem não se esgota no aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, dentre elas a abordagem de questões referentes ao trabalho em equipe (ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2007). Sobre esse aspecto, questionamos aos discentes sobre os conteúdos e práticas em sala de aula e/ou em estágios relativos ao trabalho em equipe. A partir desse questionamento as respostas obtidas puderam ser agrupadas nos âmbitos da divisão de tarefas/ajuda/comunicação, comportamentais e multidisciplinaridade.

Idéia Central **A**: Dividir as tarefas, ajudar e comunicar

Na enfermagem é primordial trabalhar em grupo, porque melhora o tempo de fazer as coisas. O trabalho se torna mais fácil, tornamos mais ágeis. Tem tudo a seu favor e gera mais benefícios, mas para isso tem que dividir o trabalho e quando um precisar de um apoio deve procurar ajudar e comunicar o que está sendo feito ali com o cliente, ou seja, dividir as tarefas e ajudar. Tem que estar sempre se lembrando dos detalhes e alertar os outros (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

O DSC dos discentes reforça a idéia de divisão de tarefas no trabalho em equipe de enfermagem com vistas a otimizar o tempo das atividades, essa noção encontra respaldo na influência que os modelos taylorista/fordista tiveram na organização da enfermagem (PEREIRA; RAMOS, 2006). Mas também agrega os valores da integração, quando enfatiza que a comunicação e relação de ajuda mútua dos integrantes de um grupo é condição essencial para o atendimento dos usuários dos serviços de saúde (PEDUZZI, 2007). A atividade realizada em grupo, com agentes que interagem e mantêm relação de apoio mediada pela comunicação também encontra respaldo nas considerações de Peduzzi e Anselmi (2002), ao afirmarem que a enfermagem configura uma prática na qual a intervenção técnica é permeada pela interação entre os agentes e as dimensões éticas e comunicativas associadas à dimensão técnica.

Idéia Central **B**: Equipe Multidisciplinar

Falaram que é uma equipe multidisciplinar com várias funções e às vezes vários setores trabalhando juntos para prestar uma melhor assistência. É a união e, se tem algum caso difícil é juntar o grupo e tentar resolver. Quando um erra na equipe todos pagam por esse erro. Quando um recebe o elogio, ele é válido para todos [...] (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

O discurso do sujeito coletivo sobre trabalho em equipe evidencia a forma como os discentes absorveram essas noções, assim como a forma como percebem a responsabilidade que devem ter no exercício da profissão. Também é possível inferir que há sintonia entre as falas dos discentes e a natureza do processo de trabalho do técnico de enfermagem.

Nos serviços de saúde, diferentes trabalhadores são fundamentais para o atendimento das questões envolvidas no processo de saúde e doença, uma vez que o cuidado não se restringe a ação de uma categoria profissional, o que justifica a ênfase nas equipes multidisciplinares. O processo de trabalho do técnico de

enfermagem requer que este profissional consiga articular as intervenções e as atividades realizadas com as ações dos demais agentes da equipe, dado ao caráter multiprofissional do cuidado em saúde (BRASIL, 1999). Nessa lógica, o comprometimento do profissional com o outro, somado a sensação de pertencer a uma equipe, supera a irresponsabilidade, assim, o sucesso ou o fracasso nas ações de saúde, deixa de ser atribuído ao indivíduo passando a ser responsabilidade da equipe (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008; BONALDI, et. al., 2010).

Idéia Central **C**: Comportamento no ambiente de trabalho

Os professores falaram muito sobre o trabalho em equipe, de modo geral falaram que era para facilitar o trabalho e não ficar isolado tem que ter integração visando o bem estar do paciente. Tem que saber lidar com as pessoas no lugar de trabalho, evitar discussão e saber interagir com responsabilidade e respeito para com os colegas. Ensinar como conversar entre nós e com os clientes, como se portar e se vestir. Tem que na hora do trabalho ser profissional independente das desavenças. Tentar ao máximo ser colegas e amigos, pelo menos na hora do serviço. Não precisa ser amigo lá fora, mas durante o serviço sim. Falaram sobre a dificuldade de se conviver com outras pessoas. Alguns querem mandar mais. É ter um superior e saber o lugar certo de cada um. É saber o que pode e o que não pode, por exemplo: se percebo que tem que fazer alguma coisa por um paciente, tenho que lembrar da hierarquia, pois dependo da autorização da minha chefe [...].(DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)..

Nos cursos técnicos analisados, os discentes mencionaram que ao falar de trabalho em equipe os professores abordaram também algumas dificuldades que compõem no cotidiano dos serviços, tais como discussões, desavenças, disputa de poder e hierarquias. Mas, visando melhorar o convívio no ambiente de trabalho, foram pontuados alguns comportamentos socialmente aceitáveis, tais como: saber lidar com as pessoas, vestir-se de forma adequada ao ambiente, interagir de forma responsável. Sobre este aspecto, Pinho (2006) diz que não estão claramente definidos os conhecimentos, habilidades e atitudes envolvidas na dinâmica do trabalho em equipe, tendo em vista que uma série de fatores situacionais e periféricos influencia essa dinâmica laboral. No DSC evidenciou-se a forma como os discentes absorveram as noções de trabalho em equipe, assim como os comportamentos que devem pautar suas condutas no ambiente de trabalho.

Ainda neste DSC, quando é mencionado que existe um superior e é preciso saber o lugar certo de cada um, evidencia o valor que é dado à hierarquia na profissão. O próprio processo de trabalho da enfermagem caracterizado desde o início da sua

institucionalização como um trabalho dividido entre diferentes agentes, ao longo da história destinou aos enfermeiros a responsabilidade pelo planejamento e aos demais agentes (técnicos e auxiliares) a execução (PEREIRA, RAMOS, 2006). Estes devem agir sob a orientação e supervisão dos enfermeiros, o que acaba por também determinar uma dependência direta destes aos enfermeiros, sendo esse vínculo ratificado pela Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986; PEDUZZI; ANSELMI, 2002). Nesse aspecto, buscando alternativas aos tradicionais modos de gerir as ações nos serviços de saúde têm-se a co-gestão, centrada na participação e envolvimento da equipe de enfermagem, em que ao dividir as atividades e responsabilidades, o enfermeiro possibilite à equipe a autonomia necessária para a realização das tarefas delegadas (DANTAS, 2008).

Tema 07: Conceito de equipe

Em relação ao conceito de equipe foi importante notar que houve uma convergência de expressões-chaves que direcionavam ao entendimento de que uma equipe é um conjunto de trabalhadores que estabelecem relações de ajuda mútua. Desse modo, ao contrário dos demais temas abordados em nosso estudo que puderam ser categorizados em várias idéias centrais, nesse caso emergiu apenas uma idéia central: *Equipe é um conjunto em que um ajuda o outro*. O DSC a seguir mostra como foi definido pelos discentes o conceito de equipe.

Eu defino como uma união de pessoas [...]. O trabalho em enfermagem basicamente é em equipe, o enfermeiro sozinho ele não consegue trabalhar. Assim como o técnico de enfermagem sozinho, ou o médico sozinho. [...] Tem coisa que não é cabível pra minha profissão ou eu não consigo com o meu EU. Então tenho que pedir a ajuda de alguém. Tenho que saber dizer Fulano vem me ajudar, me auxiliar. Então é mesmo um conjunto em que um ajuda o outro tentando estar sempre somando. [...] Tem que um entender o outro para ajudar e tirar a dor de alguém. A vida da gente tem que ser em equipe. [...] Pra mim é mesmo um ajudar o outro para melhorar o setor de trabalho. Não dá pra fazer tudo sozinho. [...] Defino como uma corrente. Trabalho em equipe é a união, fazer tudo junto. Eu dependo de você e você depende de mim. Ninguém faz nada sozinho [...]. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Podemos observar que o DSC sobre o conceito de equipe ancorou-se na definição de Peduzzi (1998; 2007), que afirma tratar-se de uma modalidade de trabalho coletivo, configurada na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e

interação dos diferentes profissionais, que promovem por meio da comunicação a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais.

Também está em consonância com Piancastelli, Faria e Silveira (2000) que definem a equipe como um grupo ou um conjunto de profissionais com atividades complementares, comprometidos uns com outros em prol do alcance dos objetivos estabelecidos em comum acordo pelos atores envolvidos em determinado trabalho.

Para os discentes dos cursos técnicos de enfermagem o agir da enfermagem está intrinsecamente relacionado ao trabalho em equipe no campo da saúde, uma vez que, reúne a ação de diferentes profissionais cujos atos em saúde são interdependentes e complementares à participação do médico e do enfermeiro. No entanto, conforme afirmam Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010), nem todos os trabalhadores do campo da saúde estão capacitados para assumirem essa postura de interdependência nas ações de saúde, porque ainda permanecem aprisionados aos seus núcleos de competência, influenciados por conflitos interpessoais, pelas diferentes valorações das categorias profissionais, bem como pelo próprio processo formador e de trabalho ainda centrados no modelo biomédico.

Tema 08: Experiência com o trabalho em equipe

Ao falar das experiências com o trabalho em equipe, os discentes fizeram referência às suas vivências profissionais na área da saúde e afins, seja como trabalhadores ou alunos em situação de estágio profissional supervisionado e/ou remunerado. Nesta etapa surgiram duas idéias centrais apresentadas nos DSC's a seguir.

Idéia Central A: A minha equipe é muito boa

Tive essa experiência no estágio, já que são divididos em grupos e nós não tivemos muitas dificuldades [...]. A minha equipe é muito boa, maravilhosa, não temos o que reclamar uns dos outros. Na minha equipe muitos pareciam já ter trabalhado em hospital, uma colega tirou dez, e eu acho que ela merecia um dez mesmo. No meu estágio remunerado tinha coisas que eu gostava de fazer porque me identificava com aquilo, por exemplo, amava puncionar veia, e tinha coisas que eu não gostava tanto, como carregar peso, mas o fazia para ajudar as outras pessoas, e da mesma forma elas também faziam coisas para me ajudar. Eu já tive a oportunidade de trabalhar em equipe e passei a conhecer cada um pelo olhar [...], conseguia falar e dar a minha opinião. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011).

Neste DSC, os discentes, de um modo geral, mencionaram experiências positivas referentes ao trabalho em equipe e enfatizaram as relações de trocas, e conhecimento do valor do outro e o vínculo entre os membros da equipe. Segundo Franco e Merhy (acesso em 10 jun. 2011), a solidariedade no interior da equipe e a sinergia das diversas competências são pré-requisitos para o bom funcionamento de uma equipe. As relações de trocas, entendidas como cooperação, compreendem o envolvimento mútuo para o desempenho do trabalho, que além do comprometimento profissional, expressam também relações de amizade e solidariedade (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006). A própria essência do cuidado reside na dimensão comunicativa, em busca do entendimento e reconhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Idéia Central **B**: Cada um faz a sua parte

No nosso aprendizado, o serviço era feito em duplas, depois de terminar o nosso, nós passávamos nas outras unidades e nos disponibilizávamos a ajudar, porque tinha gente com mais dificuldades. Eu acabava mais ajudando do que sendo ajudada (risos) [...]. A maioria dos trabalhos nos hospitais estava longe da humanização. Eu me baseio no lugar em que trabalho, se a menina da manhã não fizer o serviço correto compromete o meu [...]. Tem que cada um tentar fazer a sua parte [...]. E no meu setor, tem que fazer ou fazer. Vai naquela de uma mão lava a outra pra tentar cumprir o cronograma. (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

Também, dentro da experiência com o trabalho em equipe, os discentes observaram que para efetivar esse trabalho é preciso que cada um cumpra a sua parte, obedeça a cronogramas e, mais uma vez, compareceu a idéia da fragmentação do trabalho.

No processo de aprendizagem desses discentes, eles tiveram contato com o mundo do trabalho, por meio de estágios em grupos, exercitando além da técnica, a articulação entre agentes (profissionais e usuários dos estabelecimentos de saúde, demais alunos e professores). Com isso puderam desenvolver a percepção do cuidado, dentro de um contexto que permite o trânsito de receptores passivos à condição de co-autores, apropriados das suas potencialidades enquanto seres humanos no processo de ensino aprendizagem (BARBATO; CORRÊA; SOUSA, 2010).

Nas vivências desses estudantes eles puderam observar que nos serviços de saúde, os trabalhadores estavam preocupados em fazer a própria parte, engessados ao

cronograma, ficando assim a idéia de um dever cumprido. No entanto, cada um fazer a sua parte, com zelo e dedicação não é suficiente para garantir o efetivo trabalho em equipe. Isto é, equipe entendida como integração de trabalhos e articulação de saberes, podendo mais, como na maioria das vezes ocorre caracterizar uma equipe do tipo agrupamento, insuficiente para o atendimento integral e humanizado dos usuários dos serviços de saúde (PEDUZZI, 1998; 2007; FRANCICHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

A realidade com que se defrontaram mostrou práticas pouco humanizadas, ainda fragmentadas, o que reforça a necessidade de reflexão sobre as possibilidades de transformações no campo da prática, no sentido de aliar a teoria à prática.

Tema 09: Vantagens do trabalho em equipe

Nas entrevistas individuais foram levantadas as principais vantagens do trabalho em equipe. Dessa forma, surgiram expressões-chave (ECH) em torno de duas Idéias Centrais (IC): “**A**” – o rendimento do trabalho fica melhor, “**B**” – você acaba criando laços de amizade.

Idéia Central **A**: O rendimento do trabalho fica melhor

O rendimento do trabalho fica melhor. O tempo diminui e melhora o procedimento. Tudo se torna mais fácil e mais rápido ficando melhor para o usuário [...]. Tornamo-nos mais ágeis nos desenvolvemos, e um passa pro outro o que sabe, com isso aprendemos mais e o desgaste físico diminui [...]. Tem que ter equipe. Se a equipe for bem entrosada o trabalho flui da melhor forma possível. Trabalhar em equipe é bom para o paciente e pra instituição. Tem instituição que cobra isso [...]. A equipe unida desenvolve um trabalho melhor. A pessoa não vai deixar de atender aquele paciente porque não é dela, ela vai atender porque é da equipe [...]. A equipe é responsável pelo trabalho. A grande vantagem é o rendimento [...] (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

Ao falar sobre as vantagens do trabalho em equipe, os discentes enfatizaram que uma das grandes vantagens é o rendimento do trabalho, uma vez que, diminui o tempo das ações mantendo ou melhorando a qualidade. Corroborando com essa idéia, Pinho (2006), afirma que o objetivo das atuais organizações é o de produzir mais, com qualidade, tendo o foco na satisfação da clientela. Nesse caso, segundo a autora, o trabalho em equipe vinculado ao efetivo processo de comunicação, comparece como uma alternativa para o alcance de resultados rápidos, criativos e

eficazes. Tem como benefício a possibilidade de planejamento da ação, diminuição do exercício de atividades duplicadas, redução da rotatividade em serviço, além da redução de custos. Para Peduzzi (2007), o trabalho em equipe integrada poderá ser predominante na organização social das práticas de saúde, ao potencializar o atendimento integral, resolutivo, com maior eficácia das ações de saúde, maior eficiência e efetividade dos serviços prestados. Além dessas questões o tem-se também a interação interpessoal conforme visto a seguir:

Idéia Central B: você acaba criando laços de amizade

A vantagem é um ajudar o outro [...]. Se vai esquecer de alguma coisa ele vem e te lembra. Dá segurança e tem as questões de afinidade, você acaba criando laços de amizade [...]. A Vantagem é que você não está sozinha [...]. Pode viver em harmonia [...], se tem dúvida poder compartilhar isso [...]. É um ajudando o outro [...]. Quando tem uma boa equipe as coisas fluem, para isso, é claro que tem que ter um bom líder pra fazer a equipe funcionar. Tem que fugir da “euquipe” [...](DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

No trabalho em equipe, pode além das vantagens relacionadas ao rendimento do trabalho, comparecer outras possibilidades vinculadas a interação social, como citadas pelos discentes: amizade entre os trabalhadores, colaboração, compromisso, fuga do isolamento, dentre outras que promovem a humanização no ambiente de trabalho.

Fortuna e colaboradores (2005) mencionam que trabalhar em equipe equivale a se relacionar, nesse sentido, essas relações precisam ser continuamente “olhadas” pelos envolvidos em suas múltiplas possibilidades e significados, que vão conformando a dinâmica do trabalho. Essa dinâmica inclui momentos distintos que nem sempre serão harmoniosos, podendo haver conflitos, por tratar-se de pessoas em relação.

Na medida em que os integrantes da equipe se vinculam, se conhecem, se aceitam, vão compreendendo suas diferenças e semelhanças de um modo mais "inteiro". Percebem-se tendo dificuldades e facilidades em diferentes intensidades e as manifestam em distintos momentos. [...] (FORTUNA, 2005 p.267).

Tema 10: Desvantagens do trabalho em equipe

Também foi questionado aos discentes sobre as principais desvantagens do trabalho em equipe. As respostas individuais obtidas foram agrupadas nas Idéias Centrais (IC): “**A**” – as divergências, “**B**” – concorrência dentro das equipes “**C**” – responder por coisas que você não fez. .

Idéia Central A: As divergências

Desvantagem é ter que agüentar muita coisa [...]. Um se segura nas costas do outro e é ruim quando você além de fazer a sua parte, tem que fazer a do outro [...]. Tem pessoas que são mais devagar, mais “bradi” que acabam atrasando o grupo [...]. É ruim quando você quer fazer alguma coisa e fica na dependência de algum colega que não pode fazer ou que não quer fazer. Algumas pessoas não concordam com alguma coisa e preferem fazer individualmente, se isolam, não aceitam o trabalho em equipe. Se houver falta de união as pessoas podem ficar estressadas e até errar a medicação. Tem também quando o outro não entende que você quer ajudar [...], ou querendo ajudar acaba atrapalhando. Alguns querem não fazer nada e ainda reclamar do seu trabalho [...]. Ruim são as divergências, as conversinhas e as fofocas, mas ninguém pensa igual a ninguém [...], dá pra conviver (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

No trabalho em equipe, são vivenciados momentos distintos, nem sempre harmoniosos, podendo haver conflitos e divergências, justamente por tratar-se de pessoas em relação (FORTUNA et al., 2005; BONALDI et al., 2010). Para os autores, algumas dessas divergências não devem ser encaradas como mocinhas ou vilãs, ou “algo a ser evitado” (p.267), uma vez que, se elas forem bem trabalhadas podem significar possibilidades de crescimento para equipe.

Idéia Central B: Concorrência dentro das equipes

A desvantagem ocorre quando no grupo tem gente querendo “furar os olhos” dos outros [...]. Também quando algumas pessoas acham que precisam de destaque e por isso passam os outros para trás, quando na verdade não deveria ser assim [...]. Tem pessoas que acham que vão perder o emprego e por isso tem que se destacar [...]. Concorrência que as vezes existem dentro das equipes (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

O DSC expressa que a concorrência entre os profissionais no interior de uma equipe pode resultar em interações desarmônicas, acentuadas pelas contradições do capital, dentre elas citamos a (des) valorização do profissional que se por um lado é levado a acreditar que é fundamental para o sucesso da equipe de uma organização, por outro lado percebe-se a sua descartabilidade, e dessa forma passa

a enxergar no companheiro de equipe um possível competidor (PINHO, 2006). Esse tipo de relação torna-se desgastante para os profissionais envolvidos, podendo ocasionar a desmotivação para o trabalho bem como desencadear um processo de adoecimento nestes profissionais.

Idéia Central C: Responder por coisas que você não fez

Desvantagem é quando uma pessoa falta o serviço e sobrecarrega os demais da equipe, ou se uma pessoa erra por um descuido bobo e o resto da equipe tem que se responsabilizar [...]. É você responder por coisas que você não fez. Porque se um erra todos acabam respondendo [...](DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

Outra desvantagem do trabalho em equipe apontada pelos discentes está relacionada à idéia de responsabilidade coletiva principalmente no que tange aos erros cometidos por elementos da equipe. O sentimento de pertencimento a uma equipe e o compromisso estabelecido com os demais atores do processo de cuidar, desperta essa dimensão política, a da responsabilidade por todas as ações. Trata-se de “compartilhar um saber/fazer comum, no qual erros e acertos são processos acionados nos coletivos” (BONALDI et al., 2010 p. 63). É justamente por meio da responsabilidade coletiva que os diversos atores do processo do cuidar podem se sentir de fato responsáveis pelo cuidado dos usuários dos serviços de saúde.

Tema 11: Perspectivas de trabalho futuro

Neste tema é tratado sobre as perspectivas profissionais dos alunos entrevistados. E para início de conversa, questionamos: Em termos de preferência de trabalho, se você pudesse escolher. Onde trabalharia? A maior parcela dos entrevistados (n. 14) responderam que possuem preferência pelo Serviço Hospitalar, (n. 5) gostariam de trabalhar em Unidade Básica de Saúde, (n. 3) em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, (n. 5) mencionaram outros serviços, tais como atuar na área de enfermagem do trabalho, laboratório, ou independente de preferência.

O profissional técnico de enfermagem, atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos processos saúde–doença. Também colabora com o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e comunidade, em todas as faixas etárias. Pode ainda promover ações de orientação e preparo do paciente para

exames. Realizar cuidados de enfermagem, tais como: curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais, dentre outros. Bem como, prestar assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos. Dessa forma, tem a possibilidade de atuação em hospitais, clínicas, postos de saúde, empresas e domicílios (BRASIL, 2009).

Poderá desempenhar suas atividades profissionais junto a órgãos públicos, e/ou privados, em unidade básica de saúde, unidades de média e alta complexidade, hospitais, clínicas, pronto socorro, centros e postos de saúde, empresas, domicílios e outros (PPP do curso B).

No momento em que os discentes mencionavam as suas preferências de áreas de atuação após a conclusão do curso foram identificadas expressões que demonstravam o interesse pelo serviço de atendimento móvel - "Quero trabalhar como socorrista, fazendo remoção. Quero ser socorrista em ambulância" - laboratório - "Em laboratório porque eu me apego demais às pessoas. Eu já passei pela dificuldade de me apegar às pessoas" - empresa de enfermagem do trabalho - "Quero trabalhar em empresa na área de prevenção. [...] Vou para enfermagem do trabalho porque tem gente na minha família para me ajudar". Das expressões em relação ao hospital e a Unidade Básica de Saúde, permitiram formar Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) em torno das idéias centrais (IC) : "**A**"- eu quero arrumar um emprego no hospital e "**B**"- quero trabalhar na Unidade de Saúde.

Idéia Central **A**: Eu quero arrumar um emprego no hospital

Em qualquer hospital. Eu quero ajudar alguém a levantar e poder falar, ela levantou e eu ajudei. Eu quero arrumar um emprego no hospital para pegar bastante prática, mas depois vou querer posto de saúde pra ser de segunda a sexta e ter mais tranquilidade com a família. Eu quero pelo menos dois ou três anos em hospital [...]. Pode ser na UTI de um hospital, porque foi lá que tudo começou (o desejo de fazer enfermagem). Quero trabalhar em UTI [...]. No hospital na área de nefrologia [...]. Quero trabalhar no hospital infantil no setor de oncologia [...] No Centro cirúrgico, gostaria de ser instrumentadora cirúrgica [...] Eu quero ser instrumentadora cirúrgica na área de cirurgia cardíaca. Eu queria mais a área de pronto socorro porque é uma área bem movimentada. Quero ver todo dia uma coisa diferente. Trabalhar em qualquer emprego, mas preferência mesmo é pelo hospital, e também quero estudar para tentar UFES. Quero trabalhar com CTI e o mais rápido possível, tentar uma faculdade (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

Nessa (IC) foram agrupadas as (EC) que mencionavam o hospital como local de preferência para a atuação por parte dos discentes entrevistados. No DSC, pode-se

observar que o hospital é entendido como local de prática do cuidado e reabilitação, constituindo-se também como espaço de aprendizagem em serviço, capaz de gerar experiências em diversas especialidades, tais como: nefrologia, oncologia, cirúrgica, terapia intensiva, dentre outras. Embora o serviço hospitalar ocupe a preferência para início de carreira desses discentes, foi mencionado o desejo de usar esse espaço como transição para outros, tais como: freqüentar uma faculdade ou atuar em Unidade Básica de Saúde, buscando aliar satisfação pessoal ao trabalho

Idéia Central **B**: quero trabalhar na unidade de saúde

Quando eu me formar quero trabalhar na unidade de saúde por causa da carga horária que é melhor do que a do hospital. Eu quero passar num concurso, mas não quero trabalhar em hospital, apesar de que dentro do hospital você cresce mais e expande o seu conhecimento. Lá na clínica do hospital onde faço estágio o técnico de enfermagem não pode fazer praticamente nada, ele tem que sempre seguir uma prescrição médica. Então eu fico muito limitada, por isso não me vejo trabalhando no hospital. Eu não gosto de ver o sofrimento de uma pessoa e não fazer nada. Prefiro o posto de saúde. Quero trabalhar com vacinação, sei que é difícil, requer muita atenção, mas eu gosto. Gostaria de trabalhar em posto de saúde para estar lidando com o povão, com um público maior, porque é onde está a população que é mais carente, que precisam de mais orientação e de cuidados preventivos. E é melhor você prevenir do que já ter acontecido o pior, a doença em si (DSC: Entrevistas realizadas entre outubro-2010 e março-2011)

Já nos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referentes ao desejo de trabalhar em Unidade Básica de Saúde, os discentes enfatizaram a melhor distribuição da carga horária quando comparado aos plantões hospitalares. Também a autonomia profissional, bem como a satisfação por atuar no campo da prevenção de doenças e agravos. No entanto, o DSC traz implícita a idéia de que o atendimento realizado na UBS é para os mais carentes, e de que o saber que transita no hospital é superior ao da UBS.

5.2 A VISÃO DOS COORDENADORES

Nesta etapa, buscou-se identificar aspectos da formação do técnico de enfermagem, a partir da visão dos coordenadores do curso técnico profissionalizante, do município de Vitória no Espírito Santo. Nesse sentido, os coordenadores foram questionados sobre as percepções referentes às expectativas dos alunos em relação ao curso técnico de enfermagem; quais os principais empregadores dos egressos do curso técnico de enfermagem; como é implementada a participação de professores e alunos no planejamento pedagógico do curso; como ocorre a relação dos alunos com os campos de estágio e, por fim como a escola incentiva o desenvolvimento da competência do trabalho em equipe.

Os dados foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo possível identificar oito Idéias Centrais (IC), organizadas em torno de cinco temas, apresentados a seguir conforme a ordem das questões presentes nas entrevistas.

Tema 01: Percepção dos coordenadores do curso TE quanto às expectativas dos alunos em relação ao curso

Sobre esse tema, os coordenadores, baseados no convívio com os alunos de curso técnico profissionalizante de enfermagem, puderam expressar várias considerações referentes às expectativas dos alunos em relação ao curso TE, essas por sua vez, foram agrupadas em torno de três IC a saber : “**A**” – assistência à saúde familiar, “**B**” – facilidade de emprego, “**C**” – fazer um curso superior na área da saúde . Notoriamente, essas expectativas possuem relação com as motivações anteriormente citadas pelos discentes na etapa anterior desse estudo.

Idéia Central **A**: Assistência à saúde dos seus familiares

Muitos relatam também uma pessoa que adoeceu na família e precisou de uma assistência. Então tem aluno que faz o curso técnico de enfermagem não para trabalhar profissionalmente, mas para a vida dele [...](DSC: Entrevistas realizadas entre dezembro 2010 e março-2011).

No DSC acima foi mencionado que uma das expectativas do aluno ao procurar realizar um curso técnico de enfermagem está relacionada à possibilidade de dar

assistência à saúde da própria família, refletindo assim parte do processo histórico da profissão enfermagem, centrada no cuidado. Consta na história da profissão que o seu início esteve ligado aos cuidados desenvolvidos nos domicílios sendo realizados predominantemente por mulheres que cuidavam de pessoas dos seus parentescos (RODRIGUES, 2001; BARATA et. al., 2011; OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011). Essa IC está em consonância com os motivos da procura por um curso técnico de enfermagem mencionado pelos alunos, bem como encontra respaldo nos estudos de Spindola, Martins e Francisco (2008) e Fernandes (2010).

Idéia Central **B**: Facilidade de emprego

A facilidade de emprego, que eles apontam o que acaba sendo uma coisa irreal, porque hoje a gente tem até um mercado saturado com **N** escolas e fazem aulas à noite, final de semana [...] tem muita gente no mercado [...] Eles colocam essas questões a facilidade de conseguir emprego e por ser a área de saúde uma área que sempre vai precisar de profissionais [...] Eles falam que é por causa de dinheiro, salário, ser fácil entrar no mercado de trabalho (DSC: Entrevistas realizadas entre dezembro 2010 e março-2011)

De acordo com o DSC, outra das expectativas do aluno ao procurar um curso TE percebidas pelos coordenadores é o de ter um “fácil” acesso ao mercado de trabalho, compreendendo a área da saúde como um importante setor da economia que absorve significativa parcela dos trabalhadores no país. Dessa forma, estes citam razões mais objetivas como exemplo: uma maior facilidade de conseguir emprego quando comparado aos outros setores da sociedade, afinal, os técnicos de enfermagem podem atuar nos mais diversos espaços sociais. Entretanto, pouco se pesquisa sobre as condições de trabalho a serem vivenciadas por esses profissionais, que não raramente se defrontam com condições inadequadas de trabalho, vínculos precarizados dentre outras situações indesejáveis (ELIAS; NAVARRO, 2006; MEDEIROS et al., 2006).

Idéia Central **C**: Fazer um curso superior na área da saúde

[...] fazem do curso técnico uma escada para trabalhar e depois chegar ao nível superior [...] passam pelo técnico para depois fazer um curso superior na área da saúde. Isso nós buscamos filtrar desde o início do curso a fim de adequar o perfil do profissional [...] Têm aquelas pessoas que fogem totalmente ao perfil profissional, esses nós buscamos eliminar logo no início [...] (DSC: Entrevistas realizadas entre dezembro 2010 e março-2011).

Outra questão relacionada às expectativas dos alunos percebidas pelos coordenadores, diz respeito à busca por mobilidade ocupacional no campo da

saúde, uma vez que, os alunos pretendem continuar sua formação, concluindo um curso de nível superior na enfermagem e/ou áreas afins. Nesse aspecto, a literatura pontua constantemente a existência de uma tensão entre o curso realizado no nível técnico e/ou auxiliar e o desejo de prosseguir em profissões de nível superior. Tal constatação nos leva a supor, em conformidade com Stutz (1998), que a escolha racional pela profissão no nível técnico profissionalizante ocorre atrelada ao espaço social ocupado pelo indivíduo, permeada pelas contradições do ensino brasileiro.

Neste discurso também foi mencionada a preocupação da instituição em conformar, perfilar o discente ao mercado de trabalho, chegando até mesmo a buscar eliminar do seu processo formador os alunos considerados inadequados. Isso evidencia a face perversa do Capital, que descarta os potenciais “perturbadores” da ordem social.

Tema 02: Principais empregadores dos egressos da escola

Neste tema os coordenadores explicitaram sobre os principais empregadores dos egressos do curso TE, sendo possível apreender por meio dos discursos que, na opinião dos coordenadores, o hospital é o principal empregador da mão-de-obra do profissional técnico de enfermagem. Essa questão é evidenciada na IC e no DSC a seguir.

Idéia Central: O hospital como principal empregador dos técnicos de enfermagem

Geralmente os hospitais particulares, e para isso temos boas parcerias, eles pegam o aluno aqui dentro, e oferecem estágios remunerados, com isso o aluno já sai daqui focado para aquele emprego [...]. Hoje nós temos convênios com diversos hospitais aqui da Grande Vitória, e eles já pegam os alunos aqui dentro estudando e já levam para o mercado de trabalho [...]. Os principais empregadores, a maioria dos nossos ex-alunos que ainda tenho contato trabalham em hospitais, nos serviços privado [...] São vários que nós temos, desde os serviços públicos pelos processos seletivos, diversos alunos conseguem passar, como também no privado (DSC: Entrevistas realizadas entre dezembro 2010 e março-2011).

Como visto no DSC anterior, a formação produz o mercado ao formar indivíduos voltados à lógica hospitalocêntrica ao mesmo tempo possui uma aliança com esse mercado. Segundo a visão dos coordenadores do curso TE, o espaço hospitalar tem se constituído no maior empregador da mão-de-obra técnica de enfermagem. Vieira, Filho e Oliveira (2004) comparando a inserção da equipe de enfermagem nos

estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares da região Sudeste do Brasil, concluíram que a oferta de emprego se concentrava nos hospitais. E observaram também, que o setor público se constituía no maior mercado de trabalhos para essa equipe, exceto para os técnicos de enfermagem, estes em geral, ocupavam estabelecimentos privados.

Tema 3: Participação na implementação do PPP

Na abordagem referente ao tema da participação dos diferentes atores envolvidos no processo de ensino e aprendizagem, no que tange a implementação do Projeto Político Pedagógico, emergiu uma IC dando conta de que o PPP pode ser um orientador na integração do processo de ensino, como visto no DSC a seguir.

Idéia Central: Discussão sobre o planejamento pedagógico das disciplinas em busca da integração

A gente tem reunião pedagógica a cada dois meses, quando um falta, comunicamos por e-mail sobre os assuntos abordados [...] Nós procuramos sempre trabalhar integrados, os professores e demais profissionais. Aqui temos dois professores e os demais são prestadores de serviço, contratadas somos duas, e nós buscamos conversar sobre o planejamento pedagógico das disciplinas [...]. Também procuramos ouvir os alunos na hora de dividir os grupos de trabalho (DSC: Entrevistas realizadas entre dezembro 2010 e março-2011).

A escola profissionalizante, por meio da forma de implementar o seu currículo, seleciona os seus conteúdos, com isso contribui para a disseminação de valores e atitudes úteis no trabalho em equipe de saúde. No entanto, ainda em conformidade com Sordi e Bagnato (1998) o ensino na área da saúde está atrelado ao tecnicismo e a forte biologização dos conteúdos selecionados como significativos à formação profissional, o que compromete os impactos positivos de um trabalho em equipe.

De acordo com Abrahão e Cassal (2009, p.253) “uma formação crítica, rigorosa e humanística [...] é imprescindível para a formação de profissionais numa perspectiva de romper com padrões mecanicistas, possibilitando uma melhor compreensão da sociedade e de suas diversidades”. Pensar em mudanças nas práticas de ensino e serviço que foram consolidadas ao longo dos anos implica necessariamente em um

projeto político pedagógico que alie teoria e prática, comprometido com a participação e transformação social.

Tema 4: A relação do aluno com os campos de estágio

A análise sobre a relação do aluno com os seus respectivos campos de estágio, segundo a visão dos coordenadores, evidenciou duas Idéias Centrais (IC): “**A**” – muitos alunos do curso técnico de enfermagem possuem dificuldades de realizar estágios em USF e “**B**” – a demanda dos alunos do curso TE é por hospitais. Essas ICs e seus respectivos DSCs são apresentados adiante.

Idéia Central **A**: Muitos alunos do curso técnico de enfermagem possuem dificuldades de realizar estágios em USF

Nós temos campo de estágio em Unidade de Saúde da Família e Pronto Atendimento, [...] para os que estudam durante a semana, eles até gostam de estagiar nas USF. [...]. É importante que o aluno faça um estágio em saúde pública numa USF, porém essas Unidades só funcionam de segunda a sexta. [...] temos alunos que só fazem estágio nos finais de semana, por isso não conseguem passar por estágios numa USF, então buscamos minimizar essa situação levando para o PA. [...]. O PA não é uma USF, mas pelo menos não é uma unidade hospitalar [...]. Outra situação é que eu peço relatórios aos alunos de final de semana [...] a gente pede um relatório de visita técnica na UBS ou USF. Isso é para ele conhecer como é o serviço, quais os programas, quais os profissionais [...](DSC: Entrevistas realizadas entre dezembro 2010 e março-2011).

Uma característica recorrente nos cursos técnicos de enfermagem e demais cursos do mesmo nível, diz respeito à necessidade da flexibilidade curricular para incluir alunos que de outro modo estariam excluídos do processo de ensino. Então, conforme visto no DSC anterior, os coordenadores reconhecem a importância da realização de estágio em espaços diferentes dos hospitalares, principalmente para atender as mudanças ocorridas na saúde após a institucionalização do SUS. No entanto, o processo de ensino ainda esbarra em questões como a disponibilidade de tempo para o estudo por parte do público que se dirige ao curso técnico (LIMA, 2007 a).

Idéia Central **B**: A demanda dos alunos do curso TE é por hospitais

Eu procuro desenvolver com os alunos esta percepção de um trabalho em Estratégia de Saúde da Família em sala de aula. A gente consegue campo de estágio, mas o que acontece é que a demanda de quem procura o curso

técnico é a de querer o hospital, eles já vêm com a visão hospitalocêntrica. [...]. E todos os hospitais são espaços de aprendizado para a saúde pública, mas nós temos a intenção de levar às unidades para ampliar essa visão [...] para que eles possam conhecer os serviços [...]. Apesar do PSF ser de 1994, as pessoas ainda não tem essa formação completa. E quando entram no serviço não compreendem o motivo de estar lá. A gente precisa de ainda desenvolver o trabalho para que o próprio aluno vá até ao domicílio e desenvolva a percepção de que em algumas situações nem sempre terá que “puncionar uma veia”, mas sim, dialogar [...](DSC: Entrevistas realizadas entre dezembro 2010 e março-2011).

Segundo a percepção dos coordenadores de curso TE, ao iniciar o curso, os alunos já trazem consigo a tendência a valorização das práticas hospitalares. Entretanto, as práticas de saúde que dêem conta da integralidade no cuidado a saúde, requerem novos espaços de atenção às questões envolvidas no processo de saúde-doença. Dessa forma, o técnico de enfermagem começa a encontrar espaço de atuação em ambientes extra-hospitalares, dentre eles vale a pena destacar a possibilidade de atuação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Essa que comparece como reorientadora do processo de trabalho em saúde, prevê a participação do profissional técnico de enfermagem, no entanto, as características dessa inserção merecem especial atenção no que tange aos vínculos de trabalho estabelecidos com esses profissionais, bem como ao modo como se dará essa participação em equipe, fugindo a lógica de reprodução do modelo médico-hospitalar.

Tema 05: Desenvolvimento da competência de se trabalhar em equipe

Ao falar sobre a forma como a escola incentiva o desenvolvimento da competência do trabalho em equipe, os coordenadores mencionaram algumas estratégias adotadas pelos estabelecimentos de ensino com vistas a formação para o trabalho em equipe, apresentadas a seguir.

Idéia Central A: Eles são formados para trabalhar em equipe.

Desde que o aluno entra aqui na escola, nós temos essa preocupação, então conversamos com os professores para eles passarem trabalho em grupo, [...] seminários e sempre diversificando os grupos [...]. Nos estágios, nós fazemos a mesma coisa, para estar aproximando e ensinando a trilhar o caminho aprendendo a lidar com as adversidades [...]. A gente tenta ao máximo evitar essas panelinhas para que eles possam ir para o estágio justamente com quem ele não tem tanto convívio, para então desenvolver esse convívio e aprender a lidar com o outro [...] tem uns que chegam e dizem, eu não gosto de fulano, aí a gente conversa e fala do mercado de trabalho e busca reverter a situação, a gente busca trabalhar isso desde o início até lá na prática profissional, que acontece no estágio [...]. Outra estratégia é a questão social, indo para a comunidade, asilos, casa de custódia, e é isso que a gente faz [...]. No último dia de aula eu e a diretora

vamos até as salas e conversamos com os alunos, sobre o perfil profissional, o que o mercado quer, sobre o trabalho em equipe, então é uma rotina nossa. Eles são formados para trabalhar em equipe.

Neste DSC pode-se observar que os coordenadores do curso TE consideram que a escola consegue formar para o trabalho em equipe por utilizarem algumas ferramentas, tais como atividades conjuntas, trabalhos em grupo, diversificação dos elementos dos grupos de estágio, dentre outras. Ficou ausente neste discurso considerações sobre a participação de outras profissões no processo de formação para o trabalho em equipe. Pode-se inferir que o perfil para equipe que buscam desenvolver é aquele que é aceito pelo mercado de trabalho atrelado ainda ao corporativismo. Dessa forma, em conformidade com Farinelli e Martins (2009) a educação continua a serviço do mercado de trabalho como se encontra constituído no mundo capitalista. Isso significa abandonar conscientemente ou não, o objetivo de uma transformação social qualitativa.

Para a construção do trabalho em equipe de saúde, torna-se necessário a explicitação e o enfrentamento dialógico de conflitos buscando uma dinâmica de flexibilidade de regras, negociações e acordos entre os agentes envolvidos, o que requer o compartilhamento de decisões e responsabilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dessa pesquisa, buscou-se analisar a formação dos profissionais técnicos de enfermagem para o trabalho em equipe fundamentando-se no importante papel que esses profissionais desempenham no processo de cuidado em equipe de saúde. Então, considerando o vínculo indissociável entre o mundo real e o do sujeito, recorremos à literatura em busca de referenciais, acessamos os projetos políticos pedagógicos das instituições de ensino técnico e ouvimos discentes e coordenadores dos cursos técnicos de enfermagem a fim de entender como vem ocorrendo o processo de formação do técnico de enfermagem.

Sobre a temática formação em saúde, no Brasil, em geral, tem sido tratada como um tema irrelevante por gestores de todas as esferas, em termos qualitativos e quantitativos nos diversos níveis do setor saúde. Assim, a formação de recursos humanos, sobretudo no nível médio, ocorreu de maneira pontual, fragmentada e descontínua, dificultando e até mesmo inviabilizando a integralidade da assistência.

Conforme visto no capítulo 2, a formação do técnico de enfermagem situa-se entre os cursos técnicos de nível médio ao qual a literatura atribui uma certa dificuldade de compreensão até mesmo da sua identidade por não haver clareza dos seus objetivos, se o de preparar para a universidade contemplando uma formação geral ou para o trabalho restringindo-se as técnicas da área. Essa separação entre ciência e técnica foi posta desde o início da formação profissional, quando era entendido que para desenvolver atividades técnicas não era necessária a ciência, apenas o treinamento já atenderia aos objetivos do mercado, com isso, nos trabalhos desenvolvidos em equipe, esses profissionais poderiam se restringir a atuação mecânica e até mesmo subalterna.

A enfermagem, logo no início da sua sistematização, conforme visto no capítulo 3 apresentou a separação entre ciência e técnica, sendo representada na figura das *Ladies e Nurses*, mas com especial atenção ao fato de que ambas tinham acesso a mesma educação, a distinção estava em função da classe social relacionado à condição de poder ou não custear o curso. No Brasil, a história da enfermagem

ocorreu sob forte influência internacional, com incentivos a formação de enfermeiros e de treinamento de pessoal auxiliar. Mas, a questão educacional no país era problemática, havendo elevados índices de analfabetismo, dificultando assim o processo de profissionalização. Consta na história da educação brasileira, que o acesso a educação era restrito a elite, então, levando em consideração que esta era minoria, restava uma grande parcela de excluídos. Estes para garantir o seu sustento passavam a desempenhar atividades baseadas no aprendizado copiativo, que no campo da enfermagem deram origem aos atendentes de enfermagem, taxados de mão - de - obra sem qualificação.

A fim de resolver este assunto, várias experiências de formação em serviço foram desenvolvidas, nem sempre acompanhadas pela criação de postos de trabalho compatíveis com a nova formação, mas o fato é que essa categoria ocupacional foi gradativamente extinta, ficando a enfermagem organizada hierarquicamente em enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteira, com o desafio de participarem das equipes de saúde.

No capítulo 4 são apresentadas as instituições de ensino participantes do estudo. A presença apenas de estabelecimentos da rede privada de ensino foi justificada pela ausência de curso técnico de enfermagem em instituições públicas no Estado, este segue a tendência de redução do seu papel até mesmo nas questões de educação e saúde, o que também demonstra a pouca importância dispensada à formação dos técnicos de enfermagem.

Na análise dos PPPs pode ser visto que os mesmos são baseados nas DCNs para o ensino técnico da área da saúde, seguem a pedagogia das competências e, trazem os conteúdos e princípios do SUS, inclusive o trabalho em equipe, seguindo a perspectiva de mercado de trabalho. Observa-se que em todos os estabelecimentos participantes os conteúdos são divididos por disciplinas, havendo baixa disponibilidade de carga horária para os conteúdos das ciências humanas e sociais quando comparados as demais disciplinas. Sobre a estrutura curricular, os cursos **A**, **C** e **D** possuem mais de um módulo, ao passo que **B** e **E** são de módulo único. Todos possuem carga horária aproximada, e flexibilidade diferenciada, uma vez que **A**, **B**, **C** e **D** permitem estágios nos finais de semana e horários noturnos, ao passo que **E** não adere a essa flexibilidade por considerar, segundo o seu coordenador que

o aprendizado do aluno diminui nessas condições.

Nas entrevistas com os discentes, a amostra foi composta predominantemente por indivíduos do gênero feminino entre 20 e 25 anos, com atividade remunerada, e que estudam no horário noturno. Ou seja, são características que se aproximam do perfil relatado na literatura sobre os de estudantes de curso técnico da área da saúde, ou seja, trata-se de alunos trabalhadores, que custeiam o próprio curso para tornarem-se mão-de-obra a serviço do mercado.

A pesquisa evidenciou como motivos para fazer um curso técnico de enfermagem as seguintes razões: problemas de saúde na família, gostar de cuidar das pessoas, experiências anteriores, presença de parentes na área de saúde e o desejo de fazer curso superior na área de saúde. Nas conversas com os alunos após a entrevista ou até mesmo com alunos que estavam fora desta amostra foi perceptível o desejo que traziam pela última razão apontada, dando a entender que ao se formarem buscariam a inserção no mercado de trabalho para com isso subsidiar um curso de nível superior. Os coordenadores reforçaram essas idéias ao apontarem como motivos que levam o aluno a optar para o curso técnico de enfermagem a assistência à saúde familiar, facilidade de emprego e fazer um curso superior na área da saúde.

Sobre o conhecimento da estrutura curricular do curso, os discentes demonstraram conhecer partes desse processo, citando elementos mais presentes no cotidiano, como por exemplo, a grade curricular. Já os coordenadores mencionaram buscar o envolvimento do aluno na consolidação do PPP ao permitirem negociações nesse processo. Em sintonia com o PPP os temas SUS, Integralidade, Estratégia de Saúde da Família e Trabalho em equipe, estiveram presentes nas salas de aula ou campos de estágio segundo o relato de alunos e coordenadores.

Nas descrições dos estágios curriculares os alunos mencionaram algumas dificuldades referentes ao tempo disponível para realizar o estágio e pontuaram preferência pelo aprendizado no hospital, deixando implícita a idéia de considerarem o conhecimento adquirido neste espaço como superior aos outros saberes. E dentre os que tinham experiência com o aprendizado em Unidades de Saúde da Família, foi atribuído a importância da prevenção e educação em saúde. Os coordenadores

também percebem essas dificuldades por parte dos alunos referentes à disponibilidade de tempo para realização de estágio durante o dia como os realizados numa USF, e consideram que a demanda do aluno do curso técnico é pelo hospital, isso talvez justifique o direcionamento do currículo para as práticas hospitalares.

Nas considerações sobre o SUS as respostas se dividiram entre ser ou não ser usuário do SUS bem como enfatizaram as pendências ou dificuldades na concretização do SUS. Mais uma vez ficou claro o distanciamento entre o SUS ideal e o SUS real. Acreditamos que nesse espaço, os processos formadores poderão em muito contribuir para essa aproximação, por meio das mudanças nas práticas dos trabalhadores da saúde.

Sobre o trabalho em equipe, conforme visto no capítulo anterior foi um tema muito discutido em aula, porém mais restrito aos comportamentos aceitáveis no mercado de trabalho. Foi evidenciado por meio dos DSCs que o desafio de efetivar o trabalho em equipe, tal como preconizado pelo SUS, encontra barreiras para a formação do profissional, haja vista neste nível de formação as ênfases que são dadas às práticas de mercado, às técnicas, ao modelo de saúde individual, hospitalar e privado que buscam conformar o indivíduo às determinações do capital.

Dessa forma, segundo esse modelo o que se viabiliza é a formação de equipes que mais se aproximam das do tipo agrupamento, nas quais ocorre um comprometimento na interação comunicacional entre os diversos profissionais. Silva e Trad (2005) observaram que a comunicação entre os profissionais de diferentes níveis hierárquicos ocorria mais no sentido de emissão-recepção de mensagem. Dessa forma perdia-se de vista a articulação entre as ações no processo de trabalho, com comprometimentos da eficácia e da efetividade das ações.

Com isso, propomos em conformidade com Pereira e Ramos (2006) a criação de um projeto de educação profissional contra-hegemônico, com a inclusão de novas concepções que abrangem o entendimento deste nível de educação como mediador na construção de conhecimento científico - tecnológico, que contemplem a formação humana, norteados por valores ético-políticos diferentes dos individualistas ou corporativos, oportunizando assim a formação de equipes integradas.

7 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.; CASSAL, L.C.B.; Caminhos para a integralidade na educação profissional técnica de nível médio em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 249-264, jul./out.2009.

ABREU, L.O. et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 58, n. 2, Abr. 2005

ALFAVARO-LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em enfermagem**: um enfoque prático. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996.

ALMEIDA, F.N.de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, Dez. 2010 .

ALMEIDA, H.A.; **A incorporação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde aos cursos de formação de auxiliar de enfermagem**. 2000.124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M.; Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, S.M.M. (Org.). **O trabalho de enfermagem** . São Paulo: Cortez, 1997. p.15-26.

ALVES, R. **Ensinar, cantar, aprender**. Campinas, SP: Papyrus, 2008.

AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M.B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dez. 2006 .

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais da saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.31, supl.1, p.20-31, jun. 2007.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das Práticas de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, setembro 2005.

BACKES, D.S.et al. Principais razões que motivam os candidatos de nível técnico a uma vaga na profissão de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Abr. 2006

BAGNATO, M. H. S; COCCO, I. M.; Memória educativa e tessitura de conceitos educacionais – experiência vivenciada na licenciatura em Enfermagem. **Revista**

Latino – Americana de Enfermagem, v. 10, n. 3, p.439- 45, maio/jun. 2002.

BAGNATO, M.H.S. et al. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, Jun. 2007 .

BARATA J.M.L. et al. A imagem do enfermeiro no decorrer de sua trajetória histórico-social. **Percurso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 61-62, jan./jun. 2011.

BARBATO, R.G.; CORREA, A.K.; SOUZA, M.C.B.M. Aprender em grupo: experiência de estudantes de enfermagem e implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar. 2010

BARROS, M.M.L. de. Trajetórias de jovens adultos: ciclo de vida e mobilidade social. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 16, n. 34, Dec. 2010.

BARROS, F.S., PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência : discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.B., MATTOS, R.A. (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2010.

BARTMANN, M. Evolução histórica dos cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem no contexto sociopolítico-econômico do Brasil. **Boletim Técnico do SENAC**. Disponível em: <<http://www.senac.br>>. Acesso em: 12 Dez. 2010.

BASSINELLO, G.A.H. **Perfil dos professores de ensino médio profissionalizante de enfermagem na região de Piracicaba**. 2002 Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). 2002.

BATISTA, A.A.V. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 39(1):85-91.2005.

BRANDÃO, Z. Entre Questionários e Entrevistas. In: Nogueira, M.A., ROMANELLI, G. ZAGO, N.(Orgs.). **Família & Escola**. Rio de Janeiro, Vozes, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890. **Decretos do Governo Provisório [da] República dos Estados Unidos do Brazil**, Rio de Janeiro, 30 set. 1880. n 9, p . 2456.

BRASIL. Decreto nº 20109, de 15 de junho 1931. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 15 jun.1931. Seção 1, p. 10516.

BRASIL. Decreto nº 10.472, de 22 de Setembro de 1942. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 25 de set.1942. Seção 1, p. 14395.

BRASIL. Decreto nº 27.426, de 14 de Novembro de 1949. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 19 de dez.1949. Seção 1, p. 17517.

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.º 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília; 1997.

BRASIL. Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino na enfermagem no país e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro (DF), 7 ago 1949.

BRASIL. Lei nº 4.024, de 20 de Dezembro de 1961. **Diário Oficial da União**, Distrito Federal, 27 de dez. 1961. p. 11429

BRASIL. Lei nº 5692, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providência. **Diário Oficial da União**, Distrito Federal. 12.ago.1971. p. 6377.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 26 jun.1986. Seção I,p. 9273-9275. 1986.a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório Final**. 1986 b.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set.1990.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez.1990.

BRASIL, Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez.1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, 1996^a.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de ações do técnico de enfermagem no Brasil**. Brasília; 2003 a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno: saúde do adulto, assistência clínica, ética profissional. 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 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 República Federativa do Brasil]** 29. Mar.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualificação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18414> Acesso em 20 jul, 2009.

BRASIL. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da Saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BOFF, L. **Casamento entre o céu e a terra**. Salamandra, Rio de Janeiro, 2001.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: Experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.B., MATTOS, R.A. (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2010.

BOUSSO, R. S. et al. Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.218-25, jun. 2000

CAMPISTA, T. M.N et al . Panorama do campo da educação superior em enfermagem no estado do Espírito Santo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, Jun. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301- 306, 2007.

CASTRO, J.L. **Isabel dos Santos**: a arte a paixão de aprender fazendo. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN, 2002. 128p.

CAVERNI, L.M.R. **Curso técnico de enfermagem**: uma trajetória histórica e legal. 1948 a 1973.193f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de São Paulo. São Paulo, 2005.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, Laura C.; Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Out. 2004

CECCIM, R.B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 205-28.

CHARLOT, B. **Os jovens e o saber**: perspectivas mundiais. Porto Alegre: Artmed. Editora, 2001.

COELHO, A.C.V.D.; Técnico de enfermagem e o cuidado da sua saúde: conhecendo esta realidade. **Cienc.Cuid.Saude**.V.9n3.2010.

COREN-ES, Conselho Regional do Espírito Santo, Disponível em: <http://www.corenes.com.br/> Acesso em 25, mar, 2011.

COTTA, R.M.M et al . Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, sept. 2006 .

CRUZ, C.S. **Avaliação do Processo de Implantação da ESF: O caso de Resistência**. 174 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

CRUZ, A.M.P.da; ALMEIDA, M.A.; Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010.

DANTAS, C.C. **Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional**. 2008.223f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery –EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem, 2008.

DANTAS, R.A.S.; AGUILLAR, O.M.; O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, Abr. 1999.

ECHER IC, et al. O estágio voluntário na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003 ago; 24(2):238-46.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, ago. 2006.

FARINELLI,M.R.;MARTINS,R.A.S.;**Educação para o trabalho: impasses e desafios para uma educação emancipatória** .**Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext.** Uberaba – MG, v.2. n.2, p. 69-80, jul./dez. 2009.

FELICIANO, K.V.de O. ; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Superposición de atribuciones y autonomía técnica entre enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, Jun. 2010.

FERNANDES, F.S.O significado da formação para egressos da escola técnica de enfermagem do hospital de clínicas de Porto Alegre. Monografia Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. 2010.

FERREIRA, M.A et al . O significado do profae segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, Sept. 2007

FERRETTI, C. J. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 23, n. 81, p. 299-306, dez. 2002.

FERRETTI, C. J. Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação

profissional pelos estudos a respeito das relações entre trabalho e educação. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 401-422, maio/ago. 2004.

FERRETTI, C. J. Formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil: Anos 90. **Educação & Sociedade**, ano XVIII, nº 59, agosto, 1997, p. 225-269.

FIGUEIREDO. R.M.; SILVA. M.A. Perfil dos alunos auxiliares de enfermagem da cidade de Campinas. SP. em 1995: motivos, expectativas e dificuldades relacionadas ao censo. **Rev.Lat.Am Enf.** v.5: n. 1, p.89-96: 1997.

FILHO, A.A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v8, n15, p.375-80, mar/ago 2004.

FLEURY,M.T.; FLEURY,A.; Construindo o conceito de competência. **RAC**, Edição Especial: 183-196. 2001

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar/. abr. 2005.

FRANCO, T.B. ; **O trabalho em saúde**: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano; Merhy, E.E.; Franco, T.B. et al; HUCITEC, São Paulo, 2003.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro e Mattos (Orgs.)**Gestão em Redes**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO,T. MERHY,E.; **PSF**: Contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

FRANSCISCHINI, A.C. MOURA, S.D.R.P.;CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família.**Investigação**, v.8,n.1-3, p. 25–32 ,jan./dez. 2008.

FREIRE, P. **Política e Educação** : Ensaio. 5ed. São Paulo, Cortez, 2001.

FREIRE, M.A.M., AMORIM, W.M.A. (2008). Enfermagem de Saúde Pública no Distrito Federal: A Influência do Relatório Goldmark (1923 a 1927). Rio de Janeiro (Brasil). Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem** 12 (1):115-124.

FRIAS, M.A.E.; TAKAHASHI, R. T.; O perfil dos candidatos ao curso técnico de enfermagem de uma escola particular da cidade de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, Sept. 2000.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A Política de educação profissional no governo Lula : Um percurso histórico controvertido. **Educ.Soc.**, Campinas vol. 26, n. 92, p. 1087-1113, Especial - Out. 2005a

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (Org.). **Ensino médio integrado**: concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005b.

FRIGOTTO, G. **A produtividade da Escola Improdutiva**. Um (re) exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista, 10.ed.São Paulo: Cortez, 2006.

GALVÃO, D. A metamorfose da educação profissional no Brasil: reflexões sobre a práxis pedagógica frente aos desafios da sociedade contemporânea **Práxis Educacional**, Vol. 1, N 1 ,2005.

GARCIA, N.M.D.; LIMA,F.D.L. **Politecnia ou educação tecnológica: desafios ao Ensino Médio e à educação profissional**. Trabalho encomendado pelo GT-9 – Trabalho e Educação, para apresentação na 27ª. Reunião Anual da ANPEd (Caxambu, 2004).

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.p.43.

GODINHO, R.; GONÇALVES, F.; PIMENTEL, C. D. V. Das expectativas aos efeitos sociológicos da Formação Profissional. In **Sociologia - Problemas e Práticas**, nº 20, p. 215-224, CIES-ISCTE, 1996.

GOMES, L.C.G. As Escolas de Aprendizes Artífices e o Ensino Profissional na Velha República. **Vértices**. ano 5. nº 3 Set/ Dez. 2003.

GUIZARDI, F.L et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p. 153-77.

HORTA, W. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP; 1969.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M.J.; Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, Abr. 2004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

LIMA, R.C.D.A Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória : Edufes, 2001. 260p.

LIMA, M. . Política de educação profissional para o Estado do Espírito Santo: perspectivas do seminário estadual . In: Eliza Bartolozzi Ferreira. (Org.). **Política Educacional do Estado do Espírito Santo**. 01 ed. Vitória: SEDU, 2004, v. 01, p. 221-258.

LIMA, M. J. **O que é Enfermagem**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

LIMA, J.C.F. , Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. **Trabalho Necessário** 5,n 5, 2007 a.

LIMA, M.. A História da Formação Profissional: os passos e descompassos

históricos do SENAI-ES com os paradigmas da produção no Espírito Santo – 1948/1999. Vitória: O Autor: 2007 b.

LIMA, M.J.;MONTEIRO, A.Práticas Sociais de Localização e Mapeamento:uma discussão curricular sobre o conceito de escala. **Bolema**, Rio Claro (SP), Ano 22, nº 32, 2009, p. 1 a 28

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B.Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.;BARROS, M. E.B.,MATTOS, R.A. (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2010.

LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMSUERJ-ABRASCO, 2007. 228p.

MACHADO, Lucília Regina de Souza . Diferenciais inovadores na formação de professores para a educação profissional. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, v. 1, p. 8-22, 2008.

MANGUEIRA, S.O. ;Ensino e aplicação do processo de enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, 2007.

MANZOLLI, M. C. **Formação do enfermeiro: contribuição da psicologia**. São Paulo: Sarvier, 1985.

MARQUES,J.M.F. Efeitos da formação profissional em contexto de trabalho [tese de mestrado]Lisboa, 2009, Disponível em:<<http://hdl.handle.net/10071/2061>>.Acesso em: 10 maio,2011.

MARSIGLIA, R.M. G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou?. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 5, n. 7, p. 30-41, 2004.

MARTINS, P.C.et al.;De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):1933-1942, 2011.

MATTOS, R.A., Integralidade, Trabalho, Saúde e formação Profissional: Algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In . MATTA, G.C (org). **Estado Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS** Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

MEDEIROS, S.M. et al.; Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletr. Enf.** 2006;8(2):233-40.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

MELO, J.A.C.; Educação e Saúde: Dimensões da vida e da existência Humana. In. Amancio, Filho, Antenor (org). **Saúde, trabalho e formação profissional**.Rio de

Janeiro, Fiocruz, 1997. 138p.

MERHY, E.E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/2007>>. Acesso em: 18 maio 2011.

MINAYO, **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. v. 9. n. 3. Rio de Janeiro. Jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2009.

MIRANDA, M. G. O.; MOURA, A.; LIMA, C. B. A conquista de uma paixão: o desafio da construção de marcos teóricos e metodológicos (re)orientadores da produção da força de trabalho de enfermagem no espaço da universidade. Mossoró (RN): UERN, 2003.

MORÃES, Q.C.S. **Transformações do mundo do trabalho e a educação profissional**: Um enfoque na inserção do nível básico de ensino no Centro Federal de Educação Tecnológica de Campos de Goytacazes/RJ. Dissertação (Mestrado em Educação)-Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

MOURA, D.H. A relação entre a educação profissional e a educação básica na conae 2010: Possibilidades e limites para a construção do novo plano nacional de educação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 112, p. 875-894, jul.-set. 2010

NASCIMENTO, A.S.R.do ARAUJO. R.M. de L. **O que revelam os artigos publicados na revista trabalho & educação sobre as práticas de formação na educação profissional?** Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v.19, n.1, p.55-75, jan./abr.2010.

NEVES, L.M.W. A Política Educacional Brasileira na Sociedade do Conhecimento. In. MATTA, G.C (org). **Estado Sociedade e Formação Profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

NUNES, A.P.M., **Qualidade de vida do aluno-trabalhador do curso de habilitação profissional técnica do nível médio de enfermagem**. Dissertação (Mestrado) Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2006.

OGUISSO T., CAMPOS P.F.S., MOREIRA A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**; 2(supl):68-72. 2011.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.148p.

PAVA, Andrea Macêdo; NEVES, Eduardo Borba. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, Fev. 2011 .

PAVONI D.S, MEDEIROS, C.R.G.. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília. 62(2): 265-271. mar/abr.2009.

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

PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul/ago, 2002

PEDUZZI, M., ANSELM, M.L. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. In:Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Formação**.Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde.Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PEDUZZI, M., ANSELM, M.L. O AUXILIAR E O TÉCNICO DE ENFERMAGEM: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF). 57(4):425-9. jul/ago; 2004

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**.2007.247f. Tese (Livre Docência)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEREIRA, I. B., RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I. B. A educação dos Trabalhadores da Saúde Sob a Égide da Produtividade. In: MATTA, G.C (org). **Estado Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS** Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

PIANCASTELLI, Carlos Haroldo, FARIA Horácio Pereira, SILVEIRA Maria Rezende. O trabalho em equipe. In: Santana JP, (org). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p 45-50.

PINHEIRO, R., CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R., CECCIM, R. B., MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**.2 ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde** (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 73-77.

PINHO, M.C.G.de. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**. V8 . 2006.

POCHMANN, M.; Economia brasileira hoje. In: NEVES, Lúcia M.W.; LIMA, Júlio César F. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

RAMOS, Giovane S.; SANTOS, Aparecida de F. T. Valer (Vá ler?): formação de trabalhadores sob a ideologia do mercado na universidade corporativa da Vale. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 283-302, jul./out.2008.

RENOVATO, R. D. BAGNATO, M. H. S. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, Dec. 2008 .

RIBEIRO, C. J. S. **Plano Grupal Transdisciplinar: cartografando uma equipe de saúde mental**. 2002. 99f. (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ROCHA, A.B. **Ensinando e Aprendendo: Oito Anos da Nova Escola no Espírito Santo – 2003 a 2010**. SEDU, 2010.

ROCHA, P., HAHN, G.V., CARRENO, I.; Concepções de docentes de curso técnico em enfermagem sobre o Sistema Único de Saúde. **Revista Destaques Acadêmicos CCBS/Univates**, ano 1, n. 3, 2009.

RODRIGUES, M. J.; RAMIRES, J. C. de L. O Programa Saúde da Família em Uberlândia: A visão dos usuários e das coordenadoras de equipe do núcleo Pampulha. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 3, n. 6, p. 126-141, Jun, 2008.

RODRIGUES, M.P.; ARAÚJO, M.S.S. O fazer em saúde: Um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia de Saúde da Família. **Revista do CEBES**, 2003.

RODRIGUES, R.M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 76-82, 2001.

SAIPPA-OLIVEIR, G, KOIFMAN, L., PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO R., CECCIM, R.B., MATTOS, R. A. (orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 205-28

SANT'ANNA S.R. A influência das políticas de educação e saúde nos currículos dos cursos de educação profissional técnica de nível médio em enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, v. 5 n. 3, p. 415-431, nov.2007/fev.2008.

SANTOS, L.M.M. dos.; O papel da família e dos pares na escolha profissional. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 1, Abr. 2005

SANTOS, M.A.M. Concepção pedagógica do estágio supervisionado: o olhar dos docentes. Dissertação [mestrado] - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2006. 83 p.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 35. ed. Campinas (SP): Autores Associados, 2002.

SAVIANI, D. **Sobre a concepção de politecnia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-EPSJV, 1989.

SCOCHI, M. J., et al. Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em município da região Sul do Brasil. **Rev. Eletr. Enf.**[Internet]. v. 10, n. 2, p. 347-57, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a06.htm> . Acesso em: 15 abr.2009.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B., O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **InterfaceComunic, Saúde, Educ.**v.9,n.16, p. 25-38, fev.2005.

SILVA, L. B. C. **A escolha da profissão**: uma abordagem psicossocial. São Paulo: Unimarco. 1996.

SILVA, Luciano Pereira da. Formação profissional no Brasil: o papel do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI. **História**, Franca, v. 29, n. 1, 2010

SILVA, M.Z. **A Vale do Rio Doce na estratégia do desenvolvimento brasileiro**.Vitória:EDUFES,2004.440p.

SILVA, R.C.D.; O cotidiano como promotor de vínculos : o caso da USF Santa Martha, Vitória-ES / 2009.Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.2009.

SILVA, S.C.M.. As dobras possíveis da Escola Possível e os encontros com a Formação Técnica em Saúde. **Boletim da Saúde**, v. 16, n. 2, 2002.

SILVEIRA, A.E.;**A formação dos profissionaisde saúde nos cursos de graduação na Grande Vitória – ES**: Um estudo exploratório. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SIQUEIRA, M.P. PORTUGAL. Regulação Assistencial e Integralidade na Assistência à Saúde em Vitória, Sob a Perspectiva da Análise Institucional. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

SORDI, M.R.L.; BAGNATO, M.H.S.; Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área de da saúde: desafio da virada do século. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, p.83-88, abr.1998.

SOUZA, A.M.deA., Profissionalização de trabalhadores de saúde de nível médio: Problemas e desafios. In. AMANCIO FILHO.A. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio e Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138p.

SPINDOLA, T.M.; MARTINS, E.R.C.; FRANCISCO, M.T.R.; Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Rev. bras.**

enferm., Brasília, v. 61, n. 2, Abr. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

STUTZ, B.L. As primeiras escolas de enfermagem e o desenvolvimento desta profissão no Brasil. **Cadernos de História da Educação** – v. 9, n. 2 – jul./dez. 2010.

STUTZ, B.L. Técnicos de Enfermagem: O perfil traçado por profissionais da área no município de Urbelândia nos anos 90. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Urbelândia, 1998.

TEIXEIRA, R.R. Humanização: Transformar como Práticas de Saúde, radicalizando OS Princípios do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2011.

VASCONCELLOS, C.S. **Planejamento: plano de ensino-aprendizagem e Projeto Educativo**. São Paulo, Libertad, 1995.

VEIGA, I.P.; Projeto Político Pedagógico da Escola: Uma Construção Coletiva. In. VEIGA, I.P.(org.) **Projeto Político-Pedagógico da Escola: uma construção possível**. Campinas, SP: Papyrus, 2008.

VIEIRA, A.L.S. Formação do atendente de enfermagem no Brasil: um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, Mar. 1990.

VIEIRA A.L.S., AMÂNCIO A.F., OLIVEIRA E.S. Mercado de trabalho em saúde na região sudeste-Brasil: A inserção da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 12(1):134-8. jan./fev. 2004.

WAINBERG, S. **Experiências e vivências de auxiliares de enfermagem do sexo masculino no exercício de uma profissão majoritariamente feminina**. Dissertação (Mestrado Psicologia), Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre, 2004.

WENDHAUSEN, A.L.P.; RIVERA, S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. jan/mar, 14(1); 111-9. 2005

WILLIG.M.H. **Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras**. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

ZANEI, S.S.V. Mobilidade sócio-profissional na enfermagem: aspectos de uma realidade em reconhecimento. **Acta Paul.Enf.**, v. 8, n. 4, p. 19-27, 1995.

ZANEI, S.S.V.; IDE, C.A.C;. Mobilidade ocupacional: expressões desse processo na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, Mar. 2000.

ZANETTI, N, G. **Socialização e educação profissional: um estudo do PROEJA-CEFETES**. 2009, 100f. Dissertação (mestrado) UFES. Vitória, 2009.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M.A.O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, fev. 2005 .

APÊNCICE A

CARTA DE SOLICITAÇÃO

Vitória, _____ de _____ de 2010

Sr. (a) Coordenador (a) do Curso Técnico de Enfermagem

Vimos por meio desta solicitar a autorização para realização do projeto de pesquisa – **Formação Profissional do Técnico de Enfermagem para o trabalho em equipe.**

Esta pesquisa tem por objetivo analisar como se articulam as práticas em serviço dos profissionais do nível médio da enfermagem na ESF com a formação curricular. Para isso, uma das etapas deste estudo consiste na análise do Projeto Político Pedagógico do curso técnico de enfermagem dos estabelecimentos de ensino profissionalizante da Grande Vitória e, também propõe entrevistas aos estudantes do último módulo do ensino técnico.

Esta pesquisa é orientada pela professora: Prof^a Dr^a Marta Zorzal e Silva e executada pela aluna do mestrado Rosiane Oliveira Ribeiro, selecionada no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva 2009-2011, da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

Ademais, gostaríamos de solicitar a sua colaboração no sentido de autorizar a coleta de dados facilitando o acesso ao projeto pedagógico, programa das disciplinas e grade curricular, bem como aos estudantes do último módulo do curso técnico de enfermagem.

Garantimos que a identidade da instituição será mantida em sigilo e que somente serão analisadas as informações agrupadas aos demais estabelecimentos, não haverá prejuízo aos participantes do estudo. Comprometemos a disponibilizar os resultados da pesquisa ao final da mesma.

Agradecemos à colaboração

Prof^a Dr^a Marta Zorzal e Silva

mazorzal@uol.com.br

Rosiane Oliveira Ribeiro

99168715 rosianefolhagem@hotmail.com

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AOS ESTUDANTES E COORDENADORES DO CURSO TÉCNICO PROFISSIONALIZANTE DE ENFERMAGEM

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa coordenada por um profissional de saúde. Para participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários. Este documento contém as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. Este descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos, caso você queira participar. Você só deve participar do estudo se quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

TÍTULO: Formação profissional do técnico em enfermagem para o trabalho em equipe

OBJETIVO DA PESQUISA: analisar o processo de formação profissional do técnico de enfermagem para o trabalho em equipe nos estabelecimentos de ensino técnico-profissionalizante de Vitória-ES.

PROCEDIMENTOS: Entrevista gravada aos estudantes do último módulo do ensino técnico, por meio de formulário próprio, com perguntas abertas e fechadas. E com os coordenadores de curso.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua decisão em participar desta pesquisa é voluntária e é assegurada a sua liberdade de retirar-se do estudo a qualquer momento sem que sofra penalidades.

CUSTOS: Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo e a sua identidade será mantida em sigilo.

CONTATO COM O PESQUISADOR: Rosiane Oliveira Ribeiro – 97210751

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde, ou o Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, pelo telefone: 3335-7287. O CEP se trata de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não-científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Agradecemos a Colaboração.

Após a leitura e entendimento do termo de consentimento, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Mas, entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper minha participação a qualquer momento. Também tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

Participante

Rosiane Oliveira Ribeiro

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1

Pesquisa: Formação Profissional do Técnico de Enfermagem para o trabalho em equipe.

Sujeitos: Técnico de Enfermagem.

I - CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO				
1 - NOME:			2 - ANO NASCIMENTO:	
3 - ATIVIDADE QUE EXERCE:				
1 – ESTUDANTE	2 – ESTUDANTE E TRABALHADOR:		3 – PROFISSÃO:	4-ESTÁGIO REMUNERADO
II – INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO/ ESTÁGIO REMUNERADO				
4 – LOCAL				
5 - DATA INGRESSO			6 – CARGO	
7 – SETOR			8 - TEMPO DE SERVIÇO	
III- ESCOLARIDADE				
9 – ENSINO FUNDAMENTAL:	10 - ESCOLA PÚBLICA		11 – ESCOLA PRIVADA	12 – ANO CONCLUSÃO
13 – ENSINO MÉDIO	14 – ESCOLA PÚBLICA		15 – ESCOLA PRIVADA	16 – ANO CONCLUSÃO
17 – POSSUI OUTRO CURSO: SIM () NÃO ()			18 – EM CASO AFIRMATIVO, QUAL?	
19 – NOME ESCOLA ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TE) QUE ESTUDA OU ESTUDOU				
20 – ENDEREÇO:				
21- HORÁRIO EM QUE FAZ (FEZ) O CURSO			22 - QUAL A DURAÇÃO (EM SEMESTRES - PPP)	
23 – ANO DE INÍCIO		24- ANO DE CONCLUSÃO		25 – DURAÇÃO (TEMPO ENTREVISTADO)
26 – FAZ (FEZ) OUTRO CURSO PARALELO AO TE:		SIM	NÃO	27 – QUAL:
28 – ONDE		29 – PORQUE FAZ OUTRO CURSO EM PARALELO		
IV – MOTIVAÇÃO				
POR QUAL MOTIVO VOCÊ QUIS FAZER O CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM?				
V – ESTRUTURA CURRICULAR E DE ENSINO DO CURSO TE				
30 – Quantas disciplinas compõem a grade curricular			31 - Qual é a carga horária total do curso	
32 – Conhece: o projeto pedagógico do curso? Sim () Não ()				
33 - Conhece: a grade curricular? Sim () Não ()				
34 – Conhece: as diretrizes do curso técnico de enfermagem? Sim () Não ()				
35- Em quantas disciplinas foram (são) trabalhados os conteúdos de saúde coletiva ou saúde pública?				
36 – Qual (is) o(s) nome(s) dessa(s) disciplina(s), a(s) carga(s) horária(s) e os conteúdos: (Confrontar com PPP)				
37 – Em qual período do curso foram ministradas	1º. Módulo		2º. Módulo	
	3º. Módulo		4º. Módulo	
	5º. Módulo		6º. Módulo	
38 – Os princípios, a estrutura e organização do SUS são estudados de alguma forma durante o curso. Sim () Não ()				
Se sim, em que situações		47 – Disciplinas teóricas. Qual (is)?		48 – Estágio
39 – Os Temas: integralidade, trabalho em equipe e ESF foram estudados durante o curso. Sim () Não ()				
Se sim, em que situações		50 – Disciplinas teóricas. Qual (is)?		51 – Estágio?
40 – O que você pensa sobre o SUS?				
40.1 – É usuário de quais serviços do SUS?				
De um modo geral, qual é a formação dos professores das disciplinas que tem conteúdo de saúde coletiva				
1 – Medicina	2 – Odontologia	3 - Enfermagem	4 - Outros. Quais?	5- Não sei

41- O curso exige a realização de estágio? Sim() Não()		53 -Qual o nº. horas de estágio exigidos		
42 – Se sim, você fez (faz) estágio? Sim() Não()				
43 – Se fez (faz) em quais organizações / instituição?				
44 – Quais atividades foram (são) realizadas durante o estágio?				
44.1 - Qual foi o tempo de duração do seu estágio?				
45 – Conhece a ESF/ PSF? ()sim ()não				
45.1 - Como avalia a ESF?				
VI – TRABALHO EM EQUIPE				
46– Em algum momento, o <u>trabalho em equipe</u> foi objeto de discussão? () sim () não				
47- Em caso afirmativo, de que forma foi trabalhado este conteúdo:				
48- O que foi falado sobre o trabalho em equipe?				
50- Teve a oportunidade de exercitar o trabalho em equipe durante o curso? Em quais momentos?				
51 – Como você define trabalho em equipe?				
52 - E como foi o desempenho dos membros da equipe?				
53- E pra você, quais as vantagens dessa modalidade de trabalho em equipe?				
54- E as desvantagens dessa modalidade de trabalho em equipe?				
VII – AVALIAÇÃO DO CURSO				
53 - Como avalia a qualidade do curso que frequentou?				
1 – Ótima	2 – Boa	3 – Regular	4 – Ruim	5 – Péssima
54 – Como avalia a qualidade dos instrutores do curso TE que frequentou				
1 – Ótima	2 – Boa	3 – Regular	4 – Ruim	5 – Péssima
55 - Como avalia a infraestrutura da escola onde você frequentou o curso?				
1 – Ótima	2 – Boa	3 – Regular	4 – Ruim	5 – Péssima
56 – Como avalia o curso em relação as suas expectativas				
1 – Superou as expectativas	2 – Atendeu as expectativas	3 – Não atendeu as expectativas		
VIII – CURSO REALIZADO <i>VERSUS</i> TRABALHO ATUAL (SE ALUNO INSERIDO NO TRABALHO)				
57 – Qual é a relação entre o que você aprendeu no curso TE e as necessidades do seu trabalho				
1 – Fortemente relacionada	2 – Fracamente relacionada	3 – Não tem relação alguma		
58 – Há quanto tempo trabalha como técnico de enfermagem				
1 – Há menos de 1 ano	2 – De 1 a 2 anos	3 – De 2 a 5 anos	4 – Mais de 5 anos	
IX– PERSPECTIVAS DE TRABALHO FUTURO				
Em termos de preferência de trabalho, se você pudesse escolher. Onde trabalharia? Por que?				
IX– PERCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE NA ESF				
Quesitos	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente

Na ESF só o ACS é quem deve fazer visitas domiciliares				
Na ESF o TE também faz visitas domiciliares				
Na ESF o TE não tem espaço de atuação, pois este espaço compete ao auxiliar de enfermagem				
Na ESF só o ACS é quem deve fazer visitas domiciliares				

APÊNDICE D

PESQUISA: FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM PARA O TRABALHO EM EQUIPE

ROTEIRO DE ENTREVISTA 2

- 1- Uma das competências que o aluno do curso técnico de enfermagem é convidado a desenvolver é o trabalho em equipe. De que forma a escola incentiva o desenvolvimento do trabalho em equipe?

- 2 - Quais os principais empregadores dos egressos dessa escola?

- 3 - A seu ver, quando o aluno procura o curso técnico de enfermagem , quais as expectativas em relação à formação e trabalho que eles conseguem transmitir para você?

- 4- Como ocorre o aprendizado do aluno das questões referentes a ESF?

- 6 – Como ocorre a participação dos alunos e demais professores na implementação do PPP.

ANEXO

Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 05 de novembro de 2009.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof^a. Marta Zorzal e Silva
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "O técnico em enfermagem e o trabalho em equipe na estratégia de Saúde da Família".

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa registrado no CEP com o nº 199/09, intitulado: "O técnico em enfermagem e o trabalho em equipe na estratégia de Saúde da Família" e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima, em Reunião Ordinária realizada em 04 de novembro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,


Prof^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

