

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



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

**A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM: A
EXPERIÊNCIA DO PROJETO LARGA ESCALA NO MUNICÍPIO DE
NATIVIDADE/RJ**

SANDRA FERREIRA GESTO BITTAR

Rio de Janeiro, novembro de 2009

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

**A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM: A
EXPERIÊNCIA DO PROJETO LARGA ESCALA NO MUNICÍPIO DE
NATIVIDADE/RJ**

SANDRA FERREIRA GESTO BITTAR

Orientador: Prof^o. Dr. Antenor Amâncio Filho

Co-orientador: Prof^a. Neuza Maria Nogueira Moysés

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências (Saúde Pública).

Rio de Janeiro, novembro de 2009

*Àquele que me mostra os caminhos,
mesmo nos momentos em que eu não os acreditava ou não os percebia.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai mais que Amoroso, Fonte de Vida, Sabedoria e Felicidade.

A Elias, vida, fé, amor, desejos, sonhos compartilhados e realizados.

A Rachel, nossa criação mais linda.

Aos meus pais, irmão e sogro, que de alguma forma sei que estão felizes por mais esta nossa conquista. Muito obrigada.

Aos meus familiares, que direta ou indiretamente, mais uma vez colaboraram com o meu caminhar.

A Izabel dos Santos e Ena Galvão, pelo testemunho vivo de fé em um mundo mais justo.

Às ex-companheiras de caminhada da Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf^a Izabel dos Santos” – SESDEC/RJ.

A todos os integrantes da Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf^a Izabel dos Santos” – SESDEC/RJ.

Ao município de Natividade/RJ, na pessoa que nos acolheu: Francisco José Marins Bohrer.

Às egressas do curso de auxiliar de enfermagem de Natividade/RJ, 1995 - 1997.

À atual equipe de saúde e, em especial, a de enfermagem da Rede Básica de Saúde de Natividade/RJ.

Aos Professores Antenor Amâncio Filho e Neuza Maria Nogueira Moysés, meus orientadores, pelo incentivo, paciência e tranqüilidade, propiciando um caminhar de descobertas.

Ao Professor Sérgio Pacheco pela tranqüilidade, seriedade e competência.

A Luzimar pela alegria, apoio, profissionalismo e companheirismo.

Ao colega e às colegas de mestrado.

À equipe do Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por materializar esse curso, fortalecendo a Rede de Escolas Técnicas do SUS.

*“Dever-se-ia dizer que Paulo Freire
amava intensamente, e queria saber e compreender.*

*Isso significa dizer, sua sede de conhecimento
é resultado de que ele sempre foi uma pessoa muito curiosa.”*

Paulo Freire

“A principal fonte da minha energia é a paixão.

*Eu sempre fui uma pessoa muito curiosa.
Tinha vontade de entender os fenômenos que me cercavam, de saber o porquê.”*

Izabel dos Santos

RESUMO

O objeto deste estudo foi o Curso de Formação Profissional de Auxiliar de Enfermagem realizado no município de Natividade, estado do Rio de Janeiro nos anos de 1995 a 1997, pela Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” – ETIS – SESDEC/RJ e teve como objetivo estudar os efeitos ocorridos na prática profissional das egressas da rede de saúde. Na implantação e no desenvolvimento deste curso foi utilizada a proposta do Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, mais conhecido como Projeto Larga Escala – PLE, que objetivava a formação profissional de nível médio visando à qualidade da assistência à saúde da população, e que ainda hoje influencia a formação dos trabalhadores da saúde. O Projeto Larga Escala concebia que para transformar a realidade é preciso construir novas práticas de formação e de gestão na saúde, tornando necessário que a educação profissional se fundamente numa concepção que amplie os horizontes de interesses da sociedade, numa visão de mundo que posiciona e compreende o homem como centro das preocupações. Para atingir o objetivo proposto, foi realizada pesquisa em documentos na ETIS-SESDEC/RJ e aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas às egressas do curso. Os dados foram trabalhados dentro de uma abordagem quanti-qualitativa. Os resultados indicaram que: 100 % dos respondentes são do sexo feminino, a maioria (38,9%) está na faixa etária entre 41 e 50 anos e 50 % são casadas. Quanto à escolaridade, 27,8% possuem 3º grau, 11,1% 3º grau incompleto, 44,4% ensino médio, 11,1% ensino médio incompleto e 5,5% ensino fundamental. Destaca-se que 83,3% das egressas encontram-se desenvolvendo atividades relacionadas à saúde e 16,7% não atuam na saúde. O curso de formação profissional de auxiliar de enfermagem, em conformidade com as egressas, contribuiu para melhorar a prática, além de promover mudanças significativas nos aspectos humanístico, ético e no comprometimento com a sociedade.

PALAVRAS-CHAVES: Educação Profissional em Enfermagem; Educação na Saúde; Processo de Trabalho em Saúde e Gestão do Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

The object of this study was the Nursing Assistant Professional Training Course held in the municipality of Natividade, in the State of Rio de Janeiro between the years 1995 and 1997, by the Nurse Izabel dos Santos Health Technical Training School – ETIS – SESDEC/RJ and aimed to study the effects in the professional practice of alumni of the health network. In the implementation and development of this course, the Project Proposal for the Large Scale Training of Mid- and Elementary-Personnel for Health Services, better known as the Large Scale Project – PLE, which sought the training of mid-level professionals aimed at quality health assistance of the population, and still today influences the training of health workers. The Large Scale Project understood that in order to transform reality it is necessary to construct new training practices and health management, thus making professional education necessarily base itself on an idea that broadens the horizons of the interests of society, into a worldview which places and understands humanity at the center of its worries. To meet this proposed objective, an ETIS-SESDEC/RJ documentary study was created and a questionnaire given to the graduate from the course consisting of open and closed responses. The data was elaborated within a quantitative-qualitative prism. The results indicated that: 100% of respondents were female, the majority (38.9%) is in the age group between 41 and 50 years old and 50% are married. As for schooling, 27.8% have a college education, 11.1% did not complete college, 44.4% have a high school education, 11.1 did not complete high school and 5.5% have an elementary education. It should be noted that 83.3% of alumni found them developing health related activities and 16.7% do not work in health. The nursing assistant professional training course, in confirmation with the alumni, contributed toward bettering the practice, in addition to provoking significant changes in the humanistic and ethical aspects and in the commitment to society.

KEY WORDS: Professional Nursing Training; Health Education; Health Work Process and Health Labor Management

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 2 - O PROJETO LARGA ESCALA	07
2.1. Breve Histórico	07
2.2. A Proposta Pedagógica	12
2.3. O Currículo Integrado	16
2.4. O Processo de Avaliação	18
CAPÍTULO 3 - O CONTEXTO	19
3.1 Características Sociais e Econômicas do Município de Natividade/Rj	19
3.2 A Escola de Formação Técnica Em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” (ETIS)- SESDEC/RJ	23
CAPÍTULO 4 – O PROJETO LARGA ESCALA EM NATIVIDADE/RJ	25
CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA	36
CAPÍTULO 6 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	50
REFERÊNCIAS	52
ANEXO I – Questionário aplicado às egressas	55
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
ANEXO III – Parecer do Comitê de Ética	60
ANEXO IV – Dados de Identificação das Egressas, Natividade/RJ, 2009	61
ANEXO V – Situação Encontrada e Medidas Implantadas com o Desenvolvimento do Curso	62
ANEXO VI – Causas de Óbitos. Natividade/RJ, 1997	66

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Vínculo empregatício das egressas em 1995 e 2009. Natividade/RJ	40
QUADRO 2 - Escolaridade das pesquisadas	40
QUADRO 3 – Graduações realizadas pelas egressas	41
QUADRO 4 – Mudanças ocorridas na Rede de Saúde de Natividade/RJ	46
QUADRO 5 – Ações desenvolvidas com mais ênfase após a realização do o curso	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA
AMPLA – Energia e Serviços S.A.
AOSD – Auxiliar de Serviços Diversos
BCG - Bacilo de Calmette-Guérin (Vacina para a prevenção da tuberculose).
CEDAE – Companhia Estadual de Águas e Esgotos
CEE – Conselho Estadual de Educação
CEPD – Centro de Execução Programático Descentralizado
CERJ – Companhia de Eletricidade do Rio de Janeiro
CFE – Conselho Federal de Educação
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CoC – Conselho de Classe
ETIS – Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos”
ETs-SUS - Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
HSE – Hospital dos Servidores do Estado
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ISS – Imposto sobre Serviços
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAISMCA - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
PLE – Projeto Larga Escala
PSF – Programa de Saúde da Família
SES/RJ – Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SESDEC/RJ - Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFMG/PRODEN – Universidade Federal de Minas Gerais/Programa de
Desenvolvimento da Enfermagem

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

CAPITULO 1

INTRODUÇÃO

As inúmeras questões referentes à formação do pessoal de nível médio em saúde, particularmente em enfermagem, motivam a realização deste estudo. Sua pertinência vem do fato histórico e cultural de, frequentemente, na saúde, os trabalhadores de nível técnico ser considerados atores coadjuvantes no processo de trabalho. Na década de 1980, no Brasil havia 300 mil trabalhadores sem qualificação específica para o trabalho em saúde e em torno de 50% desses trabalhadores realizavam as mais diversas atividades (desde serviços gerais às ações assistenciais específicas e complexas de enfermagem, odontologia, nutrição, fisioterapia, vigilância sanitária e meios diagnósticos), sem valorização social e institucional, sem identidade profissional e, com isso, não podendo se coligar às entidades/organizações profissionais e usufruir de direitos, como planos de cargos e salários, entre outros¹.

O atendente, enquanto componente da equipe de enfermagem, na década acima mencionada, representava 71,24% do total de empregos de nível médio e elementar na saúde, o que constituía um sério problema para todo o setor, em especial para a própria enfermagem². Esse dado é reforçado pelos resultados de pesquisas^{3, 4}, que mensuraram o contingente de trabalhadores sem qualificação específica para o trabalho em torno de 70% do pessoal atuante no setor, e apontam que, destes, 50% realizavam ações na área de enfermagem.

A formação de quadros profissionais para o Sistema Único de Saúde – SUS, nos níveis superiores e técnicos, é tema recorrente, que vem sendo discutido com ênfase cada vez maior na área da saúde. Na década de 1980, surgiram estratégias com o objetivo de qualificar o pessoal de nível médio e elementar engajado no processo de trabalho ou em admissão a ele, dentre as quais se destaca o “Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde”, mais conhecido como Projeto Larga Escala - PLE. Desde então, minha trajetória de vida pessoal e profissional vem sendo influenciada pelas políticas públicas para a formação do pessoal de nível médio de enfermagem.

Conheci o PLE ainda como enfermeira plantonista da Clínica Cirúrgica do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), em 1985, e me identifiquei com seus

princípios. Naquela época existia a Escola de Auxiliares de Enfermagem do HSE⁽¹⁾ (hoje CEPD⁽²⁾ HSE) que formava, além de servidores (Auxiliar Operacional de Serviços Diversos - AOSD), também clientela externa, que passava por um processo de seleção. A maioria dos estágios supervisionados ocorria nas próprias instalações do HSE. Como enfermeira, buscava uma interação com o grupo de alunos e o professor supervisor, com o principal objetivo de conhecer as atividades que os alunos desenvolviam e que diretamente influenciavam na assistência prestada pela equipe de enfermagem.

Como resultado da interação com o grupo de alunos e os professores supervisores, conheci a Escola de Auxiliares de Enfermagem. Uma das suas professoras, juntamente com a coordenadora da Escola, me apresentou o Projeto Larga Escala e convidou-me para integrar o corpo docente. Surgia assim à possibilidade de realizar uma ação para minimizar as dificuldades que enfrentava no dia-a-dia como enfermeira, qual seja, os profissionais com os quais eu trabalhava demonstravam conhecimento técnico, mas parecia que faltava algo, a maioria dos auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas não relacionavam os conhecimentos específicos da profissão com algo mais que tornasse aquela assistência diferente, isto é, que atendesse às necessidades do paciente como um todo bio-psico-social. Sabia que me tornando docente não resolveria todas as dificuldades da assistência, contudo, vislumbrei a possibilidade de começar a fazer algo com e para a enfermagem.

Ingressei no quadro docente da Escola de Auxiliares de Enfermagem do HSE em janeiro de 1986. Inicialmente para ministrar a Disciplina de Enfermagem Materno-Infantil, já que fiz Habilitação⁽³⁾ em Obstetrícia. Durante o período de 1986 a 1994 ministrei disciplinas Instrumentais (Moral e Cívica, Higiene e Profilaxia e Anatomia e Fisiologia) e Profissionalizantes (Enfermagem Materno-Infantil, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem em Saúde Pública), além de fazer cursos de atualização em Planejamento Familiar, Integração Docente Assistencial e Licenciatura em Enfermagem. Mas foi com

⁽¹⁾ Escola de Auxiliares de Enfermagem do INAMPS/RJ, criada em 1954. Para maiores detalhes vide: AZEVEDO, M. L. Educação de Trabalhadores da Enfermagem com Enfoque na Pedagogia da Problematização. Dissertação Mestrado em Educação – Faculdade de Educação da UFRJ, 1991 e TORREZ, M. N. F. B. Qualificação e Trabalho em Saúde – Desafio de “Ir Além” na Formação dos Trabalhadores de Nível Médio. Dissertação Mestrado em Educação – Faculdade de Educação da UFRJ, 1994.

⁽²⁾ CEPD – Centro de Execução Programático Descentralizado – Para realizar a formação dos trabalhadores de nível médio, a ETIS descentraliza suas turmas através de Convênio de Cooperação Técnica entre a SESDEC e as Prefeituras e as instituições interessadas na formação dos trabalhadores. Para isso foi criado o CEPD por meio do Parecer CEE/RJ N°. 400/1992.

⁽³⁾ Equivale hoje a Especialização.

a Capacitação Pedagógica para Instrutores/Supervisores da Área da Saúde⁽⁴⁾, tendo como instrutoras Isabel dos Santos e Ena Galvão, que afluíram a curiosidade e o desejo de conhecer mais.

Fui convidada, ainda neste período, a participar da elaboração de textos que integram a Área IV – Participando da Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente do Guia Curricular para Formação do Auxiliar de Enfermagem – Área Hospitalar⁽⁵⁾.

Quanto mais conhecia os princípios do PLE e sua proposta pedagógica mais aumentava a minha vontade de colocá-lo em prática. Expus meu desejo à Prof^a. Mariliza Vicente Cortez - à época Diretora Geral da Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf^a Isabel dos Santos” – SES/RJ, de viver o Larga Escala em qualquer localidade onde a ETIS pudesse desenvolvê-lo.

Foi nessa ocasião que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natividade/RJ, na pessoa do então vice-secretário de saúde o enfermeiro Francisco José Martins Bohrer, solicitou a indicação de um enfermeiro para auxiliá-lo, já que o mesmo era o único enfermeiro do município. A Diretora Geral conhecia a minha determinação de atuar no PLE, independente da localidade e que se fosse necessário, estava disposta a mudar com toda a família, para realizar esse trabalho e sugeriu não só um enfermeiro, mas, “um casal de enfermeiros”. Eu, com habilitação em Enfermagem em Obstetrícia, Licenciatura em Enfermagem, 10 anos de experiência como docente na Escola, com capacitação pedagógica, técnica em doenças transmissíveis e em saúde da mulher, criança e adolescente, e meu marido com Habilitação em Enfermagem em Saúde Pública, experiência profissional em doenças infecto-parasitárias e em unidade de cuidados básicos de saúde, chefia de Centro Municipal de Saúde, com capacitação pedagógica e em saúde da mulher, criança e adolescente.

Assim, enquanto enfermeira assistencial vivi a problemática do trabalho em saúde, desenvolvido por trabalhadores sem qualificação profissional formal ou por pessoal de nível médio com necessidade de atualizar-se/especializar-se na área em que atuavam. Hoje, como docente de uma escola técnica de saúde, vivencio uma proposta

⁽⁴⁾ Curso organizado pelo MS e OPAS destinado aos futuros instrutores/supervisores envolvidos na formação do pessoal de nível médio.

⁽⁵⁾ Guia Curricular para Formação de Auxiliar de Enfermagem – Área Hospitalar. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN, 1995.

educacional diferenciada, norteadas pelos princípios do Projeto Larga Escala, que busca desenvolver uma

(...) concepção educacional essencialmente democrática, na medida em que busca resgatar, para os trabalhadores da saúde, o conceito e a prática da cidadania e permite a reflexão, a crítica e o conhecimento indispensáveis à reformulação de sua prática profissional (Ministério da Saúde⁵).

O objeto de estudo deste trabalho é o Curso de Formação Profissional do Auxiliar de Enfermagem, realizado no município de Natividade, estado do Rio de Janeiro, nos anos de 1995 a 1997, pela Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” (ETIS), vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Teve como motivação a minha experiência pessoal acumulada na implantação e desenvolvimento desse processo e, como intenção, contribuir para aprofundar estudos relacionados às políticas de formação profissional de pessoal de nível técnico, consoante os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde.

O curso se constituiu, face ao seu pioneirismo, em um marco para os profissionais de saúde daquele município, posto que, até a década imediatamente anterior, as políticas de formação do trabalhador da saúde pouco se ocupavam do pessoal de nível médio, apesar do expressivo número de profissionais existentes no setor apresentando qualificação insuficiente para o exercício de suas atividades.

Um dos motivos para a realização do estudo refere-se ao fato de que, no Brasil, a formação dos profissionais da saúde, está fortemente vinculada ao modelo biológico, tornando suas práticas centradas na atenção individualizada e ajustadas a multicausalidade⁽⁶⁾ do processo saúde/doença. Uma das inovações que o Sistema Único de Saúde traz para essa realidade é que, para dar cumprimento aos princípios e diretrizes que o orientam, faz-se necessário que as práticas incorporem e considerem um saber que contribui para redefinir os processos de trabalho, de maneira a considerar os determinantes sociais⁽⁷⁾.

⁽⁶⁾ A *teoria da multicausalidade* caracteriza-se pela inclusão dos aspectos relativos à organização social e à cultura entre os fatores que contribuem para a produção da doença, tratando-os como hierarquicamente análogos a outros fatores que compõem o conjunto das causas da doença. Barata R. B. *Epidemiologia e ciências sociais*. Capítulo 17 In: Barata R. B. e Briceño-León R. *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000.

⁽⁷⁾ Determinantes Sociais de Saúde são entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão

Nessa perspectiva, a escolha do tema e as justificativas para o estudo proposto, dizem respeito tanto a razões de ordem pessoais como profissionais, decorrentes do meu envolvimento e comprometimento, na condição de enfermeira da rede básica de saúde de Natividade e docente, na implantação e implementação do curso de auxiliar de enfermagem nesse município, na década de 1990, realizado sob a responsabilidade da ETIS.

Formar profissionais para trabalhar no SUS é um grande desafio para as instituições de ensino. O SUS é complexo, um processo em contínua construção que busca estabelecer novas relações entre o Estado e a sociedade. Pensar a preparação de profissionais de saúde e propor formas de fazê-lo é essencial para superar obstáculos enfrentados por quem defende uma formação mais humana, com responsabilidade social e qualidade técnica.

Para transformar a realidade é preciso construir novas práticas de formação e de gestão na saúde, tornando necessário que a educação profissional se fundamente numa concepção que amplie o horizonte além de interesses apenas de indivíduos ou de grupos restritos e sim considerando toda a sociedade. Colaborar para fortalecer essa visão de mundo, que posiciona e compreende o homem como centro das preocupações, é uma das expectativas contidas neste estudo.

Este estudo teve como objetivo geral estudar efeitos ocorridos na prática profissional dos egressos da rede de saúde, relacionados com a formação profissional do auxiliar de enfermagem realizada pela Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf^a Izabel dos Santos” (ETIS), no município de Natividade/RJ, no período de 1995 a 1997. Como objetivos específicos: a) descrever o processo de implantação e implementação do curso de formação do auxiliar de enfermagem no município de Natividade/RJ; b) identificar, segundo os egressos, os efeitos produzidos na rede básica de saúde no município de Natividade/RJ, em decorrência do curso de formação do auxiliar de enfermagem e, c) propor medidas para instituir um processo de avaliação dos cursos ministrados aos trabalhadores da área da saúde pela ETIS.

Pretende-se, por fim, que os resultados que emergiram da efetivação deste estudo seja subsídios para o debate contemporâneo, sobre a formação profissional em

saúde em geral e, em particular, a promovida pela Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” (ETIS).

CAPITULO 2

O PROJETO LARGA ESCALA

2.1 - Breve Histórico

As transformações políticas e sociais iniciadas na década de 1970, com evolução para as décadas seguintes (1980 e 1990), demonstraram significativo incremento na evolução da democracia, tornando-se um exemplo de legitimidade política. O movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a I Conferência Nacional de Recursos Humanos (1986), a Assembléia Nacional Constituinte, a nova Constituição Brasileira, o novo Sistema de Saúde – SUS são marcos histórico destas transformações. A saúde e a educação são fortalecidas e, como bens públicos, discutidas e instituídas como elementos essenciais para a concepção de condições adequadas para a promoção da vida.

Na década de 1980, a ebulição reivindicatória dos movimentos políticos e sociais em relação às políticas públicas de saúde e a influência mútua dos representantes de entidades da sociedade civil organizada, entidades de classe dos profissionais de saúde, movimentos sindicais, parlamentares progressistas, instâncias universitárias, se consubstanciaram no denominado Movimento da Reforma Sanitária. Tal ebulição favoreceu a expansão, para a sociedade em geral, do debate sobre a necessidade e a importância de alternativas visando promover, proteger e recuperar a saúde.

Nas instituições de ensino superior e de pesquisa foram ampliados os espaços para a elaboração de novos saberes, com a realização de análises críticas em relação ao modelo assistencial existente, o qual estava apoiado em bases filosóficas positivistas. Ganhava força o pensamento sanitário, o qual entendia a saúde como elemento integrante do processo histórico e a compreendia não como ausência de doença, mas como resultante de um conjunto de fatores como educação, transporte, moradia, salário digno, cultura, lazer, ou seja, melhores condições de vida a partir da garantia do atendimento das necessidades básicas da população.

Apenas para ilustrar, os fortes embates travados pelas forças progressistas no campo da saúde, baseado em evidências sócio-econômicas dos países onde se fazia mais imprescindível ampliarem para os segmentos populacionais mais pobres o acesso à saúde, a educação e os demais bens sociais de maneira a reduzir a pobreza promovendo o desenvolvimento, o Banco Mundial propunha sugestões para as políticas públicas de saúde. Estrategicamente, estabelecia mecanismos para controlar as populações pobres

pelo atendimento de suas necessidades básicas, mantendo o domínio de sua expansão⁶. Tal fato reforça o que vários estudiosos (Apple, 1989; Enguita, 1989; Poulantzas, 1975)⁷ afirmam em relação aos modelos educacionais, os quais têm sido determinados muito mais pelas políticas econômicas do que pelos anseios de garantir a conquista, a permanência e a defesa dos direitos humanos.

Nessa arena de luta, a Reforma Sanitária desponta como uma possibilidade real de mudar o percurso da saúde no Brasil, propiciando o surgimento de um campo favorável ao desenvolvimento de novos processos de trabalho e novas propostas de formação de trabalhadores da saúde. Por conseguinte, o novo paradigma de atenção à saúde, construído pelo coletivo da sociedade, resultou na necessidade de uma formação profissional condizente com as aspirações e procedimentos para se alcançar um novo modo de compreender e de “fazer” saúde.

Simultâneo aos debates deflagrados pelo movimento da Reforma Sanitária ocorria um crescimento acelerado do setor saúde, em especial o hospitalar, com significativo ingresso na rede de saúde de profissionais médicos e de atendentes de enfermagem, estes com baixa escolaridade e pouca ou nenhuma qualificação, porém assistindo diretamente aos usuários dos serviços. Esse quadro gerou uma forte polaridade entre os dois contingentes de trabalhadores: de um lado, um largo contingente de médicos (preponderando como “donos do saber”) e, do outro, os atendentes de enfermagem com o encargo de cumprir os procedimentos da rotina das unidades de saúde (Amâncio Filho ⁸).

É nessa conjuntura que no início da década de 1980, com o apoio e a participação do então Ministério da Previdência e Assistência Social e da Organização Pan-americana de Saúde, emerge o “Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde”, mais conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), baseado nas deliberações da Conferência de Alma Ata⁽⁸⁾, que visava contribuir no atendimento à demanda do setor saúde no sentido de universalizar o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tanto em quantidade como em qualidade. O PLE foi instituído pela Portaria de 11 de março de 1980, alterada pela Portaria Ministerial de 27 de abril de 1984, ratificado pela Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento de Coordenação - CIPLAN Nº. 15 de 11/11/85⁹, a qual aprovou o PLE como sendo uma “estratégia prioritária para a preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde”, que objetivava integrar os

⁽⁸⁾ http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm Acesso em 22/09/2009.

serviços, rumo ao Sistema Único de Saúde, definido na VIII Conferência Nacional de Saúde, além de “ratificar a participação do Ministério da Saúde, da Educação, das Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação e da Organização Pan-americana da Saúde no desenvolvimento e consolidação do Projeto⁹, tendo em vista que

(...) em 1980, de 22,3% dos trabalhadores de Nível Médio em Saúde com o 1º grau completo e 20,6% com o 2º grau, permanecendo expressiva, a porção daqueles que não possuíam o 1º grau completo, ou seja, 47,12% dos quais, a metade pertence à enfermagem (Torrez¹⁰).

Fato é que, para atender às demandas e necessidades que ocorriam na sociedade, o modelo biomédico de saúde predominante nas décadas de 1960 e 1970 deveria ser suplantado por um modelo que atendessem aos princípios doutrinários do SUS da universalidade do acesso da população aos serviços de saúde, da integralidade da atenção à saúde, da equidade como garantia de igualdade de oportunidade em relação ao sistema de saúde. Com o intuito de enfrentar essa realidade, os Ministérios da Saúde e o da Educação e Cultura buscaram estratégias para elevar o nível de escolaridade e qualificar, em especial, os trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde ou em admissão a ele.

O documento do Ministério da Saúde/Secretaria de Recursos Humanos, intitulado “Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde” (Ministério da Saúde¹¹) sistematiza a proposta do Projeto Larga Escala e sinaliza aspectos que suplantariam os processos de formação anteriores, tais como a legitimação desta capacitação por mediação da cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, promoção profissional e intelectual dos trabalhadores, metodologia apropriada à realidade dos serviços, entendendo que estes trabalhadores de nível médio e elementar possuíam certa autonomia de ação em regiões que, devido às condições socioeconômicas, a presença de profissionais de saúde de nível superior era praticamente inexistente.

A parceria com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) ocorria pela participação de especialistas da educação, em especial em ensino supletivo, no auxílio/elaboração de metodologias e estratégias pedagógicas para a profissionalização de adultos. A etapa inicial (capacitação pedagógica) do PLE, em cada unidade federativa da União, seria custeada pelo MEC; uma vez implantada a proposta, a garantia de financiamento caberia ao estado através das secretarias de saúde.

O Projeto Larga Escala tinha como principal finalidade promover a formação profissional de trabalhadores de saúde de nível médio e elementar, em serviço. Funcionou também como estratégia de reformulação dos serviços de saúde visando a implantação de uma rede básica de unidades de saúde, que priorizava as populações rurais e periféricas das grandes cidades.

O Projeto Larga Escala possuía embasamento filosófico no conceito de "formação" (Azevedo⁷) o qual transcende a simples aquisição de habilidades intelectuais e psicomotoras; apresentava-se como uma alternativa política para enfrentar o problema da qualificação profissional dos atendentes de enfermagem e criar uma escola específica para trabalhadores de nível médio do setor saúde, com uma concepção curricular que articulava processos educacionais e de trabalho e uma abordagem metodológica específica para o processo de ensino-aprendizagem, bem como a preparação de instrutores/supervisores para atuarem nesta “nova escola” e preparação de material didático, conforme a metodologia.

A proposta, considerada inovadora para a época, superava as metodologias de formação existentes, pois o Projeto

(...) se apresentou como alternativa aos processos tecnicistas de ensino para o trabalho, à visão instrumental mecanicista de aprendizagem e de qualificação profissional, enfrentando logicamente, a ‘desqualificação’ do expressivo contingente de atendente, alijados até mesmo destes processos pseudo-qualificadores (Torrez¹⁰)

O Projeto Larga Escala não se materializou como política pública e sim como estratégia de formação da força de trabalho do setor saúde, em consenso com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a democratização do sistema, como também transformações na atuação profissional dos trabalhadores da saúde. Sua construção foi ocorrendo em paralelo com a sua implantação. Os primeiros estados a adotar a experiência pedagógica foram Piauí, Alagoas e Rio Grande do Norte, inicialmente voltado à formação dos visitantes sanitários e formado pelas próprias instituições de saúde. Este trabalhador, componente da equipe de enfermagem, era reconhecido pela sociedade como profissional atuante na área de saúde pública. Essa estratégia de formação estava baseada na Lei Nº. 5.692 – 11/08/1971¹² (Capítulo IV) e

no Parecer Nº. 699/72 do Conselho Federal de Educação (CFE) que regulamenta o citado capítulo.

O Projeto Larga Escala envolvia diretamente, no âmbito federal, o Ministério da Educação e o Conselho Federal de Educação e em nível estadual, as Secretarias Estaduais de Educação e os Conselhos Estaduais de Educação, órgãos responsáveis pela formação de pessoal de nível médio e elementar.

A proposta do Projeto Larga Escala pode ser assim sintetizada:

Na busca de consolidar um projeto de democratização do sistema de saúde no país e alcançar os objetivos finalísticos da Reforma Sanitária: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular, coloca-se a proposta de qualificação desses trabalhadores através de formação específica de acordo com a legislação educacional vigente. (...) Na construção da proposta pedagógica - metodológica, partiu-se do pressuposto da não neutralidade do conhecimento e da visão do processo educativo equidistante das concepções polares de educação como redenção da humanidade ou da educação como reprodução do "status quo". (...) Busca-se conceber o processo pedagógico, em sua totalidade e na articulação de suas dimensões políticas, metodológicas e de conteúdo (Souza et al¹)

O Projeto Larga Escala efetivou-se nas décadas de 1980 e 1990, ainda que, as políticas públicas no âmbito da formação profissional, nesse período, não tenham colaborado para incentivar a ampliação do projeto, pois foi justamente nessa época que as políticas neoliberais se ampliaram no país, por meio de medidas implantadas no governo de Fernando Collor de Mello e assim o PLE

(...) perdurou até a regulamentação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, que, em 1996, põe fim aos cursos supletivos, entre eles o PLE (Bassinello e Bagnato¹³)

Mesmo não tendo tido continuidade com todas as suas características, o Projeto Larga Escala influenciou e vem influenciando propostas de formação em serviço desenvolvidas nas Escolas Técnicas do SUS, pois, segundo Izabel dos Santos - mentora do PLE e grande entusiasta de propostas que valorizem o trabalhador, o serviço público, os desprovidos de justiça, "a escola organiza sonhos" (Santos e Almeida⁴).

2.2 – A Proposta Pedagógica

As publicações “Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde” (Ministério da Saúde ¹¹) e “O Processo Educativo nos Serviços de Saúde” (OPAS ¹⁴), apresentam de forma pormenorizada a proposta pedagógico-metodológica do PLE.

De acordo com depoimento de Izabel dos Santos, o projeto nasceu da reivindicação de uma atendente de enfermagem¹⁵, tornando-se um programa para o aluno/trabalhador que tinha sido excluído dos bancos formais da escola. “O Larga Escala foi idealizado com o princípio de inclusão, de uma nova escola e um novo docente, a partir de um novo aluno que, segundo Izabel, era velho, mas existia há anos no serviço de saúde” (Castro et al.¹⁵).

Quando Izabel dos Santos começou a pensar na questão da formação dos atendentes, uma das questões que a inquietava era de que forma trabalhar o conhecimento correlacionando-o com a prática, com o dia-a-dia dos trabalhadores da saúde:

Quando você aprende uma coisa fazendo, você modifica a sua prática automaticamente, você não consegue mais fazer do mesmo jeito. Isto é, se você aprende mesmo, se você processa o novo dentro de você, você modifica enquanto pessoa. E sendo outra pessoa, você atua de outro jeito no serviço. As pessoas que mexem com essa coisa sabem que transformam mesmo (Castro et al.¹⁵)

Corroborando com o depoimento de Izabel,

A ‘dimensão política’ do Larga Escala estava presente desde o início, porém, foi o fenômeno metodológico, o processo ensino-aprendizagem por ele preconizado, o que efetivamente atraiu muito de nós (Torrez¹⁰)

Foi tal aspecto que, de imediato, despertou-me o interesse acerca do PLE. A possibilidade de formação em serviço, partindo da prática, do concreto para construir o conhecimento e desenvolver práticas e atitudes comprometidas com a qualidade da assistência, com as pessoas e com a vida. Com a finalidade de se ter um trabalhador com uma visão crítica e globalizante sobre a saúde, faz-se necessário um processo de ensino-aprendizagem articulado com os diversos setores, principalmente com o educacional, sem se distanciar dos princípios do Sistema Único de Saúde.

No meu ponto de vista, por ter conhecido na prática o PLE, acredito que o trabalho de Izabel não só tem estreita semelhança com a proposta de Paulo Freire, como também com a de outros educadores/estudiosos que possuíam os mesmos princípios, valores e ideologias acerca de uma sociedade mais igualitária, posicionamento que é reforçado pelo fato de que a proposta pedagógica do PLE partiu do pressuposto da não neutralidade do conhecimento “buscando conceber o processo pedagógico em sua totalidade e na articulação de suas dimensões políticas, metodológicas e de conteúdo” (OPAS¹⁴)

A posição normal do homem não é apenas de estar no mundo, mas com o mundo, vivenciando atos de criação e recriação, tendo como resultado o conhecimento. Esta relação é realizada pelo homem, independente de ser letrado ou não, com todas as suas diferenças sociais e culturais, da vida, uma gama apreciável de conhecimento, como componente da constituição de suas identidades pessoais e sociais¹⁶.

A proposta pedagógica desenvolvida por Charles Maguerez⁽⁹⁾ e apresentada por Juan Diaz Bordenave no seu livro – Estratégias de Ensino-Aprendizagem¹⁷, possibilita o desenvolvimento de uma metodologia que integra conhecimentos gerais e específicos, em eterno movimento de ação-reflexão-ação, partindo sempre de algo real/concreto/prático para o abstrato/teórico. O conhecimento é construído em conjunto pelos educandos e instrutores/supervisores, sendo o processo de ensino-aprendizagem crítico e reflexivo, as ações conscientes e lógicas são despertadas em todos os atores envolvidos. A aplicação das etapas do “Arco de Charles Maguerez”⁽¹⁰⁾ permite a materialização do conhecimento dos pressupostos teóricos de Paulo Freire, fazendo com que, aquele que aprende não se limite apenas a interpretar o mundo, mas a desenvolver consciência crítica e criativa, saindo da apatia, tornando-se agente de sua própria história, o que possibilita seu engajamento político⁽¹¹⁾, transformando-se e transformando o contexto.

⁽⁹⁾ Em pesquisa realizada, pela autora desse estudo, a única referência encontrada a respeito de Charles Maguerez é: Elementos para uma pedagogia de massa na assistência técnica-agrícola: relatório. Campinas: Coordenadoria de Assistência Técnica Integral da Secretaria da Agricultura do Estado de São Paulo, 1970.

⁽¹⁰⁾ Um esquema pedagógico cuja essência é fazer com que os educandos e educadores realizem o exercício da ação/reflexão/ação, da relação prática/teoria/prática. E neste movimento, a realidade social é o ponto de partida e chegada da construção do conhecimento.

⁽¹¹⁾ Esta possibilidade nos remete a Gramsci – “A tendência democrática da escola não pode consistir apenas em que um operário manual se torne qualificado, mas em que cada cidadão possa se tornar governante”. <http://frankbarroso.wordpress.com/> Acesso em: 24/09/2009.

O “Arco” é uma idéia metodológica adequada para experimentar na ação diversos princípios de uma Educação Problematizadora, apontando para o desenvolvimento de uma visão transformadora da sociedade. Ao mesmo tempo em que se trabalha com os educandos o contexto da realidade, possibilitando que o seu olhar seja crítico, fazendo-o buscar causas e determinantes que levaram a ocorrência/existência daquele contexto, o educando é compelido a compreender a realidade.

Esta realidade é uma só, com várias temáticas a ser conhecidas, podendo ser estudado um conteúdo a cada momento ou vários ao mesmo tempo. Definidos os problemas de estudo, seja ele exclusivo ou variado, a reflexão sobre o que foi vivido/observado a partir da realidade e/ou da prática dos educandos é vital para os primeiros passos rumo à conscientização social e política.

Neste primeiro momento – observação da realidade – o educando realiza um levantamento dos aspectos a serem estudados. Tal atividade, geralmente deve ser realizada em serviço, na comunidade; quando não é possível, o educador deverá buscar alternativas que mais se aproximem da realidade, tais como: filmes, dramatizações. Contudo, a não observação do real provavelmente reduz a percepção de conhecer dados/informações que propiciariam o despertar da consciência crítica. Esse momento com questionamentos sobre o contexto, faz com que o educando demonstre o conhecimento que tem sobre o assunto, a realidade (trabalho, comunidade, população), além de destacar os aspectos a serem estudados.

O segundo momento do “Arco” ocorre com o levantamento dos pontos-chave, isto é, o que será estudado, o que é realmente importante. Demarcado o que é necessário conhecer, busca-se os determinantes da existência do fato/problema. Esta etapa é considerada a mais importante do Arco, pois é nela que ocorrem os questionamentos sobre os porquês da ocorrência daquelas situações observadas/vividas/praticadas.

Desvendando os pontos-chave, faz-se necessário investigar nas fontes de informação/conhecimento (livros, revistas, dados estatísticos, Internet) as respostas, esclarecendo as dúvidas. Esta fase, denominada teorização, propicia ao educando teorizar, de forma empírica ou fundamentada. O instrutor/supervisor tem a oportunidade de conhecer o que o educando já domina sobre aquele conteúdo/assunto e a partir daí utilizar, juntamente com o educando, o aporte teórico-científico, fundamentando as discussões. Nesta fase o educando confronta o conhecimento que já possuía com o novo conhecimento, propiciando a descoberta ou confirmado o que ele já conhecia. Merece destaque a relevância de tal aspecto para a aprendizagem – o conhecimento se torna

algo vivo, relacionado com o educando e com a sua realidade. A construção do conhecimento se faz pelo próprio sujeito da aprendizagem, de dentro para fora, em conjunto com os demais atores do processo:

Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo,
os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo
(Freire¹⁸)

Realizados todos os estudos, colhidos todos os dados, isto é, de posse do conhecimento, o educando criará as possíveis soluções para as dificuldades/problemas encontrados na realidade vivida. Esta etapa do Arco é conhecida como hipótese de solução. Esta etapa é uma das mais criativas, é o momento de permitir aos educandos soltar a imaginação, exercitar o pensamento criador, principalmente no sentido de estabelecer novas ações para exercer possibilidades de mudanças sobre a realidade de onde se extraiu o problema. O educador deve estar atento para propostas que sejam factíveis, fazendo com que o próprio grupo confronte o ideal e o real. A própria realidade, com suas limitações e possibilidades, agirá de forma a participar da construção das soluções e prováveis realizações.

Elaboradas as hipóteses de solução, estas serão aplicadas na realidade, aquela realidade inicial, buscando a transformação. O educando pratica e apreende as soluções que o grupo elaborou como sendo as mais viáveis. Neste momento constata-se ou não o aprendizado. Caso ocorra a mudança esperada, pode-se afirmar que realmente houve apreensão do conhecimento, pois a mudança não aconteceu somente na realidade, mas também no educando.

Da realidade extraiu-se o problema para o estudo e todas as discussões sobre os dados/informações conseguidos. Para concluir as etapas do “Arco”, faz-se necessário retornar para a realidade estudada e aplicar as ações elaboradas pelos educandos, para que a mesma seja transformada. O objetivo é a transformação, mesmo que pequena, sobre a realidade apresentada.

2.3 – O Currículo Integrado

O Projeto Larga Escala propôs e utilizou o currículo integrado, definido como

(...) um plano pedagógico [...] que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características sócio-culturais do meio em que este processo se desenvolve (Ministério da Saúde⁵)

Com bases em argumentos sociológicos, essa modalidade curricular favorece uma educação que propicie a superação de visões alienadas da realidade, permitindo que os atores envolvidos passem a existir como sujeitos da história, analisando os problemas e solucionando-os criativamente, já que os conteúdos estudados estão conectados às questões reais e práticas¹⁹.

A construção e aplicação do currículo integrado, tendo como experiência o Projeto Larga Escala influenciou mudanças no currículo de graduação de enfermagem em uma universidade pública¹⁹.

A proposta de currículo do PLE está organizada por áreas compostas por unidades didáticas; possuem características próprias, articulando, de forma ativa, ensino e serviço, prática e teoria, ação-reflexão-ação, processo de trabalho como princípio educativo; respeita as características do educando e do serviço, reflete sobre o trabalho e elabora propostas de mudanças. Esses processos são viabilizados, implícita ou explicitamente, com a finalidade de aperfeiçoar o trabalho e dar um retorno às necessidades inerentes de qualificação dos trabalhadores.

O Guia Curricular para a Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS^{21, 22, 23 e 24} foi criado para qualificar profissionalmente o pessoal auxiliar de enfermagem que trabalhava nos centros e postos de saúde, ambulatórios e comunidade. Foi construído segundo as necessidades da Rede Básica de Saúde e teve por eixo do conhecimento o método epidemiológico, privilegiando a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

As quatro áreas que compõem o Guia Curricular foram assim denominadas:

- Área I – Rompendo a Cadeia de Transmissão de Doenças.
- Área II – Prevenindo Risco para a Mulher, Criança e Adolescente.
- Área III – Participando do Processo de Recuperação da Saúde.
- Área IV – Organizando e Desenvolvendo o Processo de Trabalho.

Esse material foi desenvolvido ao longo dos anos 1980 e 1990, de forma gradativa, uma vez que foi construído

(...) no dia-a-dia da luta pela democratização em realidades sociais concretas, onde a qualificação é o elemento básico para dar habilitação e cidadania a trabalhadores e, ao mesmo tempo, assegurar a melhoria da qualidade da assistência a que a população do nosso país tem direito (Santos e Almeida⁴)

Integrava também a proposta do PLE o preparo dos profissionais de nível superior, futuros instrutores/supervisores que participariam da qualificação dos trabalhadores inseridos na força de trabalho do SUS⁴. As capacitações ocorriam nas instituições de saúde, centros formadores ou escolas técnicas.

Um dos objetivos das capacitações era aproximar os futuros docentes da proposta pedagógica do PLE, indo além dos conhecimentos específicos da área de saúde, isto é, integrando saúde e educação. Durante a capacitação pedagógica utilizava-se também a mesma alternativa pedagógica e pressupostos de uma educação para a emancipação/libertação daquela desenvolvida na qualificação dos trabalhadores de nível médio.

Tal necessidade surgiu do fato que,

A prática inicial do Projeto Larga Escala constatou a necessidade de buscar alternativas que permitissem a utilização plena, como instrutor, dos profissionais de nível superior empregados na rede. Para o exercício coerente da função docente, de acordo com a proposta metodológica, fazia-se necessário prepará-los segundo os princípios desta proposta, o que, em última análise, implicava em romper padrões e concepções educacionais bastante arraigadas nestes profissionais, não apenas pelas suas histórias de processo educacional, mas também pela própria formação sobre educação que a função de 3º grau lhes conferia. Deste modo, concebemos um programa de capacitação pedagógica inicial, que através da reflexão crítica da prática pedagógica, busca construir uma nova forma de atuar. A partir desta capacitação, a própria prática como instrutor se encarrega de consolidar uma nova forma de ensinar (Santos e Almeida⁴)

A Capacitação Pedagógica para instrutores/supervisores ampliou horizontes, não só na questão pedagógica, mas principalmente nos aspectos políticos relacionados ao processo de trabalho em enfermagem, à formação profissional, ao processo saúde-doença, à relação ensino-serviço-comunidade. Fazia-se necessário viver a capacitação para começar a entender o que era realmente o PLE.

O Projeto Larga Escala possibilitou vislumbrar a possibilidade de viver a essência da política, pois politizar e humanizar durante o processo ensino-aprendizagem exige que o professor se politize, que tenha clareza de que tipo de mundo deseja construir:

O mundo não é. O mundo está sendo. (...) o meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. (...) Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra (Freire²⁰)

2.4. O Processo de Avaliação

Sendo a proposta pedagógica baseada em teorias e práticas emancipadoras, a avaliação seguia os mesmos fundamentos: caminhava de mãos dadas com o processo ensino-aprendizagem, num eterno movimento de integração. Com o desenrolar da aprendizagem o instrutor/supervisor atuava como intermediário elaborando abordagens pedagógicas que respeitavam o ritmo de aprendizagem do educando, a forma como ele apreende os conteúdos e as possíveis influências de seus padrões culturais. Estando o educador atento para tais fatores, estará se aproximando de uma avaliação de inclusão, por acreditar nas potencialidades de cada indivíduo.

A todo e qualquer momento, durante o processo de ensino-aprendizagem, o educando fornecia dados/informações sobre seu aprendizado, as abordagens utilizadas estimulavam a participação, o inter-relacionamento, a exposição de experiências pessoais e profissionais, entre outras, municiando o educador na realização da avaliação diagnóstica e, caso não ocorresse à apreensão do conteúdo/assunto, o instrutor/supervisor desenvolveria novas ações/abordagens até que o educando alcance os objetivos.

Outras atividades também foram realizadas como estratégias que possibilitavam a avaliação do educando. O importante era, juntamente com o educando, estabelecer os critérios que eram utilizados durante o processo e que cada atividade buscava desenvolver habilidades cognitivas que também eram avaliadas.

CAPÍTULO 3

O CONTEXTO

3.1 - Características Sociais e Econômicas do Município de Natividade/RJ

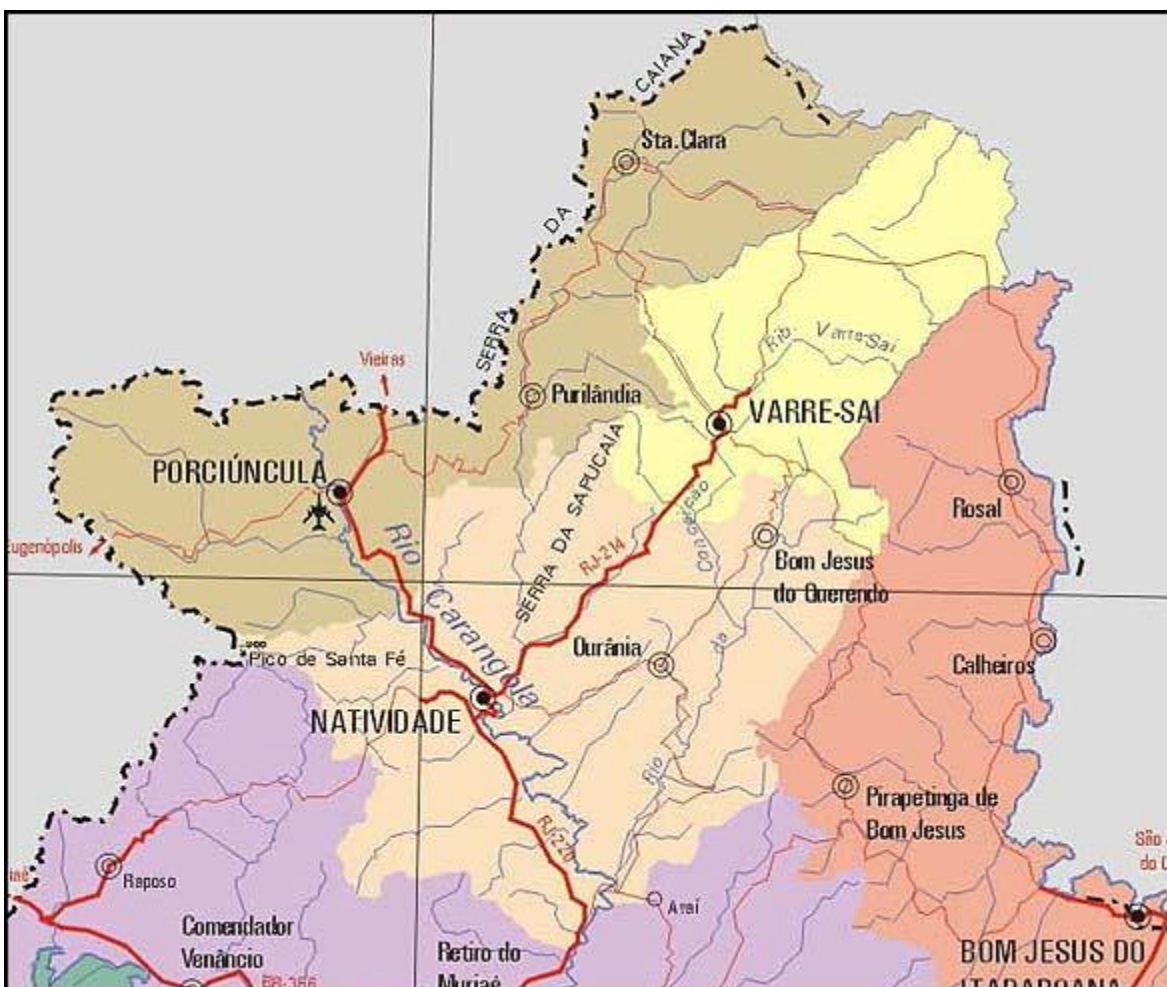
Município localizado na região Noroeste do estado do Rio de Janeiro, com área territorial de 387 km² e altitude de 182m. A história da colonização das terras que hoje fazem parte do município de Natividade, anteriormente chamado de Natividade do Carangola, tem o seu início no período entre 1821 e 1831. Em 1947, a Assembléia Estadual, por força do artigo 6º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, promulgado em 20 de Junho de 1947 e regulado por efeito da Lei Estadual nº. 6, de 11 de Agosto de mesmo ano, resolveu conceder autonomia político-administrativa, elevando-o à categoria de município com dois distritos, Ourânia e Bom Jesus do Querendo.

Possuem uma população de 14.930 hab.²⁵ e densidade populacional de 40.01 hab./Km² ²⁶, com maior concentração populacional na área urbana. Clima tropical e atividades econômicas baseadas na agricultura (arroz, milho e feijão) e pecuárias. Faz limites com os municípios de Porciúncula e Varre-Sai ao Norte, Itaperuna ao Sul, Bom Jesus do Itabapoana ao Leste e a Oeste com Itaperuna e o estado de Minas Gerais. A cidade, atualmente, tem como principais atrativos os turismos religioso e rural, destacando-se o Sítio dos Milagres e as fazendas históricas. Natividade é servida por estradas estaduais e municipais, interligando o município aos grandes centros, destacando-se as rodovias RJ-198, RJ-220, RJ-214, RJ-230. A distância do município em relação à capital do estado (Rio de Janeiro) é de 365 km.⁽¹²⁾. O Rio Carangola abastece a cidade, tendo a Companhia Estadual de Águas e Esgotos (CEDAE) como a responsável pelo tratamento da água e do esgoto, a AMPLA Energia e Serviços (ex-CERJ – Companhia de Eletricidade do Estado do Rio de Janeiro) pela energia elétrica e a prefeitura pela coleta e destino do lixo.

O Produto Interno Bruto do município, em 2006, foi de R\$ 81.109.000,00, a renda per capita R\$ 5.237,91 e a arrecadação anual em Impostos Sobre Serviços (ISS) R\$ 502.000,00⁽¹³⁾.

⁽¹²⁾ Fonte: www.natividade.rj.gov.br. Acesso em 15/03/2009.

⁽¹³⁾ Fonte: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 15/03/2009.



Fonte: <http://www.governo.rj.gov.br/municipal.asp?M=66>. Acesso em 15/03/2009⁽¹⁴⁾.

O município possui 12 estabelecimentos de saúde, sendo sete públicos (municipais) e cinco privados, contando com sete Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) distribuídas entre as áreas urbanas e rurais.

O único hospital do município possui 53 leitos, é privado e conveniado com o SUS. Conta com nove ambulatórios com atendimento médico em especialidades básicas, deste um com atendimento de emergências, oito com atendimento odontológico conveniados com o SUS. O município possui um Ultrassom Doppler colorido, um Eletrocardiógrafo e um Raios-X.

Para melhor compreender as questões relacionadas à saúde no município e, mais ainda, a situação em que o mesmo se encontrava quando da realização do curso, cabe mencionar que em 1996 o município possuía 15.060 hab., (7.552 homens e 7.573 mulheres), com densidade populacional de 39.08 hab./Km² ²⁷. A rede de serviços de saúde era composta de um hospital geral com 50 leitos, um posto de saúde, um posto de urgência, cinco sub-postos de saúde e uma unidade móvel. Dentre as causas de óbitos,

⁽¹⁴⁾ Fonte: <http://www.governo.rj.gov.br/municipal.asp?M=66>. Acesso em 15/03/2009.

em 1997 entre adultos, encontravam-se as doenças do aparelho circulatório com 55 óbitos (50%), doenças do aparelho respiratório com 15 (13,6%), doenças infecciosas com 5 (4,5%) e doenças neoplásicas com 6 (5,4%)⁽¹⁵⁾ (Anexo V).

O município possui um centro municipal de saúde e um posto de urgência, ambos localizados na área urbana do município e três sub-postos de saúde, um localizado na área urbana (Cantinho do Firello) e dois na área rural do município, nos distritos de Ourânia e Bom Jesus do Querendo.

Se comparados os dados de 2007 com os de 1996, é possível observar que há uma queda no quantitativo da população local, em geral, e de jovens, em particular. Convém destacar que na região Noroeste a perspectiva de trabalho para os mais jovens é pouco animadora, ocasionando migração intensa em direção a outras localidades com maiores ofertas de inserção em alguma atividade laboral. Tais observações são importantes para configurar o sistema de saúde, o qual deverá se organizar para atender a uma população com predomínio de idosos.

No período de 1991 a 2000 a faixa etária da população do município estava distribuída da seguinte forma: 3.896 pessoas na faixa de 0 a 15 anos, 9.807 entre 15 e 64 anos e 1.422 habitantes com 65 ou mais anos²⁸.

Neste mesmo período, a taxa de mortalidade infantil diminuiu em 35,24%, ressaltando-se que a do estado diminuiu 29,16%. A expectativa de vida em 2000, no estado era de 69,4 anos, já em Natividade ainda era de 66,36 anos²⁸.

Na década de 1990, através de convênio de cooperação técnica firmado entre a Prefeitura e a Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf^a Izabel dos Santos” – SES/RJ (ETIS) foi constituída a primeira turma do curso de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem. Esta primeira turma era composta por trabalhadores de Natividade e dos municípios vizinhos de Varre-Sai e Porciúncula. Este primeiro curso de auxiliar de enfermagem foi ministrado ainda nos moldes dos demais cursos da ETIS, isto é, após o horário de trabalho do educando e com o currículo organizado por disciplinas, porém já pressupondo transformações, devido à preocupação, já existente, de aproximar as disciplinas cujos conteúdos se interligavam.

O estágio supervisionado ocorria em três momentos: o primeiro iniciava quando aproximadamente 2/3 do conteúdo teórico das disciplinas profissionalizantes Introdução à Enfermagem e Enfermagem em Saúde Pública estava em andamento; o

⁽¹⁵⁾ Fonte: <http://www.saude.rj.gov.br/cgi/defthtm.exe?cgi/dobrx.def> Acesso em 27/04/2009.

segundo momento durante o transcorrer das disciplinas de Enfermagem em Clínica Médica e Enfermagem Cirúrgica e o terceiro momento por ocasião das disciplinas Enfermagem Materno-Infantil e Enfermagem Psiquiátrica.

3.2 Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” (ETIS) – SESDEC/RJ.

A criação das Escolas Técnicas e Centros Formadores foi uma demanda que surgiu da necessidade de operacionalizar o PLE. Esta instituição educacional específica para o setor saúde, de caráter permanente, está articulada ao sistema de educação.

No Brasil, a formação educacional de nível médio e elementar é de responsabilidade do sistema de educação, representado, em nível federal, pelo Ministério da Educação e Conselho Federal de Educação e, nos Estados, pela Secretarias de Estado de Educação e Conselhos Estaduais de Educação⁴.

As Escolas Técnicas e Centros Formadores são responsáveis pelas capacitações para o preparo dos profissionais de nível universitário dos serviços de saúde, futuros instrutores/supervisores, além de elaboração do material didático para subsidiar o processo pedagógico, os já citados Guias Curriculares.

Os cursos são desenvolvidos de forma descentralizada, isto é, a Escola ou Centro Formador centraliza os processos administrativos e a execução dos cursos ocorre nos municípios e/ou instituições que estabeleceram/estabelecem convênio de cooperação técnica. A descentralização dos cursos teve início no final da década de 80.

A Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” (ETIS) foi criada pelo Decreto Estadual Nº. 13802 de 01 de novembro de 1989, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, recebendo a autorização do Ministério da Educação e Cultura (MEC) para implantar educação profissional de nível técnico e básico para pessoal incorporado à força de trabalho em saúde. Está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

No mesmo ano de sua criação, a ETIS expandiu suas atividades com a implantação dos Centros de Execução Programáticos Descentralizados (CEPD), num processo de interiorização da formação de trabalhadores de nível médio da área de saúde. O Regimento Escolar e os Projetos de Cursos foram autorizados pelo Parecer Nº. 150/90 do Conselho Estadual de Educação²⁹.

A formação de profissionais de nível técnico nas áreas de enfermagem, odontologia, administração, vigilância sanitária e saúde ambiental passaram a ser efetivamente assumida e desenvolvida pelo setor saúde. Atualmente a ETIS – SESDEC/RJ integra a Rede de Escolas Técnicas e Centro Formadores do SUS – RET/SUS, instituída pela Portaria Ministerial Nº. 1298 de 28 de novembro de 2000 e, atendendo aos princípios do SUS, promove e realiza cursos de forma descentralizada,

por meio de convênios de cooperação técnica com as Prefeituras/Secretarias Municipais de Saúde e instituições interessadas, por intermédio dos Centros de Execução Programáticos Descentralizados (CEPD).

Apropriando-se dos pressupostos do Projeto Larga Escala, a ETIS utiliza concepção pedagógica crítica, de maneira que o conhecimento com o qual se trabalha na Escola seja significativo para a formação do educando, para que este amplie os conhecimentos que já detém e, ao mesmo tempo, se aproprie de novos conhecimentos²⁰.



Acervo fotográfico da ETIS – SESDEC/RJ.

CAPÍTULO 4

O PROJETO LARGA ESCALA EM NATIVIDADE/RJ.

No ano de 1991, foi estabelecido o convênio de cooperação técnica entre a Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” - SES/RJ e a Secretaria Municipal de Saúde de Natividade/RJ, dando início à 1ª turma de auxiliar de enfermagem em 25 de novembro do mesmo ano, tendo como coordenador do Centro de Execução Programático Descentralizado (CEPD) de Natividade/RJ o enfermeiro Francisco José Martins Bohrer, um dos principais atores no investimento e desenvolvimento do trabalhador de nível médio de saúde no município.

Esta turma ainda seguiu os moldes das demais turmas da Escola, isto é, o currículo por disciplinas, o conteúdo possuía ênfase maior na assistência hospitalar e as aulas ocorriam no período da noite (após o horário de trabalho). Existia o desejo político de implantar um processo de qualificação dos servidores da saúde, pois era evidente a necessidade de mudanças na rede e a formação dos trabalhadores de nível médio era uma promessa de efetivar as transformações desejadas e necessárias. A realização de uma assistência pautada no tratamento, pouco entendimento por parte dos profissionais da saúde de nível superior das reais intenções da profissionalização do pessoal de nível médio e elementar na área de enfermagem, além das precárias condições de infraestrutura das unidades de saúde, não foram empecilhos para a efetivação do PLE em Natividade.

As primeiras negociações para a implantação e implementação do Projeto Larga Escala em Natividade se deram no ano de 1994. Em janeiro de 1995 foram iniciadas as atividades para conhecer a rede básica de saúde, perfil epidemiológico da região, profissionais de saúde (psicólogo, nutricionista, assistente social) que poderiam apoiar tanto nos momentos de concentração⁽¹⁶⁾ como na dispersão⁽¹⁷⁾, identificando, ainda, os futuros candidatos a discentes do curso.

Cabe aqui destaque especial quando da “seleção” dos futuros discentes para o curso. Por acreditar que a educação, além de outros aspectos, também deve promover a

⁽¹⁶⁾ “Concentração são momentos em que o instrutor/supervisor, juntamente com os alunos, desenvolve as seqüências de atividades das unidades didáticas, utilizando fundamentalmente a reflexão sobre a prática para aprofundar, acrescentar e sistematizar o conhecimento teórico que a sustenta”. UFMG/PRODEN, 1995.

⁽¹⁷⁾ “Dispersão são momentos de aplicação dos conhecimentos realizados na própria prática do aluno/trabalhador”. UFMG/PRODEN, 1995.

inclusão, no levantamento dos possíveis discentes foi identificado que algumas servidoras nos anos seguintes estariam se aposentando, contudo, foi levado em conta o que estas trabalhadoras significavam para a comunidade, o papel de liderança que desenvolviam, e que, realizar o curso traria a elas satisfação pessoal e a merecida valorização de todo o trabalho realizado.

Durante este período o curso teve visitas e supervisões da ETIS para planejamento, organização e estudos referentes ao domínio do material didático⁽¹⁸⁾, elaboração do cronograma, reinstalação do Centro de Execução Programático Descentralizado (CEPD) na SMS (com uma sala de aula e uma sala da coordenação de curso) e estruturação das unidades/setores para oferecer condições mínimas para o desenvolvimento do processo.

A rede básica de saúde era constituída de 01 (um) posto de saúde, 01 (um) posto de urgência, ambos na área urbana, 01 (um) sub-posto na periferia da cidade e 02 (dois) sub-postos na área rural. O posto de saúde ofertava os seguintes serviços: imunização, programa de controle da tuberculose e da hanseníase, ginecologia e obstetrícia, puericultura e pediatria e sala de curativo e hipodermia; o posto de urgência administrava vacina antitetânica e soro antiofídico, realizava procedimentos relacionados à saúde do adulto (hipertensão e diabetes) e à saúde mental e pronto atendimento dos casos relacionados às urgências, sendo que as emergências eram encaminhadas para o município vizinho, Itaperuna, que possuía serviços de maior complexidade.

Os 02 sub-postos de saúde, localizados na área rural do município, nos distritos de Ourânia e Bom Jesus do Querendo, realizavam pesagem das crianças e consultas em clínica médica⁽¹⁹⁾. Com a implantação do curso, foi inaugurada uma unidade básica de saúde no bairro Cantinho do Fiorello (área urbana).

Outro aspecto que merece destaque para a real efetivação do PLE foi à integração ensino-serviço-comunidade. A estrutura curricular integrada, flexível, articulada com a realidade de saúde local e a organização do serviço, que foi se organizando com o desenvolvimento do curso, determinou o envolvimento dos educandos/trabalhadores e dos demais funcionários e profissionais na reestruturação dos serviços, com as educandas colocando em prática o que apreenderam, participando no

⁽¹⁸⁾ Guia Curricular para Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS. Área I, II, III e IV. Brasília. MS. 1994.

⁽¹⁹⁾ Para melhor entendimento vide Anexo V - Situação Encontrada e Medidas Implantadas com o Desenvolvimento do Curso.

planejamento das atividades juntamente com a equipe de saúde e, conseqüentemente, melhorando a qualidade da assistência.

A partir do diagnóstico prévio do perfil epidemiológico foram realizadas as seguintes inclusões/adaptações em três das quatro áreas que integram o Guia Curricular:

- Área I – Rompendo a Cadeia de Transmissão de Doenças: inclusão de conteúdos referentes à Esquistossomose e a Leishmaniose; aumento da carga horária para Tuberculose, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.
- Área II – Prevenindo Risco para a Mulher, Criança e Adolescente: inclusão de conteúdos referentes ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
- Área III – Participando do Processo de Recuperação da Saúde: inclusão de conteúdos referentes a intoxicação por agrotóxico.
- Área IV – Organizando e Desenvolvendo o Processo de Trabalho.

Por se tratar de formação em serviço, ao mesmo tempo em que o trabalhador era qualificado, estava no serviço desenvolvendo atividades junto à população. Houve o cuidado de organizar o serviço com relação à permanência de dois trabalhadores/educandos no mesmo setor/unidade, para que quando um estivesse em curso o outro estivesse em serviço e vice-versa, conforme o cronograma de atividades educacionais, o que resultou na criação de dois grupos (Grupo A e Grupo B). O curso teve início em 21/08/1995.

O primeiro momento do curso, a *Área I – Rompendo a Cadeia de Transmissão de Doenças* era composta de uma unidade introdutória e seis unidades subseqüentes. O conteúdo abrangia: ações de controle das doenças transmissíveis, tais como: identificação dos problemas de saúde mais comuns da população, realização de trabalhos educativos que objetivavam estabelecer relações entre ocorrência de determinados agravos e ausência/deficiência de saneamento do meio, colaboração com equipes específicas na manutenção de equipamentos e controle de vetores, identificação de comunicantes, execução de programas de imunização, administração de medicamentos padronizados, esterilização e manuseio de materiais, aplicação e conservação de vacinas segundo normas estabelecidas²¹.

Para melhor entendimento da proposta de integração curricular, é necessário destacar que o conteúdo desta área compreendia Disciplinas Instrumentais (Anatomia e Fisiologia Humana, Microbiologia e Parasitologia, Higiene e Profilaxia, Nutrição e Dietética, Estudos Regionais e Psicologia Aplicada e Ética Profissional) e

Profissionalizantes (Introdução à Enfermagem e Enfermagem em Saúde Pública). A carga horária desta área foi: Grupo A – concentração = 540 horas e dispersão = 832 horas; Grupo B – concentração = 500 horas e dispersão = 720 horas.

Cabe ressaltar que por se tratar de uma primeira experiência, conjugando vários fatores inovadores, tanto na questão do ensino quanto do serviço, a carga horária deste primeiro momento foi considerada superior à necessária.

Muitas foram às ações implantadas e tantas outras implementadas que considero importante descrever, entre elas os Programas de Controle da Tuberculose e da Hanseníase.

Em 1995, quando foi realizado o diagnóstico situacional da rede de saúde, existiam inscritos no programa de Controle da Tuberculose 03 clientes, com a implantação e desenvolvimento do curso (1996), havia 09 clientes em tratamento, totalizando 14 clientes.

**Nº. de casos de tuberculose
em Natividade/RJ (1994 – 1996)**

ANO	Nº. DE CASOS
1994	02
1995	03
1996	09
TOTAL	14

Fonte: Programa de Tuberculose de Natividade/RJ.

**Nº. de casos de Hanseníase
em Natividade/RJ (1994 – 1996).**

ANO	Nº. de CASOS			
	Hanseníase Indeterminada	Hanseníase Tuberculoide	Hanseníase Dimorfa	Hanseníase Virchowiana
1994	-	-	01	01
1995	02	-	01	-
1996	02	04	-	03
TOTAL	04	04	02	04

Fonte: Programa de Hanseníase de Natividade/RJ.

Com relação ao controle da Hanseníase, em 1995, havia 03 doentes em tratamento; em 1996 o nº. de clientes em tratamento passou para 14. Esse aumento do nº. De casos, ocorreu devido à implantação das visitas domiciliares realizadas pelas educandas e ao aumento da demanda espontânea após divulgação, pela Rádio Comunitária, dos serviços oferecidos pelo Posto de Saúde.

Dentre as situações, que considero interessante relatar com respeito à tuberculose, lembro de certo dia estar no posto de saúde pela manhã e a educanda Y solicitou-me um momento para atender um senhor. Eu perguntei do que se tratava e a educanda, falando bem baixinho, respondeu que, possivelmente, era um caso de tuberculose. Eu perguntei: *“Por que você acha que é tuberculose?”* Muito tranquilamente ela descreveu toda a sintomatologia e sugeriu examinar o senhor juntamente comigo. Fomos para a sala de atendimento do programa de tuberculose e entre entrevista e outro procedimento solicitou à educanda que espalmasse as duas mãos sobre as espátulas do cliente e pedisse para que ele inspirasse profundamente.

Para surpresa da educanda, a mão esquerda movimentou-se com a expansão do pulmão, porém a direita quase não apresentou movimento. Ela olhou-me com certa cumplicidade, já imaginando o que podia estar acontecendo. Solicitei os Raios-X, a educanda colheu material para baciloscopia e encaminhamos o cliente para o hospital para fazer o Raios-X. A tarde o cliente retornou ao posto; a educanda com as radiografias nas mãos, ali mesmo no pátio, colocando-as na claridade do céu, confirmou sua suspeita e disse: *“Professora, se não é tuberculose pode ter certeza que ele tem alguma coisa no pulmão.”* Os olhos da educanda brilhavam de alegria com a descoberta do conhecimento, o envolvimento dela na resolução daquele caso levou-a acompanhar toda a família, a supervisionar a administração dos medicamentos, inclusive realizou encaminhamentos junto ao Serviço Social para questões relacionadas a alimentação.

Ao término da Área I foi planejado e organizado um seminário pelas educandas com o acompanhamento dos professores. Esse ocorreu no anfiteatro do Colégio Alvorada, sendo convidados todos os munícipes, os profissionais da saúde, supervisores da ETIS, diretores das escolas do município, vereadores. Logo na entrada do auditório estava exposto um mapa da região urbana de Natividade, elaborado pelas educandas, no qual estavam identificados os pontos de interesse para o desenvolvimento das ações de saúde que com o curso foram identificadas, dentre eles a localização das unidades de saúde, escolas e creches; locais de captação da água e de eliminação de esgoto; área de acúmulo de lixo, criação de animais, esgota a céu aberto. Na apresentação do seminário as educandas, inicialmente, dramatizaram um atendimento

no Programa de Hanseníase. Em seguida, foi apresentado o diagnóstico situacional (Anexo V) do posto de saúde, em cada setor, e dos sub-postos com as intervenções realizadas.

O segundo momento do curso, *Área II – Prevenindo Risco para a Mulher, Criança e Adolescente* que era composta de cinco unidades sequenciais desenvolvendo conteúdos e práticas referentes ao: acompanhamento da mulher na fase de pré-concepção, ações de planejamento familiar, evolução da gravidez e do puerpério, acompanhamento da mulher fora da fase reprodutiva com especial atenção ao grupo de adolescentes, realização de ações de controle do câncer cérvico-uterino e de mama, identificação de parteiras práticas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, estímulo ao aleitamento materno, orientação para o desmame, aplicação de vacinas, participação de ações de prevenção e recuperação de processos patológicos respiratórios e gastrointestinais, acompanhamento e avaliação das condições de saúde das crianças em convívio coletivo e referenciando, sempre que necessário ²².

Na Área II estavam incluídas disciplinas Instrumentais (Anatomia e Fisiologia Humana, Nutrição e Dietética, Estudos Regionais, Psicologia Aplicada e Ética Profissional) e Profissionalizantes (Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Materno-Infantil). A carga horária desta área foi de: Grupo A – concentração = 320 horas e dispersão = 440 horas. Grupo B – concentração = 260 horas e dispersão = 496 horas.

Essa área foi uma das mais gratificantes. As educandas demonstravam algumas inquietações com relação aos resultados dos preventivos, pois os mesmos se acumulavam e a clientela não retornava para buscá-los. Durante alguns dias, eu e mais as educandas-funcionárias do serviço de ginecologia, analisamos os resultados. Foi possível nesse momento trabalhar alguns conteúdos, ainda não estudados no curso. Após verificação dos resultados descobrimos 02 casos de displasia uterina e 01 de carcinoma “IN-SITU”. Nos dois primeiros casos, as educandas identificaram as clientes e agendou consultas, comunicando-as quanto ao comparecimento ao posto, no terceiro caso, eu e a assistente social realizamos visita domiciliar e a encaminhamos para consulta médica, tendo a cliente passando por uma intervenção cirúrgica para resolução do caso.

Outra atividade que mobilizou a maioria das educandas foi à identificação e o acompanhamento das crianças que apresentavam dificuldades de crescimento e

desenvolvimento com a implantação, na íntegra, do cartão da criança⁽²⁰⁾. Para as crianças de baixo peso, foi utilizada a “multimistura”⁽²¹⁾. Inicialmente, utilizamos uma “multimistura” produzida em Teresópolis/RJ por uma pediatra. Foi selecionado um grupo controle de 10 crianças com o objetivo de apresentar os resultados para o prefeito e assim ter apoio na estruturação de uma farmácia que produziria, além da “multimistura” também medicamentos fitoterápicos. Das 10 crianças que utilizaram a “multimistura”, 09 apresentaram ganho de peso, saindo da faixa de baixo peso.

Nesta área foi realizado um encontro que tinha como tema a saúde da mulher. A maioria das secretarias municipais de saúde da região noroeste estava representada. Como palestrantes estiveram presentes o presidente da Seção Rio de Janeiro da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN/RJ) - o enfermeiro Marcos Valadão, a Dr^a. Maria Therezinha Nóbrega da Silva - diretora do Centro Biomédico da UERJ e a Dr^a Tizuko Shiraiwa – coordenadora do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA) da SES/RJ. Este encontro teve como tema central a consulta de enfermagem no que se refere aos aspectos legais, à formação do enfermeiro e à influência nos índices de morbi-mortalidade marterno-infantil. Este encontro e outras ações desenvolvidas pelos enfermeiros (professores do curso) no município, auxiliaram as educandas e a população, a conhecer o real papel do profissional enfermeiro.

O terceiro momento do curso, a *Área III – Participando do Processo de Recuperação da Saúde*, composta de quatro unidades, trabalhava conteúdos/práticas, onde o educando orientava o adulto a

(...) lidar, compreensivamente, consigo e com os outros; pessoas ou grupos em situações de agravos sociais e emocionais; acompanhamento de pacientes com problemas psicopatológicos, prestando cuidados e orientações à família em relação ao tratamento; participação na identificação das doenças e acidentes do trabalho; prestando cuidados de urgência e notificando os acidentes, orientações aos trabalhadores quanto à prevenção de acidentes, doenças do trabalho e direitos, desenvolvimento de atividades visando descobrir precocemente e

⁽²⁰⁾ http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartao_menina.pdf Acesso em: 05/10/2009.
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartao_menino.pdf Acesso em: 05/10/2009.

⁽²¹⁾ A Pastoral da Criança, em 1985, iniciou o trabalho de “Alimentação Alternativa”. Já na introdução do livro *Alimentação Alternativa*, publicado em 1988, a Dr^a Clara Takaki Brandão estabelecia que “somente através de uma combinação, a mais diversificada possível – a MULTIMISTURA – se conseguia aproveitar toda a potencialidade nutritiva dos alimentos.” O conceito da Multimistura era: “a qualidade é dada pela variedade”, ou seja, “é mais nutritivo usar menor quantidade e maior variedade, que muita quantidade e pouca variedade.”
http://www.pastoraldacrianca.org.br/phpnuke/htmltonuke.php?filnavn=dicas/dicas_multimistura.htm
Acesso em: 05/10/2009.

acompanhando o tratamento de portadores de alterações de evolução crônica, identificação e correlação de tipos de urgência e emergência com os modos de viver da população; realizando ações educativas visando prevenir acidentes e prestando cuidados de primeiro atendimento; identificação de sinais e sintomas que configuram situações de emergência, prestando cuidados padronizados pela instituição e referindo as unidades de apoio ou profissionais especializados (Ministério da Saúde²³)

Nesta área estavam integradas disciplinas Instrumentais (Anatomia e Fisiologia Humana, Nutrição e Dietética, Estudos Regionais, Psicologia Aplicada e Ética Profissional) e Profissionalizantes (Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem Neuropsiquiátrica). A carga horária desta área foi de: Grupo A – concentração = 192 horas e dispersão = 344 horas. Grupo B – concentração = 184 horas e dispersão = 380 horas.

O destaque nesta área está na implantação dos Programas de Hipertensão e Diabetes e de Saúde Mental. Durante os estudos e organização do Programa de Saúde Mental foram analisados os prontuários e realizados levantamento sobre a história de vida dos pacientes em uso de medicamentos controlados. Despertadas pelos aspectos referentes aos hábitos alimentares com o consumo de carne de porco mal - passada e ao uso de agrotóxicos nas lavouras de tomates, as educandas correlacionaram os sinais e sintomas com possível presença de cisticercose⁽²²⁾ ou com intoxicação por agrotóxicos, investindo na educação para a saúde quando do atendimento à clientela.

Nesta área, as educandas participaram de uma pesquisa sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas nas escolas municipais e estadual, o que resultou em um relatório entregue ao secretário de educação e ao prefeito. A pesquisa tinha como objetivo contribuir no aprendizado das educandas quanto à importância da pesquisa, bem como as aproximando do tema em questão e da realidade, nem sempre explícita, o que promoveu a sensibilização para a educação em saúde.

A Área IV – *Organizando e Desenvolvendo o Processo de Trabalho* continha três unidades didáticas possuíam conteúdos e práticas para fundamentar a participação do educando/trabalhador nos processos de organização e gestão dos serviços da unidade de saúde. Esta área propiciou ao educando a participação no

(...) planejamento global da unidade de saúde e a organização do processo de trabalho, programando suas atividades na unidade e na

⁽²²⁾ A cisticercose é causada pela ingestão acidental dos ovos da *Taenia solium*: platelminto que tem, como hospedeiros intermediários, os suínos. <http://www.brasilecola.com/doencas/cisticercose.htm>
Acesso em: 05/10/2009.

comunidade, organizando o trabalho, provendo os ambientes de materiais e equipamentos sob sua responsabilidade, avaliando suas ações e os resultados desta em função da avaliação do trabalho da unidade (Ministério da Saúde²⁴)

Integrava a Área IV disciplinas Instrumentais (Psicologia Aplicada e Ética Profissional) e Profissionalizantes (Noções de Organização de Serviços Gerais). A carga horária desta área foi de: Grupo A – concentração = 120 horas e dispersão = 240 horas. Grupo B – concentração = 120 horas e dispersão = 244 horas.

Para organizar os serviços, os conteúdos da Área IV, foram trabalhados paulatinamente com o desenvolvimento do curso. A elaboração de rotinas, organização dos arquivos, solicitação de matérias e equipamentos, registros, coleta de dados, entre outros, foram vivenciados pelas educandas durante todo o curso. Neste período, as educandas tiveram a oportunidade de participar da I Conferencia Municipal de Saúde de Natividade (1997).

O curso finalizou as atividades em 30 de dezembro de 1997, totalizando a seguinte carga horária:

Grupos	A	B
Concentração	1.132 h	1.104 h
Dispersão	1.744 h	1.952 h
Total	2.876 h	3.056 h

Como já descrito, a turma foi dividida em dois grupos, o que resultou em carga horária final diferenciada, sendo que em todas as áreas e nos dois grupos foi cumprida carga horária superior ao mínimo exigido de 2.160 horas.

O processo ensino-aprendizagem merece destaque, pois se manifestou como uma forma de diálogo entre os atores envolvidos (educandos, instrutores/supervisores, profissionais de saúde, população).

Outros aspectos que merecem ênfase especial referencem-se ao uso das experiências vividas (individual e coletiva) pelas educandas como componente na construção de novos conhecimentos, possibilitando a transformação e a instituição de novos comportamentos na prática profissional e social; a integração ensino-serviço-comunidade, considerando as dimensões política, social e produtiva do trabalho humano e a estrutura curricular integrada.

A fundamentação teórica estava baseada nos textos dos próprios Guias Curriculares, manuais do Ministério da Saúde e/ou textos pesquisados pelos instrutores/supervisores, além dos sugeridos pela supervisão da coordenação de enfermagem da ETIS. Com a leitura dos textos, nos momentos de concentração, objetivava-se minimizar dificuldades de leitura e compreensão dos textos e registros.

No desenvolvimento das atividades (concentração), utilizava-se papel craft/pardo para o registro dos conceitos, as sistematizações, listagens, trabalhos em grupo, elaborados pelas educandas para posterior utilização pelos professores e/ou educandas e/ou supervisores. Todo e qualquer material produzido pelo grupo era considerado para a avaliação diagnóstica e processual.

A ETIS realizava a supervisão, regularmente ou sempre que houvesse necessidade, através da Coordenação dos Cursos de Enfermagem. Dentre as atividades desenvolvidas pela supervisão a principal delas era o conselho de classe (CoC), com os educandos e instrutores/supervisores. Geralmente era aplicada uma dinâmica com o objetivo de conhecer o processo, realizando uma investigação qualitativa e intervindo quando necessário. A supervisão realizou também visitas às unidades de saúde, observando e conversando com as educandas sobre o curso. Acompanhou atividades de dispersão, entre elas o mapeamento do município, destacando pontos de interesse para a saúde, como detecção de focos de dengue, juntamente com a vigilância ambiental.

A avaliação das educandas foi realizada através das fichas de avaliação contidas nos Guias Curriculares e das atividades nos momentos de concentração e de dispersão.

A frequência ao curso, excluindo eventuais casos de doenças, foi praticamente de 100%. A dispensa do serviço, que em outras experiências é fator de grandes dificuldades, neste caso não causou transtorno por vários motivos, dentre eles: o desejo político de qualificar os trabalhadores de nível médio por parte dos gestores (prefeito, secretário e vice-secretário de saúde); o fato da coordenadora e instrutora/supervisora do curso também ser, à época, era a enfermeira que atuava na rede básica de saúde, bem como o outro instrutor/supervisor ser o enfermeiro do posto de urgência e das unidades básicas onde as educandas/trabalhadoras atuavam; a organização e planejamento do curso caminhar em paralelo com a organização do trabalho, colocando, no mínimo duas educandas em cada setor, de forma que enquanto uma estava no curso à outra permanecia no serviço.

O momento de concentração ocorria no período da tarde, de 13 às 17 horas de 2ª a 6ª feira. No período da manhã, de 8 às 12 horas, todos estavam em serviço realizando tanto as atividades do serviço como as do curso.

No desenvolvimento do curso foi percebido o crescente interesse das educandas através da participação nas discussões, do cumprimento das tarefas em tempo hábil, da busca constante e novos trabalhos sobre os temas abordados que por vezes geravam acalorados debates, propiciando o exercício do saber ouvir e buscar entender a idéia do outro.

Ao fim de cada área prevista no Guia Curricular, era realizado um grande trabalho, organizado pelas próprias educandas, voltado para o conteúdo estudado que permeava o contexto vivido, tanto no trabalho quanto no município. Todas as educandas/trabalhadoras concluíram o curso, o que garantiu a efetivação de todas na Secretaria Municipal de Saúde de Natividade/RJ.

Tudo que foi vivido no período de desenvolvimento do curso, as discussões geradas, o papel dos instrutores/supervisores, os resultados obtidos com as ações da turma, objetivou mudanças de atitude que propiciando que as educandas observassem e questionassem o contexto no qual o trabalho era desenvolvido.

A relação, instrutores/supervisores e educandas, foram caracterizadas pela troca constante, todos eram educadores e educandos. Para as educandas/trabalhadoras, algumas com mais de 10 anos de serviço, o resgate do hábito de estudar e da construção de conhecimentos foi, inicialmente árduo, todavia, com o caminhar elas foram percebendo que era uma forma nova de estudar, que era prazeroso e permeado pelo inter-relacionamento que foi sendo construído pelo grupo, atenuando as dificuldades, pois havia um companheirismo e solidariedade mútuos.

Para as pessoas que participaram do Projeto Larga Escala foi realmente viver o trabalho como princípio educativo, foi um aprendizado constante, amplo, integral, que essencialmente provocou transformações fundamentais e marcantes, tanto no aspecto profissional como no pessoal.

Esta proposta de formação em serviço mostrou a relevância de investir nos trabalhadores da saúde, sabedores da importância do papel que desempenham, do poder que possuem quando de posse do conhecimento sobre a totalidade do processo de trabalho em saúde, do contexto em que vivem e da possibilidade de mudanças.

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA

O estudo realizado foi de natureza descritivo-analítica, tendo seu foco na análise de informações e dados, e objetivou identificar relações, causas, efeitos e outros aspectos considerados necessários à proposta do estudo. Ao pretender trabalhar no universo dos valores e atitudes, a pesquisa se deu em caráter qualitativo, considerando que

Se falamos de saúde ou doença, essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico. (...) A rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados (Minayo³⁰, p.22).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Natividade, estado do Rio de Janeiro, local onde foi implantado e desenvolvido o Projeto Larga Escala. Participaram como sujeitos da pesquisa as egressas do "Curso de Auxiliar de Enfermagem" realizado pela Escola de Formação Técnica em Saúde "Enfª Izabel dos Santos" (ETIS), no período de 1995 a 1997.

O universo proposto no estudo constava inicialmente de 21 egressos, sendo que 18 participaram e 03 não compareceram, desses, 02 justificaram a ausência (uma aposentada e residente no Espírito Santo e a outra doente, de repouso no leito, por orientação médica) e 01 aposentada não localizada que, segundo informações das egressas, mudou-se para o Rio de Janeiro e até o momento da aplicação dos questionários não havia informações sobre a mesma; ficando este estudo com uma população de 18 egressos, que representaram 85,7% da proposta inicial.

O encontro, previamente agendado, ocorreu no auditório do Centro Municipal de Saúde de Natividade, no dia 23 de junho de 2009, com duração em torno de duas horas. Não foi necessária a apresentação dos participantes, pois as mesmas, além de conhecerem a pesquisadora, eram conhecidas entre si.

Às 18 egressas, foi aplicado pela pesquisadora um questionário com perguntas abertas e fechadas. Um dos aspectos que auxiliou na aplicação dos questionários foi que a maioria das respondentes permanece morando e trabalhando em Natividade ou em municípios limítrofes.

Antecedendo a aplicação do questionário, foi realizada a leitura das questões e esclarecidas as dúvidas surgidas, objetivando garantir a fidelidade das respostas. Foram explicados os objetivos da pesquisa e a importância da participação para a melhoria da formação profissional. As informações contidas nas respostas abertas foram analisadas utilizando-se procedimentos recomendados na literatura^{30,31}.

Num primeiro momento, foi realizada a exploração inicial do material e na seqüência, a digitação de todas as respostas dos questionários, para posteriormente proceder às leituras verticais (cada questionário, um a um) e horizontais do conjunto dos dados (conjunto dos questionários). A primeira leitura consistiu em tomar contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo³². Ela foi realizada no sentido de buscar uma maior aproximação aos dados coletados e a identificação de aspectos relevantes para análise, de acordo com os pressupostos colocados para o desenvolvimento deste estudo.

Esta fase tem como objetivo, estabelecer contato com os dados e conhecer o texto, buscando impressões e orientações, organizando de maneira não estruturada aspectos importantes para as fases seguintes. Desta forma, foram realizadas várias leituras de todos os questionários, buscando conhecer, na sua totalidade, as principais idéias e significados gerais. A classificação dos dados dos questionários deu-se com base nos pressupostos do estudo que, inclusive, subsidiaram a elaboração do questionário.

Na segunda fase, categorizaram-se as respostas, reagrupando-as em relação aos objetivos do estudo e, segundo o que foi encontrado, voltadas para transformações/mudanças ocorridas na Rede Básica de Saúde de Natividade/RJ após a realização do curso de formação do auxiliar de enfermagem.

Os recortes realizados foram, num segundo momento, analisados de acordo com as convergências, de forma a se estabelecer, inicialmente, duas categorias referentes à influência do curso na rede básica de saúde, segundo as egressas: a) mudanças no serviço e b) mudanças profissionais/pessoais.

A pesquisa visou gerar conhecimentos de aplicação prática, o que pode vir a subsidiar o aprimoramento da proposta de trabalho da ETIS.

Em atendimento à Resolução CNS 196/96, o projeto dessa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que envolve seres humanos. A coleta de dados só se iniciou após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Nº. 81/2009 (Anexo III).

No desenvolvimento da pesquisa, a aplicação do questionário somente foi realizada a partir de prévio e livre consentimento dos respondentes, sendo garantido o anonimato dos participantes. Os documentos analisados foram somente aqueles disponibilizados e autorizados pelo responsável da instituição.

Não serão divulgadas ou utilizadas as informações em prejuízo das pessoas e das instituições envolvidas na pesquisa. Também foi assegurado o retorno social dos resultados, na forma de uma proposta de avaliação dos cursos realizados pela ETIS – SESDEC/RJ.

CAPÍTULO 6

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 18 dos 21 egressos do Curso de Formação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, aos quais foi aplicado um questionário. Dos 03 que não participaram 02 justificaram a ausência (uma aposentada e residente no Espírito Santo e a outra de repouso no leito por orientação médica) e 01 (aposentada) não foi localizada. Assim, o estudo contemplou um universo de 18 egressos, representando 85,7% do total de concluintes do curso (Anexo IV).

Conforme abordado na Metodologia, as questões do questionário estavam direcionadas para os efeitos produzidos na rede básica de saúde, em decorrência do curso de formação do auxiliar de enfermagem, cada questão possibilitando que a respondente justificasse sua resposta. Não houve dificuldades de entendimento quanto às perguntas e justificativas das respostas.

A análise mostra que 100% dos que participaram da pesquisa são do sexo feminino, o que evidencia o perfil de gênero da profissão, majoritariamente composta por mulheres.

Com referência à faixa etária, 33,3% encontram-se entre 30 e 40 anos, 38,9% entre 41 e 50 anos e 27,8% acima de 50 anos na data da aplicação do questionário.

No momento de aplicação do questionário, com relação ao estado civil, a predominância ocorreu no atributo casado, isto é, nove são casadas (50 %) e as demais, seis (33,3 %) são solteiras, um (5,5 %) viúva e dois (11,1%) sem respostas.

A respeito do cargo ou função atual que as egressas desempenham, encontraram-se os seguintes números: 10 (55,5%) são auxiliares de enfermagem, dois (11,1%) são enfermeiras, um (5,5%) é assessora de Controle e Avaliação, um (5,5%) é recepcionista, dois (11,1%) são autônomas, um (5,5%) é assistente de vendas e um (5,5%) é aposentada (Anexo IV).

No ano de implantação do curso (1995), das 18 egressas pesquisadas 17 (94,4%) eram atendentes de enfermagem e um (5,5%) agente de saúde, sendo que 15 (83,3%) possuíam vínculo CLT e três (16,7%) eram estatutárias.

Atualmente (2009) as 18 egressas têm a seguinte vinculação: 72,2% (13) são estatutárias, sendo que deste grupo 1 é aposentada, 11,1% (02) são celetistas, 5,5% (01) autônoma e 01 (5,5%) desempregada (Quatro 1).

QUADRO 01 - Vínculo empregatício das egressas em 1995 e 2009

Natividade/RJ

Vínculo	ANO	
	1995	2009
Celetista	15	02
Estatutária	03	14
Outros	-	02*
Total	18	18

Fonte: Pesquisa com egressas.

* 01 – autônoma e 01 - desempregada

Constata-se que 14 das funcionárias após o término do curso permaneceram no quadro da instituição, isto é, mais de 70% saíram da condição de celetistas para estatutária.

A escolaridade das pesquisadas em 1995 estava limitada ao 1º e 2º graus⁽²³⁾, assim distribuída: 55,5% (10) com 2º grau completo, 16,7% (03) com 2º grau incompleto, 16,7% (03) com 1º grau completo e 11,1% (02) com 1º grau incompleto. Passados 12 anos da realização do curso, conforme Quadro 2, esse grupo apresenta o seguinte grau de escolaridade: 27,8% (05) com 3º grau, 11,1% (02) com 3º grau incompleto (em vias de conclusão), 44,4% (08) com ensino médio, 11,1% (02) ensino médio incompleto, 5,5% (01) com ensino fundamental.

QUADRO 2 - Escolaridade das pesquisadas

Nível de Escolaridade	1995				2009			
	Completo		Incompleto		Completo		Incompleto	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Fundamental	03	16,7	02	11,1	01	5,5	-	-
Médio	10	55,5	03	16,7	08	44,4	02	11,1
Superior	-	-	-	-	05	27,8	02	11,1
TOTAL	13	72,2	05	27,8	14	77,7	04	22,2

Fonte: Pesquisa com egressas, 2009.

⁽²³⁾ No ano de 1995 era utilizado o termo 1º grau para o ensino fundamental e, para o ensino médio, 2º grau, motivo pelo qual, neste momento, se utilizou esta terminologia.

Observa-se que do conjunto das pesquisadas houve uma preocupação em dar prosseguimento aos estudos, chegando a quase 40% o percentual de egressas que buscaram cursos de graduação na área da saúde (Quadro 3), mesmo sendo uma das regiões mais pobres do estado e sem universidades públicas.

QUADRO 3 - Graduações realizadas pelas egressas.

Tipo de curso	Nº.	%
Enfermagem	04	22,2
Serviço Social	02	11,1
Biologia	01	5,5
Total	07	38,8

Fonte: Pesquisa com egressas, 2009.

Destaca-se que 83,3% (15) das egressas investigadas, encontravam-se desenvolvendo atividades produtivas relacionadas à prática de saúde e 16,7% (3) não atuavam na saúde (01 autônoma, 01 aposentada e 01 desempregada).

Após a conclusão do curso de formação profissional em auxiliar de enfermagem, as 18 egressas atuaram nos seguintes serviços/setores/programas: Programa de Saúde da Família (PSF); Vigilância em Saúde; Centro Municipal de Saúde; Posto de Urgência; Unidade de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde; Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes; Programa de Saúde da Mulher; Imunização; hospital: pediatria, centro cirúrgico, enfermarias, curativos, esterilização; laboratório; Administração e Avaliação; Beneficência Portuguesa/RJ e Indústria (área de vendas).

A análise de caráter qualitativo será apresentada separadamente e segundo a seqüência das questões do instrumento aplicado nas egressas. Serão apresentadas as respostas que apareceram com maior freqüência.

Transcorridos 12 anos de conclusão do curso de auxiliar de enfermagem, as egressas destacaram as melhorias na qualidade da assistência, que tem relação com a qualificação profissional, possibilitando um atendimento de qualidade, diversificado, humanizado e responsável.

Das 18 respondentes, 09 citou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como fator de mudanças na rede de saúde do município.

Encontra-se um sentimento de grupo, de coletivo, nas respostas das egressas ao questionário:

“Todas se sentem co-responsáveis pelos erros e acertos.”

“Passamos a realizar o serviço com técnica.”

“O nosso trabalho passou a ser reconhecido e respeitado.”

“Não deixamos de usar no nosso trabalho a segurança e a dignidade.”

“Nossa gratificação pessoal em atender com qualidade e com humanização.”

Mudanças de comportamento ficaram evidentes, como na declaração abaixo:

“Depois do curso, toda ação que praticamos, sabemos o porquê e para que; antes éramos observadoras e repetidoras de ações sem conhecimento técnico.”

Foram significativas as referências com relação às mudanças nos aspectos humanista, ético, comprometimento com a sociedade e a cidadania:

“reconhecimento dos pacientes, companheirismo entre os profissionais, todos se sentem co-responsáveis pelos erros e acertos.”

“direito à saúde.”

“o reconhecimento dos gestores, a satisfação da população, a minha satisfação em saber fazer com conhecimento.”

“O nosso trabalho passou a ser reconhecido e respeitado; as pessoas passaram a valorizar nosso serviço.”

“busca de nossos direitos.”

Acreditar na educação como um processo que contribui para o desenvolvimento integral da pessoa, acreditar na solidariedade e na integração ensino-

serviço-comunidade como elementos desencadeadores de um aprendizado que não segmenta o saber, agregando teoria e prática, são pressupostos do PLE. As referências acima são indicativas de vivência desses princípios. Todas as egressas afirmaram que as mudanças ocorridas na rede básica de saúde em Natividade tiveram alguma relação com os conhecimentos adquiridos e, principalmente, construídos ao longo do curso.

“Com o curso tenho muito mais capacidade e tranquilidade em exercer minhas funções.”

“O curso nos deu suporte, através de conhecimentos específicos para colocar em prática o atendimento a nossa população.”

A proposta pedagógica do PLE busca desenvolver no sujeito sua capacidade de aprender a fazer, incentivando suas habilidades intelectual e emocional, possibilitando reconhecer e agir, como um promotor da saúde, nos aspectos que interferem no processo saúde-doença criando ações concretas de transformação.

Nas respostas encontram-se indicações de interesse e busca de novos conhecimentos, tanto nas ações profissionais de relação com a clientela quanto na realização de procedimentos:

“[despertou] vontade de aprender mais e hoje tenho curso superior.”

“Tivemos a vontade de aprender.”

“O curso facilitou novas aprendizagens, novos conhecimentos.”

Desenvolver a capacidade no educando em trilhar novos caminhos na busca do conhecimento, integrando e transcendendo os conteúdos apreendidos no curso e tornando-se artífice de seu próprio conhecimento é um dos objetivos de uma educação comprometida com o indivíduo e a sociedade. Assim, o processo de construção do conhecimento torna-se dinâmico no transcorrer da vida.

Baseado no prazer de compreender, conhecer e descobrir a reconstrução dos saberes, possibilita melhor compreensão do contexto, beneficia o desabrochar da curiosidade intelectual, instiga o senso crítico e permite a compreensão da realidade mediante a conquista da autonomia na capacidade de discernimento. Entre os vários objetivos do PLE está a preocupação com um aprendizado consciente e crítico e as respostas sinalizam para uma vivência neste sentido.

O aperfeiçoamento da prática profissional, após a realização do curso, é indicativo de resultado satisfatório diante da proposta do PLE, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços.

Dentre os objetivos da formação, o egresso deve desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, individual e coletiva, buscando a integralidade da assistência, entendida como a articulação contínua das ações de saúde.

Os pressupostos da qualificação em auxiliar de enfermagem do PLE demonstraram que essa acompanhou o movimento de transformação e as demandas da atenção à saúde. A forma como foi estruturado e desenvolvido o processo de ensino-aprendizagem demonstrou comprometimento com muitos interesses, principalmente dos usuários. Nas respostas das egressas percebe-se tais aspectos:

“planejamento para detectar os problemas da comunidade.”

*“Saúde da mulher – intervindo nos exames preventivos.
Saúde da criança – detectando baixo peso.”*

As egressas demonstraram que participam no planejamento e organização do trabalho.

“Organização da imunização, organização da ginecologia.”

“planejamento para detectar os problemas da comunidade.”

“acompanhamento dos pacientes.”

Uma formação que resulte em profissionais confinados aos aspectos específicos da profissão, não atende às perspectivas de um sistema amplo e complexo como o SUS. Urge a necessidade de profissionais preparados para a vida, que sejam competentes em mobilizar e articular conhecimentos, habilidades e valores na tomada de decisões em qualquer circunstância/conjuntura.

Foram identificados aspectos sociais e valorativos na ação profissional, o que aponta para a possibilidade da presença de habilidades com relação ao compromisso ético, humanístico e social da profissão e para com a sociedade.

“O conhecimento adquirido possibilitou um atendimento diversificado, mais humanizado.”

“As pessoas nos olham com outros olhos, nos respeitam mais com os resultados positivos do curso.”

“Descobri a ética, a verdade, a humanização e hoje sou uma enfermeira que preza antes de tudo a humanização com ética.”

Infere-se que as egressas tenham passado por um processo de qualificação que as valorizou como profissional e como pessoa, fazendo-as se sentir “mais gente”.

As egressas demonstraram compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo a saúde como direito:

“Aprendi que palestras, orientação alimentar e higiene, são mais importantes que medicamentos.”

É possível identificar, nas respostas, que as egressas reconhecem seu valor e exercem seu papel social transformando o contexto onde atuam:

“Através do curso podemos ver as necessidades do município, resolver com competência e técnica.”

Demonstram, também, um entendimento do conjunto das relações sociais e políticas que englobam as relações de trabalho, além de reconhecer as ideologias que envolvem o setor saúde, estabelecendo novas relações com o contexto social,

reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões, ao se manifestarem em relação a “*busca de nossos direitos*”, “*direito à saúde*” ou, ainda, quando mencionam que “*aprendemos a ser mais responsáveis, ter voz ativa, convicção*”.

Dentre as principais mudanças ocorridas na rede de saúde devido à realização do curso, as egressas citaram, como se observa no Quadro 4, que o Setor de Imunização, o Programa de Saúde da Mulher, a Introdução de Busca Ativa, o Planejamento Familiar e o Programa de Tuberculose e Hanseníase são as primeiras em ordem de importância.

QUADRO 4 - Mudanças ocorridas na Rede de Saúde de Natividade/RJ.

Áreas de Mudanças	Nº. de citações
Setor de Imunização	10
Programa Saúde da Mulher	10
Introdução de busca ativa	09
Planejamento Familiar	08
Programa de Tuberculose e Hanseníase	07
Educação em Saúde	05
Programa Saúde da Criança	03
Planejamento/organização	03
DST/AIDS	02
Visita Domiciliar	02

Fonte: Pesquisa com egressas, 2009.

Na intenção de verificar os conteúdos e atividades vivenciadas no decorrer do curso, foi solicitado às egressas que relacionassem as atividades realizadas hoje com as apreendidas durante o curso. As respostas obtidas compõem o Quadro 5:

**QUADRO 5 - Ações desenvolvidas com mais ênfase após
a realização do curso**

Atividades	freqüência
Visita domiciliar e atendimento domiciliar	4
Busca ativa	2
Palestras para gestantes e palestras nas escolas	4
Orientação às puérperas e às gestantes	03
Manuseio de material esterilizado	01
DSTs detectadas e controladas	02
Rodízio nos setores	01
Atendimento humanizado	01
Educação continuada	01
Ética	01
Serviços realizados pelo PSF	01
Atuação como agente de saúde	01
Exames ginecológicos	02
Discussão e organização de trabalho no setor	01
Campanha de vacinação	02
Maior controle das doenças	01

Fonte: Pesquisa com egressas, 2009.

As respostas indicam vários assuntos e atividades realizadas durante o curso. Depreende-se que, depois de passados doze anos, o aprendizado permaneceu, o que sinaliza para a importância daquele processo na vida do profissional.

Na última questão que buscou conhecer em que aspectos o curso colaborou com o crescimento profissional e pessoal das egressas, 100% das respondentes concordaram que a formação profissional auxiliou-as em ambos os aspectos; destacando-se, a título ilustrativo, as manifestações das respondentes:

*“Melhorei muito minha comunicação com o povo,
me libertei, acordei para a vida. Passei a atender*

melhor a comunidade, dar mais atenção e carinho.”

“Este curso foi para mim uma lição de vida, tanto no profissional quanto no pessoal, pois hoje sou outra pessoa realizada, pois amo o que faço e minha auto-estima é excelente, sou muito mais feliz.”

“Muuuuito!!! A formação com o curso de auxiliar que fiz foi fundamental para o meu crescimento, a minha descoberta enfim foi através dele que descobri o que queria na vida, descobri a ética, a verdade, a humanização e hoje sou uma enfermeira que preza antes de tudo a humanização com a ética.”

“Muito mais pessoal, pois acreditei em meu potencial, aprendi a me respeitar mais e com isso me tornei uma grande profissional. Terminei o curso, fiz o técnico de enfermagem, a faculdade de enfermagem. Hoje sou enfermeira do PSF.”

“Aprendemos muito; ser mais tolerante; auto-estima cresceu; aprendemos a ser mais responsáveis; ter voz mais ativa; convicção em tudo que fazemos e em especial com a saúde. Foi muita luta para concluirmos este curso, mas valeu à pena, se fosse preciso faria tudo novamente.”

De acordo com a experiência pela qual passei, considero impossível restringir a prática docente somente ao ato de ensinar conteúdos. O compromisso com o social, a ética, a humildade, o preparado técnico-científico-político, o respeito, entre outros, devem ultrapassar os conteúdos. Essas atitudes, quando percebidas pelos educandos, são valiosas, pois expressam a busca da coerência quando o educador almeja aprender e ensinar.

Vale destacar que, conforme o desenvolvimento das áreas, os conhecimentos construídos agregavam novas ações praticamente sendo impossível separá-las. Entendendo que essas ações englobam o saber, o fazer, o ser e o viver juntos⁽²⁴⁾. Para exemplificar tal aspecto, será realizada a descrição de um momento de dispersão onde as educandas exercitariam a técnica de termometria.

O momento de dispersão foi no Posto de Urgência; em um dos consultórios, solicitei a educanda “X” que averiguasse na clientela que aguardava atendimento, um paciente com febre. A educanda retornou com uma criança acompanhada da mãe e dois irmãos. Durante a aplicação da técnica de termometria, perguntei o que mais poderíamos fazer, já que tínhamos uma senhora e três crianças. As educandas fizeram o levantamento da situação vacinal das crianças e constataram que uma delas apresentava lesão no deltóide do braço direito. Perguntaram à mãe o que era e esta informou que foi uma vacina que fizeram na escola. Ao examinar a lesão diagnostiquei abscesso frio pós BCG, o que me levou a relacionar com a possibilidade de contato com portador de tuberculose. Pedi para que as educandas explorassem um pouco mais o caso. Continuando na busca da possível fonte de contaminação, a educanda “X” perguntou a mãe se conhecia alguma pessoa que começou a emagrecer e/ou demonstrava cansaço e logo veio a resposta: *“a minha filha mais velha está ficando muito magrinha!”* O caso foi concluído com encaminhamento da criança para a pediatria e da filha mais velha para o Programa de Controle da Tuberculose para tratamento, além de visita domiciliar para identificação de novos casos.

A educanda “X”, ainda descobriu que a mãe, apesar de ter quatro filhos, nunca tinha feito um preventivo e antes de terminar a consulta médica no posto de urgência para a criança que estava com febre, agendou consulta na ginecologia.

Deste modo, idealizar um ambiente de convívio para a construção de conhecimentos e estabelecimento de relações significa humanizar o ato de aprender/ensinar. Portanto, considero haver um nexos entre os saberes que são essenciais aos educandos/educadores, além da experiência social que vivenciamos enquanto agente transformador, buscando compreender o que é ser único diante da pluralidade e ao mesmo tempo o que é ser plural na unidade.

⁽²⁴⁾ Relatório Delors - Estabeleceu os quatro pilares da educação contemporânea. Aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer constituem aprendizagens indispensáveis que devem ser perseguidas de forma permanente pela política educacional de todos os países. http://lucianoferreira.files.wordpress.com/2009/05/4pilares-net_text-cont_delors-pilares.pdf Acesso em: 04/10/2009.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo se coloca na defesa da formação profissional, onde a Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” – SESDEC/RJ, em parceria com os municípios comprometidos com a melhoria da qualidade da assistência, desenvolve uma proposta de ensino-aprendizagem condizente com os anseios e necessidades dos trabalhadores da saúde.

Ter vivido o Projeto Larga Escala oportunizou verificar a possibilidade de aplicação de uma estratégia política socialmente integrada aos princípios e diretrizes do SUS. A proposta pedagógico-metodológica do PLE certamente transcende outras propostas até então desenvolvidas na formação de qualquer nível, seja elementar, médio ou superior.

O Sistema Único de Saúde (SUS), tal como está proposto, é um exemplo de organização de serviços de saúde em processo, para tanto necessita de profissionais integrados à realidade atual. Não basta apenas capacitação técnica, mas são também necessários liberdade de criação e autonomia de ação.

Oportunizar a todos os atores envolvidos uma maior participação no processo coletivo de viver a construção de novos caminhos compreende um entendimento da forma que se inserem, os efeitos e as finalidades quando atuam como sujeitos ativos e críticos neste caminhar.

Os dados obtidos e as análises realizadas sugerem transformações significativas com a implantação e desenvolvimento do curso de auxiliar de enfermagem, utilizando a proposta do Projeto Larga Escala. Observa-se um forte compromisso das egressas com a melhoria da atenção à saúde, considerando o curso como demarcador de crescimento pessoal, profissional e institucional.

Além do conhecimento técnico-científico, é necessário reconhecer os objetivos do sistema de saúde, o engajamento político-profissional, contrapondo visões e atitudes de neutralidade e distanciamento político.

Das transformações ocorridas, citadas pelas egressas, algumas estão relacionadas com a gestão dos serviços e outras diretamente com a clientela, podendo traduzir que a aquisição de conhecimento técnico-científico pelas egressas, além de

outras habilidades e atitudes, com destaque para as relacionadas à humanização, ética, compromisso, vem contribuindo para elevar a qualidade dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, faz-se necessário dar continuidade e estimular reflexões sobre políticas de educação e saúde, como estruturas vitais do processo de formação e desenvolvimento do estado/país.

Ademais, o estudo realizado permite que sejam sugeridas as seguintes recomendações e proposições: o fortalecimento da Rede de Escolas Técnicas do SUS, mediante uma contínua troca de conhecimento entre estados, municípios e instituições, priorizando e direcionando investimentos para o desenvolvimento de recursos humanos. Buscar estreitar relações entre a SESDEC/RJ e as demais Secretarias Municipais de Saúde com o objetivo de continuidade de parceria com a ETIS - SESDEC/RJ, objetivando qualificação e/ou educação permanente dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Souza A M A, Galvão E A, Santos I, Roschke M A. Processo Educativo no Serviço de Saúde. Organização Pan-americana da Saúde – Representação do Brasil, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, Brasília; 1991. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n.1)
2. Amâncio Filho A, Almeida JLT. Ensino profissionalizante em saúde. Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro. 1995; 21(1). [periódico na Internet]. [citado 23 mar 2009]. Disponível em: www.senac.br/boltec.
3. Nogueira R P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970-1983. Brasília (DF): OPAS - Acordo MS/MPAS/MEC/MCT; 1986.
4. Santos I, Souza A MA. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: projeto larga escala, uma experiência em construção. Saúde em Debate.1989; 24:61-64.
5. Ministério da Saúde. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília: Centro de Documentação; 1994.
6. Figueiredo I M Z. Desenvolvimento, globalização e políticas sociais: um exame das determinações contextuais dos projetos de reforma da educação e da saúde brasileiras da última década [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp; 2006.
7. Azevedo M L. Educação de trabalhadores da enfermagem com enfoque na pedagogia da problematização: avaliação de uma experiência no Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.
8. Amâncio Filho A. Educação Politécnica na Saúde: um desafio na construção do possível [tese] Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1997.
9. Ministério da Educação e do Desporto. Leis, etc. Resolução CIPLAN n.15, de 11 de novembro de 1985. Dispõe sobre a aprovação do Projeto de Formação em "Larga Escala de Pessoal de Nível Médio". Diário Oficial da União. 19 nov 1985. Brasília; 1985.
10. Torrez M N F B. Qualificação e trabalho em saúde: o desafio de “ir além” na formação dos trabalhadores de nível médio [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1994.
11. Ministério da Saúde. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília: Centro de Documentação; 1982.
12. Ministério da Educação e Desporto. Lei Nº. 5.692, de 11/08/1971. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Fixa diretrizes e bases para o ensino de primeiro e segundo graus e dá outras providências. Diário oficial da União. 12 ago 1971. Brasília; 1971.

13. Bassinello GAH, Bagnato MHS. PROJETO LARGA ESCALA: uma análise a partir da bibliografia existente. Escola Anna Nery Revista Enfermagem. 2009; 13(1): 194-200.
14. Organização Pan Americana de Saúde. Processo Educativo no Serviço de Saúde. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1, Organização Pan-americana da Saúde – Representação do Brasil. Brasília: Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde; 1991.
15. Castro JL, Lima SJP, Nogueira RP. Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN; 2002.
16. Freire P. Educação como prática da liberdade. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1984.
17. Bordenave JED. Estratégias de Ensino-Aprendizagem. 24. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
18. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.
19. Romano RAT. Da Reforma Curricular à Construção de uma Nova Práxis Pedagógica: a Experiência da Construção Coletiva de um Currículo Integrado [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
20. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 23. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
21. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para a Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS: Área Curricular I: rompendo a cadeia de transmissão de doenças. Brasília : Ministério da Saúde, [1991?]. 260 p.
22. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para a Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS: Área Curricular II: prevenindo risco para a mulher, criança e adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, [1991?]. 261 p.
23. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para a Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS: Área Curricular III: participando do processo de recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, [1991?]. 261 p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia Curricular para a Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS: Área Curricular IV: organizando e desenvolvendo o processo de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, [1991?]. 105 p.
25. Damasceno LB. O Controle Social das Políticas Públicas para a Infância e Adolescência: uma análise do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Natividade/RJ [dissertação] Niterói (RJ): Escola de Serviço Social da UFF, Universidade Federal Fluminense; 2006.

26. Dal Poz MR, Romano RAT, Torrez MNFB, Cortez MV. Formação de recursos humanos de nível médio em saúde no Rio de Janeiro: a experiência da Escola Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos. *Cad Saúde Publica*. 1992; 8 (1): 57 – 61.
27. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário aplicado às egressas.

**A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM:
A EXPERIÊNCIA DO PROJETO LARGA ESCALA NO MUNICÍPIO DE
NATIVIDADE,
ESTADO DO RIO DE JANEIRO.**

Nº. DO QUESTIONÁRIO

Data:/...../.....

Carta ao Respondente

Prezado (a) senhor (a),

Você foi selecionado (a) para participar da Pesquisa: A Formação Profissional do Auxiliar de Enfermagem: a experiência do Projeto Larga Escala no Município de Natividade, Estado do Rio de Janeiro, por ter concluído o curso de auxiliar de enfermagem pela Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf^a Izabel dos Santos” (ETIS) - SESDEC/RJ no período de 1995 a 1997.

O objetivo desta pesquisa é estudar os efeitos ocorridos na rede de saúde do município de Natividade/RJ, relacionados com a formação profissional do auxiliar de enfermagem realizada pela ETIS, no município de Natividade/RJ, no período de 1995 à 1997. O estudo pretende descrever o processo de implantação e implementação do curso de formação do auxiliar de enfermagem, identificar os seus efeitos na rede básica de saúde e a percepção dos gestores quanto ao seu papel para a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde. Por fim, propor medidas para instituir um processo de avaliação dos cursos ministrados aos trabalhadores da área da saúde.

O questionário está dividido em dois blocos: Bloco 1 – Identificação e Bloco 2 – Processo de trabalho pós-qualificação. O questionário é de auto-preenchimento com perguntas fechadas e abertas.

Sua participação é de livre-arbítrio, podendo se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. No instrumento de pesquisa (questionário) está assegurado o anonimato do respondente. No entanto, é vital a participação de todos os egressos, pois, as informações servirão de subsídios para aprimorar o trabalho da ETIS. Os dados serão apresentados de forma agregada, guardando assim o absoluto **sigilo das informações**.

Muito Obrigada,

Sandra Ferreira Gesto Bittar

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

1. SEXO: () masculino () feminino
2. ESTADO CIVIL: () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () outros
3. ANO DE NASCIMENTO:
4. CARGO OU FUNÇÃO ATUAL:
5. CARGO OU FUNÇÃO EXERCIDO EM 1995:
6. VÍNCULO EM 1995:
7. VÍNCULO ATUAL:
8. ESCOLARIDADE EM 1995:
9. ESCOLARIDADE ATUAL:Especificar:
10. Você continua atuando na Rede de Saúde?
11. Neste período de 12 anos de término do curso de auxiliar de enfermagem, você trabalhou onde?
.....
.....

BLOCO 2 – PROCESSO DE TRABALHO PÓS-QUALIFICAÇÃO

1. Passados 12 anos de término do Curso de Auxiliar de Enfermagem, você diria que houve mudanças no município com relação à atenção de saúde na rede básica?
() sim () não
Justifique:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
2. Em caso afirmativo, você correlacionaria algumas das mudanças com o curso de auxiliar de enfermagem que você fez?
() sim () não
Por que?

3. Cite as 05 principais mudanças ocorridas, na sua opinião, por ordem de importância (da mais importante para a menos importante).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Das atividades desenvolvidas na atenção a saúde no município, existem algumas que o fazem lembrar das desenvolvidas durante o curso de auxiliar de enfermagem?

() sim () não

Em caso afirmativo, quais e por quê?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. A formação em auxiliar de enfermagem colaborou com o seu crescimento profissional e/ou pessoal?

(...) sim (...) não

Justifique:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

<p style="text-align: center;">TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p>
--

Você está sendo convidado para participar da pesquisa A Formação Profissional do Auxiliar de Enfermagem: A Experiência do Projeto Larga Escala no Município de Natividade, Estado do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado pelo fato de ser egresso do Curso de Auxiliar de Enfermagem realizado no período de 1995 a 1997 no município de Natividade/RJ, local onde será realizada a pesquisa.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf^a Izabel dos Santos” – SESDEC/RJ ou com a Secretaria Municipal de Saúde de Natividade.

O objetivo principal desta pesquisa é estudar os efeitos ocorridos na rede de saúde do município de Natividade/RJ, relacionados com a formação profissional do auxiliar de enfermagem.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com perguntas fechadas e abertas.

Os riscos relacionados com sua participação referem-se à divulgação do seu nome e vinculação do seu nome às questões apontadas na pesquisa. Para evitar estes riscos, está garantido que as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e está assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Os benefícios relacionados com a sua participação consistem na utilização dos resultados da pesquisa como subsídio para o planejamento de novos cursos, não só de enfermagem, mas em todas as áreas de formação que a ETIS disponibiliza para os municípios a ela conveniados.

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

(Assinatura do pesquisador)

Pesquisadora: Sandra Ferreira Gesto Bittar

Endereço e telefone institucional da pesquisadora: Rua da Passagem, 179. Botafogo.

CEP: 22290-30 Tels.: (21) 2334-7271, (21) 2334-7274

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, andar térreo. Av. Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. Telefone: (21) 2598-2863

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

Sujeito da pesquisa

ANEXO III – Parecer do Comitê de Ética.

ANEXO IV – Dados de Identificação das Egressas Natividade/RJ, 2009.

ANEXO V – Situação Encontrada e Medidas Implantadas com o Desenvolvimento do Curso.

Posto de Saúde	Situação encontrada	Medidas implantadas
Sala de Imunização	<p>1. Ausência de arquivo próprio.</p> <p>2. As vacinas SABIN, DPT e Anti-sarampo não eram administradas em conjunto.</p> <p>3. Manuseio de material estéril sem aplicação dos princípios de microbiologia.</p> <p>4. Vacinação anti-tetânica por demanda espontânea.</p> <p>5. Nº. reduzido de gestantes vacinadas.</p> <p>6. Ausência de busca ativa de faltosos.</p> <p>7. Geladeiras de vacinas sem gráficos de controle de temperatura.</p> <p>8. Uso de termômetros de coluna única (temperatura do momento).</p> <p>9. Vacinas armazenadas nas próprias caixas de papel na geladeira de estoque.</p> <p>10. Vacinas de uso diário guardadas em caixas de papel.</p>	<p>1 - Criação de arquivo próprio da imunização.</p> <p>2 - Administração em conjunto das vacinas necessárias, segundo orientação do MS.</p> <p>3 - Aplicação das técnicas de manuseio de material estéril. Atualização para as funcionárias (que não fazem o curso) sobre administração simultânea de vacinas, técnica de preparo e administração de vacinas, busca ativa, visita domiciliar.</p> <p>4, 5 e 6 - Ampliação da cobertura com busca ativa de trabalhadores, gestantes, escolares, divulgação da importância da imunização.</p> <p>7, 8, 9 e 10 - Implantação do mapa de controle de temperatura (mínima, máxima e atual) nas geladeiras de guarda e de estoque de vacinas. Implantação do livro de registro de entrada de vacinas (data de validade e lote) e controle de estoque. Instalação de cada geladeira em tomada própria. Acondicionamento das vacinas em bandejas fenestradas. Administração da 2ª dose de BCG nas escolas e creches, juntamente com a Tri-Viral.</p>

<p>Programa de Controle da Tuberculose e da Hanseníase.</p>	<p>1 - Os programas estavam implantados, necessitando de implementação. 2 – A clientela era encaminhada para Itaperuna para o exame de baciloscopia. 3 – Não havia potes para coleta de escarro. 4 – Ausência de busca ativa de casos suspeitos. 5 – Não havia busca de faltosos. 6 – Atendimento médico uma vez por semana (4ª feira).</p>	<p>1 - Aplicação das ações dos Programas do MS, com: consulta de enfermagem (exame físico, solicitação de exames, prescrição e acompanhamento medicamentoso), atendimento de 2ª à 6ª feira. 2 – Investigação epidemiológica, controle de comunicantes, administração de BCG, notificação e controle de medicamentos. # - Implantação de coleta de material para baciloscopia (Hanseníase) e teste de sensibilidade tátil. 3 – Realização de trabalho conjunto com Conselho Tutelar e os Vicentinos (Igreja Católica) com encaminhamento de casos suspeitos e acompanhamento do tratamento.</p>
<p>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia</p>	<p>1 - Prontuário de gestantes tornava-se arquivo morto. 2 – Resultados de exames entregues à clientela sem registro no prontuário e/ou tratamento. 3 – DSTs sem notificação. 4 – Distribuição de preservativos sem registro e controle de estoque. 5 – Ausência de busca ativa de resultados de preventivos com alterações displásicas. 6 – Resultados de preventivos que a clientela não procurava eram arquivados sem avaliação (existiam 02 de displasia e 01 de carcinoma “IN-SITU”).</p>	<p>1 - Elaboração e implantação das rotinas do atendimento ginecológico e pré-natal. 2 – Reorganização dos arquivos. 3 – Registro em livro dos resultados dos preventivos. 4 – Verificação dos resultados dos preventivos, com busca ativa dos casos que necessitam de intervenção imediata. 5 – Agendamento dos casos de displasia para acompanhamento e controle. 6 – Implantação do Programa de DST com: Notificação, Controle e distribuição de preservativos e medicamentos.</p>

		<p>7 – Impresso de acompanhamento ginecológico e obstétrico com dados insuficientes.</p>	<p>7 – Identificação e registro de gestantes desnutridas com encaminhamento à nutricionista para acompanhamento utilizando a Multimistura.</p> <p>8 – Registro no prontuário por todos da equipe.</p> <p>9 – Implantação da consulta de enfermagem com exame físico, preventivo, solicitação de exames, prescrição medicamentosa, cuidados pré-natais.</p> <p>10 – Implantação do impresso do MS para acompanhamento ginecológico e obstétrico.</p>
Puericultura e Pediatria		<p>1 - Pesagem com registro em folha de papel que era entregue ao médico e este registrava no cartão da criança.</p>	<p>1- Implementação do Cartão da Criança com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento psico-motor, registros pela enfermagem.</p> <p>2 – Identificação dos casos de desnutrição, com encaminhamento para a Nutricionista.</p> <p>3 – Fornecimento e orientação quanto a utilização da multimistura.</p> <p>4 – Busca ativa dos faltosos (quando necessário esta atividade era realizada em conjunto com o Conselho Tutelar e de Direito da Criança).</p> <p>5 – Acompanhamento intradomiciliar.</p> <p>6 – Notificação e investigação epidemiológica.</p> <p>7 – Implantação de TRO, com acompanhamento e orientação.</p> <p>8 – Elaboração de rotina de atendimento à criança.</p> <p>9 – Registro em prontuário por todos da equipe.</p>

Sala de Curativos	<p>1 - Ausência de pacotes de curativos.</p> <p>2 – Todo material, inclusive gaze, era “esterilizado” em estufa sem termômetro.</p> <p>3 – Instrumental não era desinfetado antes da lavagem.</p> <p>4 – Utilização de um mesmo instrumental/material para toda à clientela.</p> <p>5 – Administração de medicamentos por via IM no mesmo ambiente dos curativos.</p>	<p>1 – Compra de instrumental e elaboração de 10 pacotes de curativos.</p> <p>2 – Esterilização de instrumental, material e pacotes de curativos na Central de Esterilização do Hospital de Natividade.</p> <p>3 – Conserto do termômetro da estufa.</p> <p>4 – Uso da estufa para esterilização de material próprio.</p> <p>5 – Aplicação de técnica asséptica para realização dos curativos.</p>
-------------------	---	--

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Óbitos - Estado Rio de Janeiro

Óbitos (total) por Local Ocorrência segundo Capítulo/Causa
Município Resid.: Natividade
Região Residência: Noroeste Fluminense
Período: 1997

Capítulo/Causa	Total
TOTAL	110
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	5
II. Neoplasias (Tumores)	6
IV. Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	5
V. Transtornos Mentais e Comportamentais	1
VI. Doenças do Sistema Nervoso	1
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	55
X. Doenças do Aparelho Respiratório	15
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	1
XIV. Doenças do Aparelho Geniturinário	4
XVI. Algumas Afec originadas no Período Perinatal	5
XVII. Malf Cong Deformid e Anomalias Cromossômicas	1
XVIII. Sint Sinais e Achad Anorm Ex Clín e Laborat	4
XX. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	7

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**Óbitos - Estado Rio de Janeiro**

Óbitos (total) por Local Ocorrência segundo CID10 3 dígitos

Município Resid.: Natividade

Região Residência: Noroeste Fluminense

Período: 1997

CID10 3 dígitos	Total
TOTAL	110
A09 Diarréia e gastroent de origem infecc presum	1
A41 Outras septicemias	3
B24 Doenç p/vírus da imu hum [HIV] n especificada	1
C10 Neoplasia maligna da orofaringe	1
C40 Neopl mal ossos e cartil articul dos membros	1
C48 Neop mal dos tec moles do retroper e peritônio	1
C50 Neoplasia maligna da mama	2
C61 Neoplasia maligna da próstata	1
E14 Diabetes mellitus não especificado	5
F10 Transt mentais e comport dev ao uso de álcool	1
G93 Outros transtornos do encéfalo	1
I11 Doença cardíaca hipertensiva	1
I12 Doença renal hipertensiva	1
I21 Infarto agudo do miocárdio	15
I42 Cardiomiopatias	2
I50 Insuficiência cardíaca	8
I61 Hemorragia intracerebral	2
I64 Ac vascul cereb n espec c/hemorrag ou isquêmic	22
I67 Outras doenças cerebrovasculares	1
I71 Aneurisma e dissecação da aorta	1
I73 Outras doenças vasculares periféricas	2
J15 Pneumonia bacteriana n classif em outra parte	2
J18 Pneumonia por microorganismo não especificada	2
J21 Bronquiolite aguda	1
J43 Enfisema	2
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	6
J81 Edema pulmonar, n especificado de outra forma	1
J98 Outros transtornos respiratórios	1
K74 Fibrose e cirrose hepáticas	1

N17 Insuficiência renal aguda	2
N18 Insuficiência renal crônica	1
N39 Outros transtornos do trato urinário	1
P02 Feto e RN afet p/compl da plac/cord umb/membr	5
Q00 Anencefalia e malformações similares	1
R09 Out sintom/sinais relat aos ap circul/respir	2
R54 Senilidade	1
R99 Out causas mal def e as n espec de mortalidade	1
V89 Acid c/veíc a motor ou n-moto tipo veíc n esp	1
W14 Queda de árvore	1
W17 Outras quedas de um nível a outro	1
W19 Queda sem especificação	1
W69 Afogamento e submersão em águas naturais	2
W74 Afogamento e submersão não especificados	1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)