UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA ESTELA FREIRE DA PALMA LINDER

**Competências gerais na área da saúde: implicações na formação
de profissionais de enfermagem de nível médio**

Ribeirão Preto
2008

MARIA ESTELA FREIRE DA PALMA LINDER

**Competências gerais na área da saúde: implicações na formação de
profissionais de enfermagem de nível médio**

Dissertação apresentada para fins de obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, inserida na linha de pesquisa “Educação em saúde e formação de recursos humanos”.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Profa. Dra. Maria Conceição B. de Mello e Souza

Ribeirão Preto

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE

Catálogo na Publicação
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Linder, Maria Estela Freire da Palma

Competências gerais na área da saúde: implicações na formação de profissionais de enfermagem de nível médio-SP.; orientador Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza - Ribeirão Preto, 2008

168f.

Dissertação de Mestrado –Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Competências profissionais. 2. Saúde. 3. Ensino de Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Estela Freire da Palma Linder

Competências gerais na área da saúde: implicações na formação de profissionais de enfermagem de nível médio

Dissertação apresentada para fins de obtenção de título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

A minha mãe e meus irmãos, que sempre estiveram do meu lado e participaram da minha vida. Agradeço pela compreensão e pelo incentivo.

Aos meus amigos e alunos, por me ensinarem a renovar sempre.

Ao meu companheiro Linder e aos meus filhos Felipe e Frederico – meu amor e gratidão por tudo.

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de começar agradecendo a minha orientadora Maria Conceição, por me receber, tão gentilmente, no departamento, por acreditar no projeto e por agüentar as minhas inúmeras incertezas e mudanças no caminhar da pesquisa.

Um agradecimento especial é para a minha irmã Ana Maria, que muito me ajudou com suas experiências de pesquisadora e educadora e que investiu do seu precioso tempo para me ajudar neste trabalho (seus conselhos certos foram fundamentais).

Sou grata a Adriana Kátia Corrêa e a Toyoko Saeki pelas suas preciosas sugestões no exame de qualificação.

Agradeço aos funcionários e professores da Escola de Enfermagem, pela suas contribuições para o meu desenvolvimento científico.

Um muito obrigada a Rosemary Cristina da Silva, bibliotecária da UNESP de Botucatu, por me auxiliar na revisão bibliográfica.

Obrigada ainda a todos os meus companheiros do Centro de Atenção Psicossocial - “Espaço Vivo” - de Botucatu, por terem permitido períodos de ausência e pelo incentivo.

Por último, um agradecimento especial a Vânia Moreno, minha professora e amiga, pelos ditos encorajadores, pelas risadas, pelo olhar sensível, pelos conhecimentos construídos, por tornar um trabalho difícil parecer mais fácil e pelos momentos difíceis - sempre junto. Estou tão agradecida pelo que sou capaz de dizer.

RESUMO

LINDER, M.E.F.P. **Competências gerais na área da saúde:** implicações na formação de profissionais de enfermagem de nível médio. 168f. 2008. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O presente estudo analisou as competências gerais da educação profissional para a área da saúde apontadas na Resolução CEB nº 4/1999, e buscou referências teóricas para a construção de competências específicas na formação de profissionais de enfermagem de nível médio, tomando como eixo de análise as quatro dimensões propostas por Paulo Amarante e o conceito de competência humana de Neise Deluiz, que apontam para o caráter multidimensional do processo do cuidado no campo da saúde. Para isso, realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa, utilizando como recurso metodológico, a análise documental. Na dimensão epistemológica, foi considerado o processo saúde-doença em sua complexidade, como competência profissional, que aponta para o desafio de rupturas com o modelo biológico. A dimensão técnico-assistencial assinala para a busca de competências como produção de atos terapêuticos nos serviços de saúde orientados para o cuidado integral na organização do processo de trabalho, que considere o acolhimento dialogado, o trabalho em equipe, a responsabilidade, autonomia e a ética como formas de transformar espaços de cura, para uma rede de produção de subjetividades e sociabilidade. As dimensões jurídico-política e sociocultural, destacam a importância dos direitos humanos e sociais e a necessidade da mudança cultural como forma de romper com a visão tradicional marcada por preconceitos, pela discriminação, pela não aceitação da diferença. A cidadania, como possibilidade de experiência participativa na comunidade, foi a competência considerada como relevante para que os profissionais de enfermagem possam ser agentes capazes de transformar a realidade na busca da emancipação social. Consideramos no final deste estudo, que a construção de competências específicas para a formação de profissionais de enfermagem de nível médio depende da compreensão de que a educação e a saúde são práticas sociais, cabendo às instituições de ensino profissionalizante estimular a construção de conhecimentos, de comportamentos e atitudes que comprometam professores e alunos na realização de projetos coletivos, que são a concreta possibilidade de mudança e transformação para a busca de uma sociedade mais justa e equânime.

Palavras-chave: competências profissionais, saúde, ensino de enfermagem

ABSTRACT

LINDER, M.E.F.P. **General competences in health:** implications for the formation of medium level nursing professionals. 168 f. 2008. Written Essay (Master's degree) - Ribeirão Preto Nursing School. University UHF São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

This study analyzed the general competence of professional education for the health areas appointed in the Resolution CEB nº4/1999, and searched theoretical references to build specific competences in the formation of medium level nursing professional. The four dimensions proposed by Paulo Amarante and the concept of human competence from Neise Deluiz, pointing to the multi-dimensional character of the care process in the health field were used as the axle of analysis. A qualitative research was performed using as methodological resource, the documental analysis. The complexity of the health-illness process was considered for the epistemological dimension, as professional competence, pointing to the challenge of rupture with the biological model. The technical-assistance dimension highlights the search for competences like the production of therapeutical acts in the health services aiming the full care in the organization of the work process. This should consider welcoming along dialogue, team work, responsibility, self government and ethics as ways of transforming these healing spaces, for a production net of subjectivities and sociability. The law-politics and socio-cultural dimensions highlight the importance of social and human rights and the need for a cultural change as a mean of breaking up with the traditional view marked by prejudice, discrimination and non acceptance of difference. Citizenship, as a possibility of experiencing social participation in the community, was the competence considered relevant so that nursing professionals can be capable agents to transform the reality in the pursuit of social emancipation. It was considered at the end of this study, that the building of specific competences for the formation of medium level nursing professionals depends on the understanding that education and health are social practices. The professional institutions should be in charge of stimulating the construction of knowledge, behaviors and attitudes which compromises teachers and students to produce collective projects, which are the concrete possibility of change and transformation in pursuit of a more righteous and equal society.

Key words: professional competences, health, nursing formation.

RESUMEN

LINDER, M.E.F.P. **Atribuciones generales en el área de la salud:** implicaciones en la formación de profesionales de enfermería de nivel medio. 168 f. 2008. Disertación (Maestrazgo)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

El presente estudio analizó las atribuciones generales de la educación profesional para el área de la salud apuntadas en la Resolución CEB n° 4/1999, y buscó referencias teóricas para la construcción de atribuciones específicas en la formación de profesionales de enfermería de nivel medio, tomando como eje de análisis las cuatro dimensiones propuestas por Paulo Amarante y el concepto de atribución humana de Neise Deluiz, que apuntan para el carácter multidimensional del proceso del cuidado en el campo de la salud. Para eso, realizamos una investigación de naturaleza cualitativa, utilizando como recurso metodológico, el análisis documental. En la dimensión epistemológica, fue considerado el proceso salud-enfermedad en su complejidad, como atribución profesional, que apunta para el desafío de rupturas con el modelo biológico. La dimensión técnico-asistencial señala para la búsqueda de atribuciones como producción de actos terapéuticos en los servicios de salud orientados para el cuidado integral en la organización del proceso de trabajo, que considere el acogimiento dialogado, el trabajo en equipo, la responsabilidad, autonomía y la ética como formas de transformar espacios de cura, para una red de producción de subjetividades y sociabilidad. Las dimensiones jurídico-política y sociocultural, destacan la importancia de los derechos humanos y sociales y la necesidad del cambio cultural como forma de romper con la visión tradicional marcada por preconceitos, por la discriminación, por la no aceptación de la diferencia. La ciudadanía, como posibilidad de experiencia participativa en la comunidad, fue la atribución considerada como relevante para que los profesionales de enfermería puedan ser agentes capaces de transformar la realidad en la búsqueda de la emancipación social. Consideramos en el final de este estudio, que la construcción de atribuciones específicas para la formación de profesionales de enfermería de nivel medio depende de la comprensión de que la educación y la salud son prácticas sociales, cabiendo a las instituciones de enseñanza profesionalizante estimular la construcción de conocimientos, de comportamientos y actitudes que comprometan profesores y alumnos en la realización de proyectos colectivos, que son la concreta posibilidad de mudanza y transformación para la búsqueda de una sociedad más justa y equánime.

Palabras-clave: atribuciones profesionales, salud, enseñanza de enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Competências profissionais gerais do técnico da área de saúde.....	96
----------	--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	43
2.1 A trajetória da educação profissional de enfermagem: o enfoque nas políticas educacionais de nível médio	43
2.2 O modelo de competência: do trabalho à formação profissional.....	57
2.3 O modelo de competência na política da educação profissional de nível técnico.....	66
2.4 O campo de atenção da saúde mental na formação de profissionais de enfermagem de nível médio.....	79
CAPÍTULO 3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	86
CAPÍTULO 4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	98
4.1 A dimensão epistemológica na análise das competências profissionais gerais.....	103
4.2 A dimensão técnico-assistencial na análise das competências profissionais gerais.....	114
4.3 A dimensão jurídico - político e sociocultural na análise das competências profissionais gerais.....	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159

APRESENTAÇÃO

É bom saber que não estou
pronto para tudo, mas que
nada troco o que está por vir.

Wolf Borges

Wolf Borges expressa exatamente o que senti quando comecei a minha vida profissional como enfermeira em um serviço de saúde mental e quando fui convidada a ministrar aulas de enfermagem em saúde mental para profissionais de enfermagem de nível médio: auxiliares e técnicos de enfermagem.

As experiências vivenciadas, os conhecimentos e práticas construídos enquanto enfermeira e educadora - e para mim muito significantes - me ajudaram a refletir sobre a importância do profissional de enfermagem na transformação da assistência a pessoa em sofrimento psíquico.

Ao iniciar o mestrado, tinha um projeto de pesquisa de campo, que visualiza a necessidade de compreender como os enfermeiros/professores que ministravam aulas de enfermagem em saúde mental para auxiliares e técnicos de enfermagem entendiam por competências profissionais, pois já havia realizado uma pesquisa durante um Curso de Especialização de Formação Pedagógica na área de enfermagem, em 2002, a qual apontou algumas contradições entre o plano de curso, baseado por competências profissionais e o que professores e alunos esperavam atingir na formação profissional. Porém, ao entrar em contato mais próximo com o tema, percebi que a pesquisa que inicialmente havia planejado, não contemplaria o que mais me inquietava em relação à formação e a atuação desses profissionais de saúde no campo da saúde mental.

Comecei a refletir, que apesar das mudanças estruturais e organizacionais dos serviços de saúde mental, da reformulação das políticas educacionais,

embasadas no modelo de competência, não são suficientes para a real transformação na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Outra inquietação era a de explorar as competências apenas no âmbito da saúde mental, pois no dia-a-dia do meu trabalho e no decorrer da disciplina de enfermagem em saúde mental, as discussões tanto em equipe quanto junto aos alunos convergiam para questões da atuação profissional no âmbito da saúde de uma forma geral. Discutir o campo da saúde mental implicava considerar o campo da saúde como um todo. Delinear projetos assistências e envolver os profissionais na assistência refletiam a necessidade de transformação de todo um aparato institucional ainda tão presente no dia-a-dia dos serviços de saúde quanto no sistema educacional.

Desta forma, optei em realizar este estudo teórico e reflexivo envolvendo a educação profissional de nível técnico, como atualmente está nomeada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Profissional de Nível Técnico, baseado em competências profissionais, com o atual processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária como políticas públicas.

A forma de como abordar temas tão complexos e seguir as exigências do programa de pós-graduação da enfermagem psiquiátrica, foi intensamente discutida durante o exame de qualificação. Como abordar as competências gerais para a educação profissional de enfermagem no campo da saúde sem privilegiar apenas o campo da saúde mental já que os próprios ideários da Reforma Psiquiátrica como da Reforma Sanitária e das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional apontam para a atenção integral, para a política da igualdade, da flexibilidade, da interdisciplinaridade, autonomia, dos direitos sociais, da participação comunitária com vistas a uma prática social em todas as áreas do campo da saúde?

Como buscar a integração dessas duas áreas de conhecimento e buscar competências que coloquem em prática tão almejada integração do nosso sistema de saúde, como das diversas disciplinas?

Outra preocupação levantada era a de não só analisar as competências gerais, como também contribuir para a construção de competências específicas que garantam a construção de conhecimentos, de novas práticas que atendam as reais necessidades de saúde do indivíduo e coletividade a partir dos princípios, acima apontados.

Diante dessas reflexões, de como juntar tudo para a construção de competências específicas com vistas à formação de auxiliares e técnicos de enfermagem, após muitas conversas decidimos analisar as competências profissionais gerais da área da saúde delineadas pela Resolução do Conselho Nacional de Educação/Conselho de Educação Básica nº 4 de 1999 e apontar referências teóricas tanto do campo da saúde mental e da saúde coletiva, tomando como eixo para análise o pressuposto teórico de Paulo Amarante que visualiza o processo da Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que abrange quatro dimensões: a teórico-conceitual ou epistemológica, a técnico-assistencial, jurídico-política e a sociocultural.

Esse pressuposto veio ao encontro do modelo de competência humana de Neise Deluiz, que considera a educação e a saúde, como práticas que integram o sistema social, no conjunto das demais práticas da sociedade.

Para isso, o presente estudo tem a humilde pretensão de buscar subsídios teóricos para uma educação profissional de enfermagem mais competente e de qualidade e ajudar os estabelecimentos de ensino profissionalizante a construir planos de ensino que efetivamente atendam as atuais políticas sociais de educação

e saúde.

Deste modo, o trabalho será estruturado em forma de capítulos para facilitar a exposição dos questionamentos e das reflexões, tomando a seguinte trajetória:

Capítulo 1 - Introdução: em que serão delineados os desafios do atual estágio das políticas de saúde e da educação no sentido de transformar o modelo tradicional eminentemente curativo para um modelo de promoção de saúde com vistas a um modelo de competência para a formação de sujeitos sociais na área da saúde e os objetivos do estudo.

Capítulo 2 - Fundamentação teórica: a busca de elementos teóricos com o enfoque nas políticas educacionais na educação profissional de enfermagem de nível médio, no conceito do modelo de competência e nos pressupostos do campo da saúde mental.

Capítulo 3 - Percurso metodológico: a escolha do referencial teórico-metodológico, utilizando a pesquisa qualitativa e, como forma de análise, a pesquisa documental.

Capítulo 4 - A análise e a discussão das competências gerais da educação profissional de nível técnico na área da saúde, que indiquem caráter de inovação, utilizando o pressuposto teórico de competência humana dentro das dimensões: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

As considerações finais contemplam as reflexões desenvolvidas na busca do alcance dos pressupostos e dos objetivos do estudo.

CAPITULO 1 – INTRODUÇÃO

Atualmente, a formação profissional tem se constituído uma preocupação governamental na medida em que a implantação de novas propostas de atenção do setor saúde implica necessariamente a formação e capacitação de profissionais não apenas preparados tecnicamente, mas também empenhados em atender nas necessidades de saúde da pessoa e da população.

Visualizamos, hoje, uma transição do modelo assistencialista, eminentemente curativo, centrado em hospitais, para uma concepção voltada para a promoção da saúde, que inclui prevenção, diagnóstico precoce, recuperação e reabilitação.

A implementação desta nova concepção significa suplantar o modelo curativista ainda fortemente presente no cotidiano da nossa sociedade.

O novo modelo implica dispor de profissionais capazes de reconhecer a amplitude necessária de atuação em um conjunto articulado de ações. Devem conhecer essas ações e dar-lhes continuidade em seu segmento, mantendo relação com os demais. Devem ser agentes ativos na produção dos serviços, conscientes da importância para o alcance de objetivos maiores (BRASIL, 2003a, p.69).

Assim, o Ministério da Saúde reconhece como ponto fundamental para transformação da assistência, uma formação de qualidade dos profissionais de saúde.

Cabe lembrar que a formação profissional em saúde no Brasil foi orientada e desenvolvida por meio de um enfoque político curativo visando proteger a população produtiva, principalmente na década de 1940 com a consolidação de uma sociedade industrial, onde os trabalhadores conquistaram seus direitos sociais, como aposentadorias e assistência à saúde (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Com o enfoque curativo, as atividades assistenciais se desenvolveram e se aprimoraram com o crescimento do sistema hospitalar o qual se expandiu e se aperfeiçoou pela importação de tecnologia, por meio de compras de equipamentos para diagnósticos, de tratamentos de alto custo e crescimento das indústrias farmacêuticas.

Este fato é descrito por Dantas e Aguillar (1999), que consideram a proliferação da rede hospitalar, no decorrer dos anos de 1950, como um fator para a abertura de um novo espaço para a atuação da enfermagem, com a necessidade de maior número de trabalhadores com preparo específico para o exercício da profissão.

A criação e a regulamentação de cursos de auxiliares de enfermagem foram a solução encontrada para o preparo de um grande número de profissionais, visto que havia deficiência numérica de enfermeiros e por serem dispendiosos e demorados os cursos de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Como reflexo desta situação, os auxiliares de enfermagem passam a ser qualificados em programas de treinamento em serviço, com conteúdos definidos de procedimentos e técnicas voltados exclusivamente para a assistência direta aos pacientes internados.

Desta forma, como consequência, a orientação curricular das escolas de enfermagem seguia a assistência predominantemente hospitalar e como referem Dantas e Aguillar (1999), citando Oliveira (1979), seguia a tendência do Estado em conferir tratamento exclusivamente curativo.

O Ministério da Educação e Cultura, através da Portaria nº 106/65, enfatizou esta lógica hospitalar ao fixar normas para o currículo mínimo do Curso de Auxiliar de Enfermagem, estipulando disciplinas voltadas exclusivamente para o

conhecimento técnico, pois o profissional necessário precisava ser qualificado para acompanhar o processo de intensa medicalização da sociedade em decorrência do avanço do complexo médico-industrial de acordo com a política socioeconômica do país (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Na lógica do modelo hospitalocêntrico a pessoa era observada como objeto de identificação de diagnóstico e tratamento, centrado na doença, e desta forma o “saber-fazer” torna-se peça chave na recuperação do doente, sendo a qualificação utilizada no sentido de “o que o indivíduo deve saber e assim são estabelecidos os conteúdos e estratégias de aprendizado” (BRASIL, 2003b, p.50).

No decorrer da década de 1970, o modelo hospitalocêntrico começa a não ter resolubilidade sobre as condições de vida da população coincidindo com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, com custos cada vez maiores e práticas médicas baseadas nos aspectos estritamente curativo-reabilitadores.

Mendes (1994) descreve que o modelo médico assistencial privatista se tornou incapaz de alterar os perfis de morbimortalidade, com altas taxas de mortalidade e baixa qualidade dos serviços prestados. Neste contexto de grande insatisfação dos usuários, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde, como também a diminuição da qualidade dos serviços prestados, tem início uma proposta de atenção primária à saúde, porém com uma visão reducionista caracterizada por programas de medicina simplificada de grupo de risco.

Essa perspectiva de atenção primária simplista era para atender as populações excluídas, com tecnologias de baixo custo e executada por pessoal de baixa qualificação profissional.

Neste período, como cita Dantas e Aguillar, (1999, p.29), 80% dos profissionais de enfermagem trabalhavam na rede hospitalar desempenhando

“passivamente seu papel de executores das políticas públicas vigentes” o que resultou em um questionamento da prática profissional, e que levou nas décadas de 1970 e 1980, a um aumento das escolas de enfermagem de nível médio e projetos de lei do exercício profissional, porém o trabalho profissional de enfermagem do nível médio mantém a sua natureza repetitiva de execução de tarefas simples no processo de tratamento, sob supervisão direta do enfermeiro.

No cenário nacional, frente aos rumos dados à saúde e às necessidades de transporte, moradia e saneamento básico, um Movimento Social importante, conhecido como a Reforma Sanitária (RS), começa a ser delineado, tornando-se especialmente forte com a instalação do governo de transição democrática nos anos 80.

Yasui (2006), analisando este movimento dentro de uma dimensão política, aponta que nessa mesma época, Sérgio Arouca, um dos ideólogos do Sistema Único de Saúde (SUS), salientava sobre a necessidade de pensar o trabalho e a formação na saúde e enfrentar o pensamento autoritário. Reforçava sobre a necessidade de pensar no campo da saúde não apenas determinado por fatores biológicos, mas resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos e que transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social.

A Reforma Sanitária apresenta como aspectos fundamentais: um conceito abrangente de saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela universalidade, integralidade de ações e descentralização (MENDES, 1994).

Não aprofundando sobre aspectos da Reforma Sanitária, o importante é que seus princípios e proposições foram construídos por vários sujeitos sociais ao

longo de vários anos, expressos enquanto doutrina, no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e a constituir-se no instrumento que viria a influir na elaboração da nova Constituição Federal, configurando-se, como refere Yassui (2006) apontando Paim (1997), “[...] em um conjunto de políticas articuladas que requer uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas”. (YASUI, 2006, p.25). O Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, salienta sobre a urgência de modificações no setor saúde exigindo uma reforma mais profunda, uma ampliação do conceito saúde e sua correspondente ação institucional. Denuncia, entre muitos pontos, as políticas de saúde voltadas aos interesses do mercado e não dos usuários, a debilidade da organização social civil, a formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto aos aspectos éticos e de consciência social (BRASIL, 1986).

Em relação ao tema Saúde como direito, o relatório considera:

Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde. É assim, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.12).

Portanto:

Direito à saúde significa a garantia pelo estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (idem).

As ações de saúde pelo movimento dos trabalhadores, concretizada com a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988, passaram por transformações significativas no modelo de atenção, não mais enfocando o curativo individual, mas pensando nas necessidades individuais e coletivas, como

salienta Carvalho, (1998):

[...] baseia-se numa concepção ampliada de saúde-doença, em que o acesso a bens e serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas capazes de prover qualidade de vida. Distingui-se do modelo anterior que dissociava inteiramente as ações curativas, a saúde coletiva da atenção individual e era inteiramente centrado no atendimento à demanda por assistência médica (CARVALHO, 1998, p. 25).

Dentro do processo da RS, outro Movimento Social importante, na área da saúde mental seguia na mesma luta contra o modelo hospitalocêntrico. A partir da mobilização de trabalhadores de saúde nas décadas de 1970 e 1980, a Reforma Psiquiátrica (RP) buscou politizar a questão da saúde em seu cotidiano de práticas institucionais e universitárias. Na luta contra as instituições psiquiátricas, provocou “uma ruptura epistemológica; criando experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistando mudanças em normas legais e buscando produzir efeitos no campo sócio-cultural” (YASUI, 2006, p. 26).

Amarante, analisando as características do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que se iniciou em 1978, salienta que esse movimento apresentava um perfil não cristalizado institucionalmente, isto é, sem estruturas institucionais solidificadas, o que garantiu uma maior autonomia e não burocratização propiciando maior agilidade administrativa e política. Outra característica do movimento seria a de multiplicidade e pluralidade em sua composição, com a participação de profissionais de todas as categorias, simpatizantes, instituições e entidades. Assim o MTSM caracterizava-se por um perfil de luta popular no campo da saúde mental.

Este movimento, conhecido como o da Reforma Psiquiátrica, com alguns de seus membros ocupando postos-chaves de secretarias de saúde, universidades e unidades hospitalares deflagra importantes conquistas através de conferências

nacionais e estaduais (AMARANTE, 1995).

A I Conferência Estadual de Saúde Mental, ocorrida em 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, apresentou como tema central: “A Política Nacional de Saúde Mental na Reforma Sanitária”, situando a saúde mental no contexto geral da saúde. Temas como cidadania, sociedade e qualidade de vida apontavam para o reconhecimento da doença mental como fruto do processo de marginalização e exclusão social e a necessidade de resgatar a cidadania mediante a promoção de saúde mental da população. Quanto ao modelo assistencial, preconizou a reversão da tendência hospitalocêntrica, mediante atendimentos em saúde mental através de investimentos nos serviços extra-hospitalares e equipes multiprofissionais. A redução de leitos psiquiátricos públicos e o não credenciamento dos privados, a hierarquização da rede assistencial com a expansão da rede ambulatorial, a descentralização e capacitação técnica para melhorar o poder de resolubilidade dos serviços foram também apontadas nesta conferência (AMARANTE, 1995).

No mesmo ano, em 1987, o MTSM realiza o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, onde a sociedade, os usuários e os familiares participaram ativamente, discutindo e denunciando a forma com que o Estado gerencia os serviços, sustentando os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. Instituem-se nesse Congresso o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial e impõem uma aliança como o movimento popular e a classe trabalhadora. (AMARANTE, 1995).

A partir desse Congresso, a luta por Uma Sociedade Sem Manicômios começa a se consolidar em movimentos com a organização da Associação Franco Basaglia/SP, e do próprio MTSM onde incorporam não só trabalhadores de saúde

mental, mas outros atores na luta pela transformação das práticas assistenciais. Iniciam-se assim, novos rumos do movimento pela reforma psiquiátrica – os rumos da desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

No contexto de novas possibilidades de atenção para além dos espaços institucionais, começam a ser criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) o que representou o início da implementação de novos espaços de atendimento em saúde mental.

Num cenário de diversas experiências já consolidadas como os CAPS e os NAPS, e um projeto de lei federal (Lei Paulo Delgado) tramitando no Senado, desde 1989, que apontava para a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por novos serviços de atenção de saúde mental, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, contando com a participação de trabalhadores, usuários e familiares. O relatório final preconizou a desinstitucionalização, a transformação do modelo assistencial para a recuperação da cidadania, do respeito à individualidade do usuário e inclusão da saúde mental no SUS para garantir a viabilização da assistência em todas as dimensões de vida do usuário.

Caminhando o processo da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro, após doze anos de tramitação do projeto de Lei de 1989, torna-se em 2001 na Lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, porém, como aponta Yasui (2006, p.56), muito distante do projeto original que previa a extinção dos manicômios, pois essa lei manteve “a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial”.

A referida lei regulamenta a política de saúde mental em uma ótica não

mais centrada no hospital psiquiátrico como principal espaço de tratamento, enquanto traça os princípios básicos, define os objetivos, assegura os direitos individuais e reforça a inclusão social do usuário. Em seu parágrafo único, artigo 2º, inciso I a IX, estabelece os direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à prescrição médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e tratamento;
- VIII- ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2004, p.17).

Nota-se por este artigo 2º que a mudança do modelo de atendimento somente aparece no último inciso, os outros artigos publicados regulamentam as internações psiquiátricas e responsabilizar o Estado no desenvolvimento da política de saúde mental.

No mesmo ano da publicação da lei, em 2001, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, com o tema “Cuidar, sim, Excluir, não”. Em seu relatório final, estabelece, entre outros temas, os princípios e as diretrizes sobre a “Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Em linhas gerais, estipula que:

- As políticas de saúde mental devem seguir os princípios do SUS com atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social, priorizando a construção de uma rede de atenção integral de saúde mental, tendo como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da

sociedade para conviver com a diferença.

- A integração da política da saúde mental com outras políticas sociais como a educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania.
- A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e concomitante criação de uma rede substitutiva que garante o cuidado e a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico, cabendo aos municípios implantarem uma rede de serviços no próprio território e integrados à rede de saúde para que possa realizar ações de proteção, promoção, prevenção e assistência e recuperação em saúde mental.

Em relação à concepção de saúde, estabelece que “a reorientação do modelo assistencial deve ser pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p.23).

No que trata da organização dos serviços, refere à desinstitucionalização como superação do modo asilar, com a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos psiquiátricos com a construção de uma rede substitutiva, organização e produção da rede e dos serviços substitutivos capazes de oferecer atenção integral para o usuário e seus familiares e serviços residenciais para pessoas com longo período de internação e trabalho e geração de renda, visando a processos de produção e autonomia e de direitos de cidadania (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

No que tange à Saúde Mental na Atenção Básica, o relatório reforça as

propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde de incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e também incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Desta forma, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo e confere ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência e estabelece o controle social como garantia de avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

O Movimento da RS e da RP, inicialmente representaram movimentos de luta contra o modelo hegemônico centrado em hospitais para uma discussão de espaços que produzam rupturas e construção de vida. No entanto, em tempos de globalização econômica, de dependência internacional, o neoliberalismo que abandona os investimentos na área social e sustenta o poder econômico por meio de políticas de exclusão e controle, os movimentos acabaram por institucionalizar-se, tomando o Ministério da Saúde em seu principal ator (YASUI, 2006).

Ao analisar este fato, Yasui (2006) destaca que a ênfase nos processos de regulação como indutores da política do SUS, transformou a potencialidade criativa e transformadora daqueles atores do movimento, em uma servidão às normas e portarias, parecendo não haver nos espaços, como nos CAPS, aberturas para experiências que não sejam os parâmetros estabelecidos por elas.

Para o autor, acima referendado, o atual processo da Reforma Psiquiátrica, embora inspirado nos ideais e princípios de transformação assistencial, corre o risco de produzir apenas desospitalização como descreve abaixo:

Do ponto de vista quantitativo, encontramos hoje, um grande número de instituições cadastradas no SUS como CAPS, o que poderia nos induzir a pensar que a assistência estaria melhor na mesma proporção. Porém a internação psiquiátrica, embora em declínio, ainda continua sendo a estratégia hegemônica de tratamento. Por

outro lado, a minha prática profissional tem demonstrado que muitas instituições nomeadas CAPS estão distantes de oferecerem um serviço de qualidade, norteados pelos paradigmas da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2006, p.62).

O autor ainda salienta que não adianta implantar serviços complexos como o CAPS, sem proporcionar aos profissionais de saúde recursos teóricos e técnicos; caso contrário, correm o risco de acabar por reproduzir saberes e práticas, mantendo o modelo hegemônico, a estrutura verticalizada, enfocados exclusivamente na doença.

Da mesma forma, Carvalho et al. (2005), analisando o Movimento da Reforma Sanitária, salientam que este produziu em tese uma maneira de pensar a saúde, mas a infra-estrutura dos nossos serviços e os recursos humanos envolvidos diretamente com a assistência à saúde ainda carecem de preparo para implantar de fato políticas inovadoras.

Em relação aos modelos de saúde que foram e estão sendo adotados, Merhy (2007) assinala que no cotidiano dos serviços de saúde, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e prevenção. Destaca que os atuais processos de produção da saúde vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos de saúde, dentre as quais:

- a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a produção dos procedimentos enquanto cuidado e
- a lógica da construção de atos de saúde como resultado de intervenções restritas e presas às competências específicas dos profissionais de saúde sem ação integralizada e unificada em torno do usuário.

Ao analisar estes processos de produção, o autor salienta que as reformas impressas pelo capital financeiro na saúde apontam para mecanismos administrativos centrados em uma racionalidade instrumental a partir de uma ótica

exclusiva de controle de custos, que procura atingir os trabalhadores de saúde, especialmente os médicos, que são os definidores dos tipos de incorporação tecnológica e de desenvolvimento dos atos de saúde (MERHY, 2007).

Dentre os diversos problemas nas estratégias de mudança do modelo assistencial, Franco e Merhy (2007) apontam a estrutura e a organização do Programa de Saúde da Família (PSF), considerando algumas contradições deste dispositivo de saúde que, embora direcionado para práticas multiprofissionais, não garantiu rupturas com o modelo hegemônico atual. Para os autores:

Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho no qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos de trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que determina o perfil da assistência (FRANCO; MERHY, 2007, p. 105).

Em relação ao modo de se fazer assistência, que é o que determina o perfil de um modelo assistencial, os mesmos autores consideram que a mudança dos modelos assistenciais requer a construção de uma nova consciência sanitária com a adesão dos trabalhadores de saúde no sentido consensual de formas de se trabalhar que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial. (FRANCO; MERHY, 2007).

Amarante (2007, p.97) afirma que as equipes de saúde da família devem ser preparadas na concepção mais geral da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, pois entende “ambas como processos sociais complexos que visam à melhoria da assistência médica, quanto à promoção da saúde e a construção de consciência sanitária nas comunidades”.

Inserir a saúde mental no contexto da saúde da família é considerar, segundo Lancetti (2006), uma proposta de complexidade invertida, o que significa, que é no nível primário, na rede básica, que as ações devem ser mais complexas,

pois envolve mexer com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança e com outros atores sociais.

Desta forma, a garantia de um atendimento, que atenda a complexidade do cuidado, que comprometa os profissionais na resolução dos problemas dos usuários, é garantir a construção de uma nova forma de relação de trabalho que produza saúde, como bem assinala Franco e Merhy (2007):

O modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se à determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional em que um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre qual intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, quando tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde (FRANCO; MERHY, 2007, p.107).

Faz-se necessário, portanto, identificar o perfil profissional necessário dentro das propostas do SUS, para que se possa fazer valer o rompimento com o padrão tradicional de assistência.

Neste sentido, buscamos refletir sobre a formação de qualidade dos profissionais de enfermagem de nível médio frente aos novos desafios postos pela realidade, para que se adotem medidas concretas no sentido de conquistar uma nova dimensão para o trabalho em saúde, superando a ênfase exclusiva no atendimento médico-hospitalar.

Frente às atuais exigências do setor saúde, mencionadas anteriormente, tanto pela Reforma Sanitária como pela Reforma Psiquiátrica, formar trabalhadores sob uma ótica de atenção integral, acesso universal, equidade, participação e controle social, priorizando a construção de uma rede hierarquizada de serviços e de promoção da saúde, requer a construção de um novo perfil de profissionais. A expressão dessa nova exigência fica clara através das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico da Área da Saúde (DCNAS) de 1999, no que trata

da educação profissional:

O reconhecimento da integralidade como princípio ou diretriz que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença através de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação que respeitem a integralidade do ser humano deve ser, progressivamente difundido como uma “nova cultura da saúde” na educação profissional. As estratégias para essa formação, não devem, portanto, confundir atenção primária à saúde com tecnologia simplificada e capacitação insuficiente (BRASIL, 1999a, p. 6).

Desta forma, significa que “os trabalhadores em saúde devem ter conhecimento do todo, mesmo que executem uma parte. Não precisam saber executar tudo, mas saber que as ações e os processos estão encadeados e qual é a sua posição nessa cadeia” (BRASIL, 2003a p. 75),

O documento que estabelece as DCNAS, o qual foi elaborado pela equipe técnica do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, assinala que ainda existe a predominância do modelo médico tradicional, e o privilégio do saber clínico na formação profissional de saúde, apesar dos esforços de redefinição do modelo assistencial, com as iniciativas priorizadas pelo governo Federal, como o PSF (BRASIL, 1999a).

Para reverter esta lógica, tomando como referencias Deluiz (1997) e Peduzzi (1997), o documento supracitado estabelece que o perfil de formação requeira habilidades cognitivas e técnicas (de caráter provisório) e de relações humanas (afetivas)¹, necessitando de uma qualificação que contemple habilidades cognitivas, comunicativas, de inter-relação com clientes e demais trabalhadores, iniciativa, criatividade, capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e competência para avaliar o produto de seu trabalho para melhorar a qualidade e

¹ Deluiz, N. Mudanças no Mundo do trabalho e Necessidades de qualificação dos Trabalhadores de Saúde. (Texto apresentado à Reunión de la Red Latinoamericana de Técnicos em Salud (OPS/OMS), na Escola Politécnica de Saúde, Joaquim Venâncio?FIOCRUZ, 03-15/set/97.

domínio de técnicas de planejamento e organização de trabalho².

Assim aponta que no caso da saúde, o processo de trabalho requer:

- a) articular as intervenções e atividades realizadas pelo profissional com as ações dos demais agentes da equipe, destacando o caráter multiprofissional da prática;
- b) redimensionar a autonomia profissional, ou seja, o alcance da liberdade de decisão e conduta de cada agente, autonomia esta que se encontra fortemente tencionada pela necessidade de recomposição dos inúmeros trabalhos parcelares e de comunicação entre os agentes especializados;
- c) articular conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter interdisciplinar da prática;
- d) maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais (BRASIL, 1999a, p. 7).

A partir da necessidade de um novo perfil de trabalhadores, que agreguem novas competências relacionadas com a inovação, criatividade, trabalho em equipe e autonomia na tomada de decisões, o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica nº 16 de 1999 (Parecer CNE/CEB nº16/1999), que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, aponta para a necessidade de uma formação profissional que supere o enfoque tradicional baseado apenas na preparação para a execução de um determinado conjunto de tarefas, conforme segue:

A educação profissional requer, além do domínio operacional de um determinado fazer, a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões (BRASIL, 1999 b, p.6).

Segundo o documento, o mundo do trabalho está se alterando, pressupondo a superação das qualificações restritas às exigências de postos de trabalho delimitados, o que determina a necessidade de um novo modelo de educação profissional centrado em competências por área:

² Peduzzi, M. Mudanças Tecnológicas e seu Impacto no Processo de Trabalho em Saúde. (Texto elaborado para o Seminário A Formação Técnica em Ciência e Tecnologia em Saúde, na Escola Politécnica, Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 21-22/maio/97).

Torna-se cada vez mais essencial que o técnico tenha um perfil de qualificação que lhe permita construir itinerários profissionais, com mobilidade, ao longo de sua vida produtiva. Um competente desempenho profissional exige domínio de seu ofício associado à sensibilidade e à prontidão para mudanças e uma disposição para aprender e contribuir para o seu aperfeiçoamento (BRASIL, 1999 b, p.6).

Desta forma, a Resolução do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Básica nº4 de 1999 (Resolução CEB nº4/1999), que define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, insere as competências gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível técnico (BRASIL, 1999c). A presente Resolução, em seu artigo 6º, entende por competência profissional,

[...] a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho (BRASIL, 1999c, p.1).

O conhecimento é entendido como **saber**, a habilidade refere-se ao **saber-fazer** relacionado com a prática do trabalho, transcendendo a mera ação motora. O valor se expressa no **saber-ser**, na atitude relacionada com o julgamento da pertinência da ação, com qualidade do trabalho, a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária e outros atributos humanos, tais como iniciativa e a criatividade (BRASIL, 1999b).

Ao inserir o conceito de competência, os estabelecimentos de ensino devem assumir a responsabilidade de atender às diretrizes do Ministério da Educação (MEC), na organização dos currículos de educação profissional, na medida em que exige:

[...] a inclusão de novos conteúdos, de novas formas de organização de trabalho, de incorporação dos conhecimentos que são adquiridos

na prática, de metodologias que propiciem o desenvolvimento de capacidades para resolver problemas novos, comunicar idéias, tomar decisões, ter iniciativa, ser criativo e ter autonomia intelectual, num contexto de respeito às regras de convivência democrática (BRASIL, 1999b, p.27).

Em uma instituição de ensino privado na qual atuei como professora de enfermagem em saúde mental de 2001 a 2005, para auxiliares e técnicos de enfermagem, vivenciei um plano de curso baseada em competências, para “atender às exigências educacionais demandadas pelo mundo do trabalho, os profissionais de enfermagem deverão receber uma formação, constituída por competências gerais e específicas para acompanhar as transformações da área” (SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL, 2001, p.4).

A organização curricular dessa instituição (SENAC) previa a formação do Auxiliar de Enfermagem e do Técnico de Enfermagem em três ciclos distintos, sendo o primeiro constituído por competências gerais comuns aos profissionais da área da saúde, o segundo por competências específicas do auxiliar de enfermagem e o terceiro compondo-se por competências específicas do técnico de enfermagem. Os dois últimos ciclos, elaborados por etapas, por sua vez, divididas em processos (SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL, 2001).

Esta estrutura curricular seguia as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico de 1999, baseada nas resoluções do Decreto nº2.208/1997, para buscar circunscrever o caráter profissional da educação profissional, com uma estrutura curricular baseada em habilidades e competências organizadas em módulos curriculares, cada uma com sua carga horária mínima prevista e término ocupacional para a aquisição do certificado de qualificação profissional.

O plano de curso, conforme é denominado pela referida instituição, tem

por finalidade qualificar pessoas com ampla visão da área de enfermagem, que possam atuar em serviços de saúde públicos ou privados, com uma visão holística da pessoa humana, referenciada a partir do seu ciclo vital, considerando a questão da integralidade e evitando uma abordagem exclusivamente biológica. Busca-se então a valorização especial de práticas preventivas e de autocuidado (SERVIÇO NACIONAL DE PRENDIZAGEM COMERCIAL, 2001).

Este objetivo segue a Resolução CEB nº4/1999 no que se trata da caracterização da Área da Saúde que:

Compreende a promoção da saúde, por meio de ações integradas de proteção e prevenção de educação e de recuperação e reabilitação, referentes às necessidades de saúde individuais e coletivas, com base na adoção de modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar. A atenção e a assistência à saúde abrangem todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual e ecológica (BRASIL, 1999c, p.19).

Porém, apesar da instituição pautar-se sobre a importância da formação integral, de desenvolver habilidades e atitudes como possibilidades de inserção laboral percebemos em uma pesquisa³ realizada nessa instituição sobre as competências do auxiliar de enfermagem, algumas considerações contraditórias em relação aos objetivos do curso e o entendimento do professor – enfermeiro sobre o projeto político pedagógico do Curso de Habilitação Profissional de Técnico de enfermagem e do Curso de Qualificação do Auxiliar de Enfermagem.

Em relação à concepção de formação profissional, os professores acreditam que o aluno deve estar preparado para inserir no mercado de trabalho e estar em sintonia com que o mercado exige, como também de conseguir profissionais que realmente saibam do assunto da aula a ser exposta. Sobre os

³ LINDER, M.E.F.P.; MORENO, V. **Refletindo sobre as competências profissionais**: o que pensam os alunos e professores de um curso de auxiliar de enfermagem. 2004. 12 p. Monografia (Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2004.

principais conhecimentos e valores enfatizados na formação dos alunos, consideram os princípios científicos e exemplos de prática do dia-a-dia e os conhecimentos e práticas específicos para a formação do auxiliar de enfermagem que são organizados por uma Gerência que determina o Plano de Curso para toda a Rede.

Todos os professores entrevistados não tinham conhecimentos sobre o Plano de Curso da instituição, apenas conheciam o rol de competências específicas para cada disciplina que o aluno precisaria atingir no final do ciclo.

Este fato foi por mim vivenciado, quando deparei com as competências que o aluno precisaria atingir na disciplina Assistência de Enfermagem em Saúde Mental I e II, onde estruturei o conteúdo teórico que considerava relevante para o aluno conhecer a partir dos estudos e reflexões que desenvolvi no que se refere ao cuidado a pessoa com sofrimento psíquico, baseado num modelo assistencial desenvolvido no CAPS, procurando atingir as competências específicas exigidas pela instituição.

A partir dessa pesquisa realizada, considerando a minha experiência como professora numa instituição de educação profissional de enfermagem de nível médio e como enfermeira de um Centro de Atenção Psicossocial, tenho refletido sobre a questão das competências como uma possibilidade de orientar o trabalho e até como possibilitar a transformação da assistência à saúde.

Conforme anteriormente citado pelos vários autores sobre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, a mudança dos modelos assistenciais de saúde requer a construção de uma nova consciência, de repensar o campo da saúde não apenas determinado por fatores biológicos, mas resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, enquanto um processo social e de estabelecer formas de trabalho que estejam em sintonia com esse processo visando

à construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário, para a garantia da ruptura do modelo hegemônico atual. Apontam para a construção de uma nova relação entre os sujeitos no modo de assistir, para a garantia de um atendimento integral, acolhedor e com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas.

Também, as Diretrizes Curriculares da Educação Profissional do Nível Técnico estabelecem o **modelo de competência** para a formação profissional como uma forma de garantir uma assistência integral que supere o trabalho fragmentado, repetitivo pelo trabalho polivalente, integrado, em equipe, com flexibilidade e autonomia.

Diante do exposto e frente aos desafios colocados tanto no setor saúde como da educação profissional, consideramos a seguinte questão: Como construir competências na formação de profissionais de enfermagem de nível médio que garantam a transformação no modo de assistir, em direção às ações integrais e profissionais de saúde?

A Resolução CEB nº4/1999, entende a competência profissional como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” e “estabelecem as competências gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível técnico” (BRASIL, 1999c, p.1).

O documento, acima referido, estabelece um total de vinte competências gerais para as áreas profissionais de saúde que deverão subsidiar as competências específicas a serem estabelecidas pelo plano de curso das escolas de educação

profissional de nível técnico.

As DCNAS de 1999 apontam que organizar uma formação profissional a partir de competências é um desafio que apresenta pelo menos dois riscos: o primeiro relaciona-se a conformação do referencial de competências que não pode se restringir a uma lista de itens que precisa ser colocada em prática ou de funções abstratas que sequer caracterize o ofício; o segundo diz respeito à representação sobre a realidade da profissão que raramente “fundamenta-se numa análise de suas práticas concretas, delineando-as apenas a partir de impressões gerais ou apreensões fragmentadas do saber” (BRASIL, 1999a, p.13).

O documento supracitado considera que adotar um conceito de competência é apenas o princípio de uma jornada. Para Perrenoud (1997)⁴, é preciso reconhecer que “um referencial (conjunto estruturado e argumentado de competências profissionais) é uma construção intelectual complexa, freqüentemente coletiva, que se apóia em escolhas, em partidos tomados, em compromissos, num olhar particular sobre a profissão e sua evolução, mas também na formação” (BRASIL, 1999a, p.13).

A partir dos questionamentos acima apontados, elaboramos o **primeiro pressuposto** deste estudo: as competências gerais requeridas para a educação de enfermagem do nível médio constituem-se em um subsídio para a construção de referenciais que atendam as necessidades tanto do trabalhador e do usuário, numa perspectiva de atenção integral, que ultrapasse a ênfase na dimensão técnica - instrumental.

Deluiz (2001) aponta críticas em relação ao referencial de competência adotado nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível

⁴ PERRENOUD, P. A qualidade de uma formação profissional é executada primeiramente em sua concepção (texto de intervenção realizada num encontro organizado pelo COFIEC sobre o tema “qualidade de cuidados médicos”, em Marselha-frança, 21/11/97. Tradução de Elizabeth Maria Speller Trajano, para a SEMTEC/MEC)

Técnico, que se apóia numa visão construtivista, atribuindo maior ênfase aos esquemas operatórios mentais e domínios cognitivos superiores na mobilização de saberes e operacionalmente ela se funda em uma perspectiva funcionalista, ao traduzir as competências enquanto atividades requeridas pela natureza do trabalho. A mesma autora ressalta a confusão conceitual entre competências e habilidades, conforme se observa:

Se, por definição, as competências são operações mentais que articulam e mobilizam os conhecimentos, as habilidades e os valores, as habilidades seriam, então elementos constitutivos das competências. A identificação das competências, das habilidades e das bases tecnológicas, feitas de forma separada, fragmentada, nas matrizes de referência das áreas profissionais, converte-se, portanto, em uma incoerência teórico-metodológica (DELUIZ, 2001,p.5)

Também, em relação aos programas de educação profissional, Deluiz (2001) ainda adverte que, com raras exceções, estes adotam uma perspectiva individualizante, sem a preocupação com a construção de competências que se referenciem ao coletivo dos trabalhadores.

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, desde 2000, com o objetivo de estimular um desenvolvimento profissional continuado da área da enfermagem, revelam a opção por uma formação pedagógica comprometida com o paradigma de Promoção da Saúde, com necessidade de qualificação dos auxiliares de enfermagem e com o estímulo à reflexão, à crítica, à capacidade de atuar de forma fundamentada e transformadora.

Adota, em seu programa, o desenvolvimento de competências que se expressam em situações concretas, de modo que envolva tanto a mobilização de conhecimentos teóricos como de conhecimentos decorrentes de sua vida profissional, “[...] numa abordagem crítica e reflexiva dos conteúdos, a partir da realidade,

do contexto em que as práticas de educação e de saúde se desenvolvem, faz parte das exigências de uma nova atitude profissional comprometida com o coletivo, com a criação de uma sociedade mais humana e igualitária” (BRASIL, 2003b, p.63)

Ao considerar que a competência profissional é uma atitude social, antes de ser um conjunto de conhecimentos, o PROFAE, considera, por tratar-se de profissionais que atuam na área da saúde, a concepção de **competência humana** para o cuidar de saúde-enfermagem.

Estamos falando, portanto de assumir a responsabilidade do cuidado, partindo da concepção de saúde como qualidade de vida, interagindo com o cliente, suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde, e de agir mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes e valores requeridos pelas situações (imprevistas ou não), na promoção/produção eficiente e eficaz do cuidado (DELUIZ et al. 2000, apud BRASIL, 2003b, p.66).

Considerando a educação e a Saúde, como práticas que integram o sistema social, no conjunto das demais práticas da nossa sociedade, repletas por desafios, utilizaremos neste estudo a noção de competência humana apontada por Deluiz et al. (2000, p.7). Para a autora, a competência humana:

Expressa-se fundamentalmente na capacidade de um ser humano cuidar de outro, de colocar em ação os conhecimentos necessários para prevenir e resolver problemas de saúde, mobilizando e disponibilizando tecnologias para o ato de cuidar... Na capacidade de responder satisfatoriamente às necessidades e demandas dos indivíduos e coletividades aos quais assiste, mediante o exercício eficiente do seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, contribuindo para a qualidade de vida dos mesmos (DELUIZ et al., 2000, p.7).

Deluiz (2001) concebe que a noção de competência humana sustenta-se na perspectiva crítico-emancipatória, de caráter multidimensional e polissêmico ancorada em matrizes epistemológicas, que expressam interesses, expectativas e aspirações dos diferentes sujeitos coletivos e que levam em conta a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho, dos contextos macroeconômicos e políticos, as

transformações técnicas e organizacionais, os impactos socioambientais, os laços coletivos, a solidariedade, o valor e a luta dos trabalhadores.

A partir dessa concepção ampliada de competência de Deluiz, elaboramos o **segundo pressuposto** desta pesquisa: a formação de profissionais de enfermagem de nível médio requer competências que envolvem a produção de conhecimentos, de articulações com outros saberes no processo de trabalho, no envolvimento com outros atores e setores do atendimento integral, das relações sociais e civis em termos de cidadania e direitos humanos e de transformação das relações no imaginário social.

Pensar em construir competências humanas multidimensionais requer a desconstrução de relações de trabalho alienadas, para a compreensão do mundo e para a sua transformação e, para isso, há a necessidade de desenvolver uma formação integral e ampliada, articulando a dimensão profissional com a dimensão sociopolítica.

Da mesma forma, no que tange o processo da Reforma Psiquiátrica, Amarante (2003) visualiza a necessidade de pensar na construção cotidiana de uma rede antimanicomial como um processo social complexo que “[...] se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade”(AMARANTE, 2003 p.49).

Cabe ressaltar que Paulo Amarante começa a apontar sobre a complexidade do processo da Reforma Psiquiátrica em 1992, porém, a partir de 1999, mostra a caracterização do processo da reforma psiquiátrica em quatro campos fundamentais: o campo teórico-conceitual, o campo técnico-assistencial, o

campo jurídico-político e o campo sociocultural. Em 2003, o autor amplia o entendimento da RP como um processo social complexo e o configura por múltiplos fatores inter-relacionados articulados por diversas dimensões.

Por considerarmos o processo da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária como processos sociais complexos, tomaremos as dimensões propostas por Amarante (2003) como eixos para a análise das competências profissionais gerais da área da saúde e como pressupostos para as transformações a serem operadas na área da saúde, sendo elas: a dimensão epistemológica ou teórico-conceitual, a dimensão técnico-assistencial, a dimensão jurídico-político e a dimensão sociocultural.

Concebendo as proposições acima levantadas, tendo em vista a complexidade do trabalho em saúde frente às atuais propostas das políticas sociais e as exigências apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Profissional de Nível Técnico, perguntamos: As competências profissionais gerais na Área da Saúde exigidas pelo Conselho Nacional de Educação são suficientes para a formação de profissionais de enfermagem de nível médio? Que referenciais teóricos poderiam subsidiar a construção de competências específicas para a formação do auxiliar e técnico de enfermagem que garantam a construção de conhecimentos, de uma nova prática que atenda as reais necessidades de saúde individual e coletiva?

A fim de contribuir para a construção de competências profissionais na formação de profissionais de enfermagem de nível médio, elaboramos os seguintes objetivos:

1. Identificar e analisar as competências profissionais gerais da área de saúde delineadas pela Resolução CEB nº 4 de 1999, tomando como eixo para a análise as quatro dimensões propostas por Paulo Amarante: epistemológica,

técnico-assistencial, jurídico-político e a sociocultural.

2. Apontar referenciais teóricos para a elaboração de competências específicas na formação de profissionais de enfermagem de nível médio frente às novas propostas de atenção à saúde no atual estágio de implementação do Sistema Único de Saúde.

.

CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O modelo de competência, articulado com a educação profissional de enfermagem de nível médio e os modelos de atenção à saúde, reportados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, fundamentam teoricamente esse estudo que contemplará considerando informações históricas em relação às suas origens, conceitos, práticas, como também a apropriação histórica do conceito no contexto social e político do setor saúde e educação no Brasil.

Para tanto, faz-se necessária a busca de elementos teóricos e orientações legislativas que estão sendo aplicadas ou são propostas para a construção de competências para a formação dos profissionais de enfermagem de nível médio.

2.1 A trajetória da educação profissional de enfermagem: o enfoque nas políticas educacionais de nível médio

A trajetória da educação profissional no Brasil foi marcada, em sua origem, por um caráter assistencialista voltado para os menos favorecidos socialmente. O enfoque assistencialista, segundo Cordão (2001), reconhecia a educação profissional como uma boa alternativa para “tirar o menor da rua” e para “diminuir a vadiagem” (grifos do autor), dando-lhes condições de inserção mais imediata no mercado de trabalho. Por outro lado, também com um enfoque economicista que via esta inserção como ajustamento às demandas do mercado de trabalho.

Cabe salientar que a origem da educação profissional no Brasil tem como característica a separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual, entre os

que pensam e os que fazem, estabelecendo uma nítida distinção entre aqueles que detinham o saber (ensino secundário, normal e superior) e os que executavam as tarefas manuais (ensino profissional) (BRASIL, 1999b).

No caso do ensino de enfermagem moderna, esta característica é bem visualizada em sua origem, com o modelo “nightingale” e com o modelo psiquiátrico francês, este último agregado às questões do tratamento moral.

No modelo “nightingale”, a enfermagem reproduziu a divisão social entre o trabalho manual e intelectual, seguindo a ideologia capitalista, entre duas categorias distintas: a “lady-nurse” e a “nurse”, sendo a primeira de classe social elevada, preparada para o ensino e supervisão do pessoal de enfermagem (trabalho intelectual) e a segunda de classe mais baixa, moradora e trabalhadora do hospital, treinada para a assistência direta aos pacientes (trabalho manual), sob a supervisão da lady-nurse. (ZERBETTO, 2005).

A influência do modelo inglês de “nightingale”, segundo a autora acima citada, influenciou nas primeiras décadas do século XX a Escola de Enfermagem Ana Nery, que apesar de o objetivo ser o de preparar os profissionais enfermeiros para atuarem em saúde pública, os estágios eram realizados nos hospitais.

Quanto ao modelo francês que influenciou a primeira Escola Profissional para Enfermeiros e Enfermeiras, denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, anexado ao Hospício Pedro II, este difere da história inglesa de formação profissional uma vez que o ensino era ministrado pelo médico, responsável pelo processo de educação dos profissionais de saúde. (ZERBETTO, 2005).

Gussi (1987) refere que o processo de aprendizagem desta escola reforçava as habilidades manuais ao invés de uma reflexão crítica entre a teoria e a prática, ou seja, a enfermagem foi utilizada como instrumento para que a psiquiatria

continuasse o seu papel disciplinador e normativo dos “destituídos de razão” (grifo do autor), características do tratamento moral.

Em relação à criação da Escola de Enfermagem Ana Nery, em 1926, ela aparece em um contexto de precária assistência à saúde como também de graves problemas sanitários, com grandes endemias nas cidades portuárias, repercutindo nas exportações e no crescimento econômico do país. Desta forma, houve a necessidade de reformular os serviços de saúde pública, o que passou a exigir um profissional de enfermagem preparado para participar de programas de combate às endemias, cuidar do isolamento dos doentes e fazer o acompanhamento dos contatos (BARTMANN, 1997).

Com o auxílio das enfermeiras americanas trazidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública em convênio com o Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, a Escola de Enfermeiras Ana Néri, como passou a ser denominada, alcança um grande prestígio, levando em 1931, no governo de Getúlio Vargas, à regulamentação do exercício da enfermagem pelo Decreto nº 20.109.12, que também fixou condições para que todas as Escolas de enfermagem se equiparassem à Escola de Enfermeiras Ana Néri, considerada a escola padrão oficial de enfermagem no Brasil (BARTMANN, 1997). Nesse período, conforme a autora, não existia legalmente a profissão de auxiliar e técnico de enfermagem fazendo com que as enfermeiras da Escola Ana Néri preparassem o auxiliar, principalmente pelas necessidades de mão-de-obra para cuidar diretamente dos enfermos. A partir desta forma informal é que surge o auxiliar de enfermagem como parte do quadro profissional de enfermagem.

Apesar da ênfase dos programas de saúde pública nas ações preventivas, na década de 1940, uma nova estrutura econômica e de produção de base industrial

começou a influenciar a prática de saúde e a formação profissional de enfermagem. De uma prática sanitária que respondia às necessidades de uma economia exportadora de matérias-primas, passou a uma prática voltada para as necessidades do indivíduo doente e assim, “a enfermagem científica que nasce eminentemente preventiva, passou a ocupar a rede hospitalar majoritariamente privatista” (BARTMANN, 1997, p.4)

A prioridade começa a ser o setor hospitalar e os auxiliares de enfermagem passam a receber treinamento específico para isso, iniciando a divisão do trabalho de enfermagem no Brasil que se mantém até os dias de hoje (BARTMANN, 1997).

Como resultado dessa situação, houve a condução de uma prática institucionalizada de atenção ao doente. Surgem os hospitais escolas para servir de campo de prática aos alunos de medicina, possibilitando a aprendizagem de outros profissionais de saúde. Esses hospitais incorporam modernas tecnologias de tratamento e adquirem características peculiares e complexas de organização e conseqüentemente reclamam por um maior número de pessoal auxiliar treinado para o cuidado direto, uma vez que as enfermeiras eram solicitadas para as atividades administrativas (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Com o crescimento acentuado do setor hospitalar, no período de 1940 a 1960, a ampliação do mercado de trabalho para a enfermagem torna-se necessária, elevando significativamente os cursos de auxiliar de enfermagem.

Este aumento de profissionais de enfermagem, segundo Zerbetto (2005), deve-se à melhoria do ensino técnico-profissional médio e do ensino superior, no decorrer dos anos de 1950, no sentido de satisfazer a classe social de baixo poder econômico.

Em 1949, as escolas de enfermagem são regulamentadas pelo Ministério da Educação e Saúde, e através da Lei nº 775/1948, fica estabelecido que o ensino de enfermagem compreenda dois cursos: o de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

A partir da referida Lei, o curso de auxiliar de enfermagem é regulamentado pelo Decreto nº 27.426/1949, como ensino profissionalizante, exigindo como pré-requisito o curso primário oficial ou reconhecido e um tempo de duração de 18 meses. Essa característica se manteve até 1961 com a Lei de Diretrizes e Bases que reorganizou o ensino profissional de enfermagem (BARTMANN, 1997; ZERBETTO, 2005)

Em relação ao objetivo do curso de auxiliar de enfermagem, o Decreto nº 27.426/1949 coloca que esse tem por finalidade auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa, com um conteúdo teórico constituído por noções de corpo humano e sua fisiologia, higiene corporal, nutrição e preparo do alimento, enfermagem fundamental e ética. Dispõe sobre a obrigatoriedade de os alunos realizarem estágios em hospitais gerais. Com uma carga horária de 44 horas semanais, incluindo aulas e estágios, fica explícito o aproveitamento desses alunos como mão-de-obra gratuita para os hospitais (DANTAS, 1998; DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Com a regulamentação, o número de cursos de auxiliar de enfermagem avança durante a década de 1950. Segundo Verderese (1980), em 1957 já existiam no Brasil 43 cursos de auxiliar de enfermagem, e o contingente desses profissionais trabalhando no sistema hospitalar era de 32.241 auxiliares contrapondo aos 5.858 profissionais nos serviços sanitários, o que representou 90% do trabalho de enfermagem. Em relação ao profissional enfermeiro e obstetritz, havia 3.549 no

sistema hospitalar e 595 enfermeiros na atenção sanitária, o que mostra o nítido deslocamento do setor preventivo para o curativo.

Percebe-se que na área da saúde, a assistência passa a ser predominantemente curativa. Na década de 1960, o Instituto de Nacional de Previdência Nacional (INPS) passa a ser o grande órgão de sustentação dos serviços hospitalares do governo contribuindo para o maior desenvolvimento da enfermagem no Brasil (BARTMANN, 1997).

O crescimento do pessoal de enfermagem nos serviços de saúde fez com que o exercício profissional fosse disciplinado pela Lei nº 2604/1955. Essa Lei estabeleceu que os auxiliares de enfermagem de nível médio poderiam exercer sua profissão desde que supervisionados pelos enfermeiros. Aos auxiliares de enfermagem, caberiam todas as atividades da profissão, excluídas as de direção de serviços de enfermagem, de ensino, direção de escolas de auxiliares de enfermagem, competências essas exclusivas do profissional enfermeiro (DANTAS, 1998, DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Apesar desses atos legais, as autoras, acima mencionadas, afirmam que o ingresso de trabalhadores de enfermagem não qualificados no mercado de trabalho, continuava a existir. Os mesmos recebiam treinamento no próprio serviço por médicos e enfermeiros quando presentes.

Em 1961, com a ampliação do consumo de bens e em serviços de saúde, ocorre a promulgação da Lei nº 4.021/1961. As Escolas de Enfermagem passam a ser consideradas como nível superior, exigindo como pré-requisito o colegial, como era denominado na época. As escolas de formação de auxiliares de enfermagem são classificadas como nível médio exigindo o curso ginasial. Em 1966, através dos Pareceres do Conselho Federal de Educação nº 171 e nº 224, o Curso Técnico de

Enfermagem é aprovado e a enfermagem passa a três níveis profissionais (ZERBETTO, 2005).

Até a década de 1970, de uma forma geral, a baixa escolaridade da maioria dos trabalhadores não consistia num entrave para a expansão econômica sendo que a formação profissional pouco ou nada avançou além do treinamento em postos de trabalho, num panorama de trabalhadores exercendo tarefas simples, rotineiras. Devido à separação rígida entre planejamento e execução, apenas uma minoria precisava contar com competências em níveis de maior complexidade (BRASIL, 1999 b).

Nesse período, especificamente em 1968, houve a necessidade da formação pedagógica de enfermeiros, através de cursos de licenciatura, como pré-requisito para a docência do ensino médio (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Em 1971, a profissionalização do ensino médio foi delineada como proposta pela LDB nº 5.692/1971 em resposta ao ilusório “milagre econômico” de 1968. Nesse período, o sistema educacional foi remodelado numa visão empresarial, o que significou maior produtividade e eficiência escolar, racionalidade administrativa, reorganização do ensino médio para poder profissionalizar e qualificar o indivíduo com um currículo tecnicista e “desviar” estudantes que buscavam o ensino superior. A reforma educacional caracterizou o ensino de 1º grau como primário e ginásio, com formação geral e sondagem de aptidões e iniciação para o trabalho. Em relação ao ensino de 2º grau (hoje ensino médio), foi constituído pelo colegial e habilitação profissional, em dois níveis – o de técnico e o do auxiliar. Essa lei instituiu a profissionalização em nível de 2º grau (ZERBETTO, 2005).

Amâncio Filho e Almeida (1995), analisando a profissionalização do ensino de 2º grau, pela Lei 5.692/1971, colocam que a proposta não levou em consideração

a infra-estrutura da rede de ensino fazendo com que o ensino ministrado decaísse em qualidade.

Brasil (2003 a) ao abordar sobre a organização dos cursos de nível médio na área de saúde, aponta que a Lei nº 5.692 de 1971, não foi totalmente implantada nas escolas e nos sistemas de ensino. Algumas alternativas foram adotadas para atender à lei, como a criação dos cursos de 2º grau de auxiliares técnicos. Esses cursos não forneciam registro profissional, mas sim escolaridade média e preparação para ocupações específicas. No caso dos alunos que não se enquadravam na faixa etária estabelecida para o ensino regular, dos 7 aos 14 anos, para o 1º grau, e dos 15 aos 18 anos, para o de 2º grau, era designado o ensino supletivo profissionalizante (BRASIL, 2003 a).

No que se refere ao ensino supletivo, o aluno poderia prestar exames de suplência desde que comprovasse dois anos de trabalho na área. Mediante a comprovação, era submetido a uma prova teórica e prática e assim a avaliação se dava fora do processo de aprendizagem. Desta forma, o candidato era avaliado apenas por essas provas. Já no ensino regular havia a qualificação profissional que consistia na formação metódica em cursos, onde os conhecimentos eram estruturados com base aos chamados “conteúdos mínimos profissionalizantes” estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação (BRASIL, 2003 a).

De maneira geral, os cursos de auxiliar e técnico de enfermagem, através da Lei nº 5.692/1971, “[...] passam a integrar o sistema educacional do país em nível de 2º grau e podiam ser oferecidos como cursos regulares: organizados como currículo integrado (educação geral mais educação profissional) ou como supletivo (composto somente de matérias profissionalizantes)” (BAGNATO et al., 2007, p. 283).

Em relação ao curso de auxiliar de enfermagem, Zerbetto (2005) descreve que apesar de a LDB nº 5.692 de 1971 apresentar ao auxiliar, características profissionalizantes, este não foi reconhecido pelo Conselho Federal de Educação como nível de 2º grau, caracterizando-o como uma habilitação profissional parcial e o técnico de enfermagem, em habilitação profissional plena. Em 1977, o Conselho Federal de Educação regulamenta a formação de técnicos e auxiliares de enfermagem, instituindo que o auxiliar de enfermagem fosse preparado em nível de 1º grau.

Devido à desaceleração econômica, a partir de 1974, até o início dos anos de 1980, quando as taxas de crescimento do produto e emprego começam a cair, a política de saúde inicia a atenção às ações básicas de saúde e na organização dos serviços de menor complexidade em detrimento do atendimento hospitalar (BARTMANN, 1997).

Porém, as mudanças mais consistentes tanto nas políticas de saúde quanto na educação ocorrem na década de 1980 com uma profunda crise econômica e em meio a um processo de redemocratização do país.

Nesse mesmo período, especificamente em 1983, existiam no Brasil 81 cursos de graduação em enfermagem, 115 cursos de técnicos de enfermagem e 145 de auxiliares de enfermagem, segundo os dados levantados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) de 1985. Nesse levantamento também foi reconhecido que 43.0000 atendentes estavam atuando na área da saúde sem preparo formal e sem treinamento específico, o que levou à extinção desse quadro profissional pela Lei nº 7498/1986 da ABEn. Em 1987, o Decreto nº 94406 regulamentou a Lei e estabeleceu as competências dos profissionais de enfermagem (DANTAS; AGUILLAR, 1999). De acordo com esse Decreto, fica

estabelecido que o auxiliar de enfermagem desempenhe suas atividades de nível médio, executando tarefas repetitivas e simples no processo de tratamento. Aos técnicos de enfermagem, a competência requerida envolvia atividades de orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participação da assistência de enfermagem. Portanto os auxiliares e técnicos de enfermagem só poderiam exercer suas atividades sob a supervisão dos enfermeiros (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Enquanto as escolas de formação profissional de enfermagem mantinham sua formação centrada no setor hospitalar, o panorama nacional de saúde começava a apontar, através do movimento da Reforma Sanitária, para a necessidade de pensar o trabalho e a formação de profissionais no campo da saúde não apenas determinado por fatores biológicos, mas resultante da complexidade de fatores sociais e econômicos, culturais e políticos (YASUI, 2006). A Reforma Sanitária apresenta como aspectos principais: um conceito abrangente de saúde como direito à cidadania e dever do Estado e a reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela universalidade, integralidade de ações e descentralização (MENDES, 1994).

Assim, o setor Saúde no Brasil, a partir do SUS, adquiriu uma nova concepção na qual as ações de atenção à saúde devem focar a promoção, proteção e recuperação, devendo ser priorizado o caráter preventivo, contrapondo-se à concepção curativa centrada em hospitais.

Com essa nova visão de saúde, determinada pelo SUS, a prática de enfermagem de nível médio precisava ser transformada exigindo uma readaptação do sistema formador, pois os profissionais de nível médio continuavam a ser formados com um currículo ultrapassado, focado em técnicas e procedimentos

curativos.

A educação profissional precisava ser reformulada considerando também as mudanças no mundo do trabalho, a partir dos anos 90. Tais mudanças passam a exigir a superação das qualificações restritas aos postos de trabalho, na busca um profissional competente que desempenhe seu “ofício” com sensibilidade e pronto para mudanças e disposição para aprender e contribuir para o seu aperfeiçoamento. Desta forma, no final de 1996, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases, nº 9.394, o ensino profissional separou-se do ensino médio.

O Decreto nº 2.208/1997, que regulamentou a LDB/1996, possibilitou que os cursos de enfermagem tivessem uma organização própria e independente do ensino médio, permitindo que pudessem ser oferecidos em módulos complementares e seqüenciais, com caráter de conclusão para efeito de qualificação profissional. Os cursos de auxiliar de enfermagem foram operacionalizados em nível de ensino fundamental e os de técnico de enfermagem em nível de ensino médio ministrado concomitante ou posterior a este ensino (BAGNATO et al., 2007).

Desta forma, como apontam as autoras acima, “o curso de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem integraria itinerário de profissionalização do técnico de enfermagem, sendo oferecido como um módulo do curso técnico de enfermagem” (BAGNATO et al., 2007, p.5).

Com as alterações na organização da formação profissional, houve a necessidade de um outro parecer da Câmara de Educação Nacional – Parecer nº 10/2000, para viabilizar o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) o qual foi desenvolvido para a profissionalização dos atendentes de enfermagem. O PROFAE, a partir desse parecer, integra o itinerário de profissionalização do técnico de enfermagem e reconhece que tal curso pode ser

desenvolvido tanto como módulo do curso técnico de enfermagem como curso específico de nível técnico para Qualificação Profissional do Auxiliar de Enfermagem (BRASIL, 2003 a).

Bagnato et al. (2007) apontam que o PROFAE foi considerado um projeto desenvolvido em um período de transição por se tratar de uma emergência, porém os alunos deveriam ser estimulados a cursar o nível médio para dar continuidade, ingressar e concluir o curso de técnico de enfermagem.

Para acompanhar as exigências do Decreto nº 2.208/1997, da Resolução CEB nº 4/1999 e do Parecer nº 10/2000, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN concede aos auxiliares de enfermagem, através da Resolução nº 276/2003, inscrição provisória para o exercício profissional e estipula um prazo de cinco anos para os profissionais se habilitarem como técnico de enfermagem ou ingressarem nos cursos de graduação.

Atualmente a educação profissional do nível técnico está respaldada pelo Parecer CNE/CEB nº16/1999, regulamentado pela Resolução CEB nº 4/1999. Esses documentos, apoiados no Decreto nº 2.208/1997, mantiveram a independência do ensino médio da educação profissionalizante, porém, devido à mobilização de várias entidades ligadas à área de educação profissional, o Decreto nº 5.154 de julho de 2004, revoga o Decreto nº 2.208/1997, e estabelece em seu art. 4, que a educação profissional técnica de nível médio será desenvolvida e articulada com o ensino médio da seguinte forma: “integrada, oferecida somente a quem tenha concluído o ensino fundamental, sendo o curso planejado de modo a conduzir o aluno à habilitação profissional técnica de nível médio, na mesma instituição de ensino, contanto com uma única matrícula para cada aluno” (BRASIL, 2004, p.7). Assim, o curso técnico poderá ser realizado com o ensino médio e com a mesma matrícula

nas instituições.

Segundo Bagnato et al. (2007), o Decreto acima citado, não introduziu mudanças significativas na estrutura profissionalizante, mantendo a lógica e princípios de organização por áreas profissionais e articulação das áreas de educação, trabalho, emprego, ciência e tecnologia para dar continuidade à proposta do itinerário formativo, objetivando a qualificação para o trabalho e a elevação do nível de escolaridade do trabalhador.

O Parecer CNE/CEB nº 16/1999 enfatiza a necessidade de uma permanente atualização das qualificações e habilitações existentes e da identificação de novos perfis profissionais para acompanhar as mudanças aceleradas no sistema produtivo. Segundo o documento, como estratégia para que os cidadãos tenham um efetivo acesso às conquistas científicas e tecnológicas da sociedade, impõe:

A superação do enfoque tradicional da formação profissional baseada apenas na preparação profissional baseada apenas na preparação para a execução de um determinado conjunto de tarefas. A educação profissional requer além do domínio operacional de um determinado fazer, a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões (BRASIL, 1999b, p.6).

Considerando essa concepção de educação profissional, a Resolução CEB nº 4/1999, em seu art. 2º, p.1, estabelece que as diretrizes se caracterizem como “um conjunto articulado de princípios, critérios, definição de competências profissionais gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível técnico” (BRASIL, 1999c, p.1).

O objetivo, como descreve o documento, é romper com a formação fragmentada, baseada no aprender a fazer, uma formação que possibilite aos

profissionais desempenhar com competência as suas funções ocupacionais, desempenhando permanentemente suas aptidões para a vida produtiva (BRASIL, 1999 c).

Avançando a leitura do documento, em seu artigo 3º estabelece sete princípios norteadores para a educação profissional de nível técnico:

- independência e articulação como o nível médio (hoje, integrada e articulado com o ensino médio pelo Decreto nº 5.154/2004);
- respeito aos valores estéticos, políticos e éticos;
- desenvolvimento de competências para a laboralidade;
- flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização;
- identidade dos perfis de conclusão dos cursos e currículos;
- autonomia da escola em seu projeto pedagógico.

Esses princípios, segundo o documento “devem ser contemplados na formulação e no desenvolvimento dos projetos pedagógicos das escolas e demais instituições de educação profissional.” (BRASIL, 1999b, p.19).

De acordo com as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico apontadas pela Resolução CEB nº 4/1999, a legislação incorpora e reorienta a prática pedagógica para a construção de competências.

Atualmente, várias instituições de formação de profissionais de enfermagem tanto pública como privada têm elaborado seu plano de curso baseado em competências, atendendo ao disposto pela LDB 9.394/1996 e pelo Parecer CNE/CEB nº16/1999, sendo o exercício profissional disciplinado pela Lei Federal nº 7.496/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987.

Em relação ao conceito de competência, os documentos, acima citados, apontam para uma formação baseada por competências gerais e específicas que os alunos deverão construir para obter sua certificação profissional tanto para atender às demandas exigidas pelo mundo do trabalho como também para acompanhar as transformações da área da saúde seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde. Alguns planos de curso no que se refere às competências gerais apontam, que os profissionais deverão possuir bom relacionamento, capacidade de observação, iniciativa, flexibilidade, senso crítico, criatividade e as competências específicas, consideram aquelas apontadas pelo exercício profissional.

Para melhor entendimento sobre o modelo de competência adotado pela atual política educacional, iremos a seguir considerar algumas reflexões sobre o tema o qual está sendo utilizado pelos projetos pedagógicos nos estabelecimentos de formação profissional de enfermagem de nível técnico para que possamos construir, a partir das competências gerais requeridas pelos documentos oficiais, as competências específicas para a formação profissional na área da saúde, como também apontar para uma modelo que venha ao encontro das necessárias transformações do setor saúde.

2.2 O modelo de competência: do trabalho à formação profissional

O modelo de competências, um novo paradigma disseminado tanto no mundo do trabalho como no mundo da educação, começa a ser utilizado nos países industrializados, em resposta às dificuldades em integrar seus sistemas educativo e produtivo frente às mudanças no mundo do trabalho que apontavam para a necessidade de um novo perfil de trabalhador (DEPRESBITERIS, 2005).

Deluiz (2001) aponta que, a partir da década de 1980, a Europa e os EUA encontravam-se num contexto de crise estrutural do capitalismo começando a não dar conta do seu estratégico padrão de acumulação e apropriação de riqueza necessitando, assim, de novas concepções gerenciais e de adequação à força de trabalho face às demandas do sistema produtivo numa lógica de recomposição da hegemonia capitalista e das relações capital-trabalho.

Desta forma, o sistema educacional, aliado a outras políticas sociais, assume um papel central na ascensão de diversos países, com o objetivo de readequar a formação profissional às exigências de um novo mercado, de uma nova ordem mundial que emergia dos avanços tecnológicos, científicos e das mudanças do ambiente social e produtivo. Este fato é descrito por vários autores (Deluiz, 1996, Pires e Reis, 1999, Amâncio Filho, 1998), que salientam que a globalização e o neoliberalismo, termos utilizados pela área econômica, a partir da década de 1990, são apresentados e incorporados pela sociedade como uma forma de atender as necessidades sociais, diminuir as desigualdades e favorecer o acesso a serviços de melhor qualidade.

A partir dessa nova concepção de mercado (ou de desenvolvimento econômico) necessário para a construção de uma sociedade mais democrática, o modelo de competência surge como estratégia no mundo empresarial relacionada, “ao uso, controle, formação e avaliação do desempenho da força do trabalho diante das novas exigências postas pelo padrão de acumulação capitalista flexível ou toyotista: competitividade, produtividade, agilidade, racionalização de custos” (DELUIZ, 2001, p.2). Entende-se aqui que o modelo de competência tem caráter extremamente competitivo, colocando o mercado como o grande regulador econômico.

Machado (2002), ao analisar a palavra competência no discurso dos administradores da chamada “economia do conhecimento” (grifo do autor), afirma que nesse contexto não basta dispor de certa tecnologia para aferir lucros, o importante é idealizar produtos que a utilizem adequadamente e penetrem no mercado. Para o autor:

A idéia de competência surge, então, como a capacidade de transformar uma tecnologia conhecida em um produto suficientemente atraente para os consumidores. Trata-se de uma noção extremamente pragmática, que pode ser caracterizada, grosso modo, como a colocação do conhecimento (tecnológico) a serviço das empresas ou de empreendedores, com vistas ao lucro (MACHADO, 2002, p. 140).

Em relação às idéias de competência e de competitividade, Machado (2002) analisa o parentesco semântico dessas categorias. A origem comum de competência e competitividade é o verbo competir (com + petere), que em latim significa buscar junto com, esforçar-se junto, ou pedir junto com, porém, a expressão atingiu um significado de disputar junto com. No entanto, quando a disputa tratar de um bem material junto com alguém, torna-se natural o caráter mútuo da conquista: para alguém ganhar, alguém deve perder. Já, o mesmo não necessita ocorrer quando o que se disputa, ou o que se busca junto é o conhecimento, pois o conhecimento não é um objeto, ele é sempre pessoal (MACHADO, 2002).

Percebe-se, nesse sentido, a importância da readequação do sistema educacional para sustentar uma nova lógica de mercado, como também a implantação de reformas no sistema de formação profissional. A escola começa a debater que papel deverá assumir para atender este novo perfil profissional.

A noção de competência surge contrapondo-se à noção de qualificação, sob o argumento que esta seria incapaz de dar conta da nova realidade, caracterizada pelo trabalho flexível, visto que haveria a necessidade de se romper

com as tarefas simples, rotineiras e prescritas, com intensa divisão técnica do trabalho e com forte vínculo a posse do diploma, características do modelo fordista (FIRMINO; CUNHA, 2006).

Para melhor fundamentar o momento de transição entre o modelo de qualificação para o modelo de competência, é importante considerar que este novo paradigma não só rompe com a especialização, como também com o modelo comportamental requerido pelo trabalhador, como salienta Arruda (2000, p.2): “o silêncio e a fragmentação de tarefas, dão lugar à comunicação e à interatividade”.

Analisando a relevância que adquire a noção de competência frente ao de qualificação, como conceito organizador das relações de trabalho e de reestruturação produtiva, Wiit (2005, p.63) aponta que a qualificação expressa pelo conhecimento especializado, esteve restrita às relações diretas com a formação e com o diploma, sendo que “a certeza do emprego era motivada pela crença na relação linear escolaridade-formação-emprego”.

Porém, com a crise do emprego e a reconfiguração do emprego industrial pela automação, ampliaram-se atividades de serviço, requerendo outro perfil de trabalhador, provocando a crise do valor dos diplomas e das trajetórias lineares de profissionalização. A mesma autora considera que “com essa transposição, o indivíduo evolui de uma lógica de ter (uma qualificação, ter conhecimentos), a uma lógica de ser (ser competente, ser qualificado)” (WITT, 2005, p. 64).

A partir desta nova configuração, da qualificação para a competência, Ramos (2001, p. 283) comenta que “a competência não substitui a qualificação, mas a desloca para um plano secundário, como estratégia ordenadora da relação trabalho-educação”.

Outro aspecto relevante é a que no modelo de competência à certificação,

o diploma deixa de se tornar um elemento de significância no mundo do trabalho. As organizações passam a exigir valores que tenham aplicabilidade nas situações de trabalho.

Em relação aos sistemas de qualificação e de competência, Depresbiteris (2000) elabora críticas em relação ao sistema de competência comparando-o com o da qualificação. Para a autora, num sistema de qualificação, o trabalhador é avaliado com base no seu diploma, num sistema de atividades bem definidas, enquanto no sistema de competência, a preocupação passa para um conjunto de saberes, saber-ser, saber-fazer e saber-agir. Desta forma, na qualificação tem-se muito mais claro o que o trabalhador deve fazer, ficando mais fácil estabelecer o seu poder de negociação; já no sistema de competência, há dificuldades de explicitar o que se espera do trabalhador, uma vez que a competência se refere ao indivíduo e não ao posto de trabalho, remetendo interpretações diferentes pelos trabalhadores.

Nesta linha de análise, na qualificação ocorre uma hierarquia de atividades que servem de referência para salários e negociações dos trabalhadores (coletivas), já a competência, privilegiando um conjunto de saberes individuais, deixa para o trabalhador a responsabilidade de manter-se no emprego ou o acesso ao trabalho ficaria dependente de sua vontade individual, como refere Arruda:

Enquanto a qualificação remete ao posto de trabalho, a competência remete à subjetividade, à multifuncionalidade, à imprecisão. O indivíduo passa a ser remunerado por sua capacidade, por seu desempenho, e não pelo cargo que ocupa. O modelo de competência possibilita instrumentos necessários para efetuar uma ruptura com a noção de posto de trabalho e com o enquadramento e a remuneração conseqüentes, visto que a fragmentação do trabalho já não atende à lógica do novo padrão produtivo, impondo um forte componente de individualização, orientado para a gratificação individual, pelo alcance das metas propostas ou pelo aprofundamento de questões e estudos compatíveis com os interesses e objetivos da organização (ARRUDA, 2000, p.6)

Nesse sentido, fica claro que o modelo de competência, devido aos

aspectos individuais e subjetivos, do saber-ser, do saber-fazer e do saber-agir, descompromete a empresa com os processos de formação e construção das competências, deixando para o trabalhador a responsabilidade de garantir a sua empregabilidade.

Cabe ressaltar, ainda, que, se por um lado o modelo de competência no mundo do trabalho assumiu aspectos menos prescritivos, envolvendo a construção de competências cognitivas que vão além das dimensões técnicas para domínios mais complexos, por outro lado, estes aspectos estarão condicionados pela relação de força e poder nos espaços de trabalho e pelas necessidades da produtividade capitalista (DELUIZ, 2001).

No Brasil, esta configuração de qualificação do trabalhador pela formação de competências começou a ser divulgado oficialmente pelo governo federal a partir de 1995, através de documentos do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) intitulado *Habilidades, questão de competências?* (BRASIL, 1996) afirmando que as instituições de formação profissional procuravam qualificar os alunos para postos de trabalho, chamados de ocupações, que necessitavam de um saber-técnico configurado em conhecimentos, habilidades e atitudes e que hoje tal saber estaria se transformando em decorrência das inovações tecnológicas e das formas de organização do trabalho, com a qualificação dando lugar à idéia de competência (BRASIL, 2003 a).

Ao analisar o modelo de qualificação e competência, pelo documento do MTE, Brasil (2003 a), aponta para as definições desses modelos conforme segue:

O chamado **modelo de qualificação** é identificado, de maneira simplificada, como aquele em que a formação profissional está centrada no que o indivíduo deve saber e, assim, são estabelecidos os conteúdos de um curso e as estratégias para o seu aprendizado, o qual é verificado pela avaliação específica de cada componente curricular. Já o **modelo de competências**, exige a mobilização de diferentes conhecimentos, desempenhos e atitudes, que resultam de

um processo de formação no qual esses elementos se articulem (BRASIL, 1996 apud BRASIL, 2003a, p. 50).

Avançando nas propostas do MTE, que considera que a formação profissional deve ajudar o trabalhador a sobreviver no mundo do trabalho, e não mais no mercado de trabalho, Brasil (2003 a) discute que o documento do MTE considera que o emprego é um artigo em extinção e, para isso, o trabalhador necessita de habilidades básicas, habilidades específicas e habilidades de gestão para garantir a sua empregabilidade.

O documento mostra como habilidades os seguintes significados:

As habilidades são atributos relacionados não apenas ao saber-fazer, mas aos saberes (conhecimentos), ao saber-ser (atitudes) e ao saber-agir (práticas no trabalho), Implicam, pois, em dimensões variadas: cognitivas, motoras e atitudinais (BRASIL, 1996 apud BRASIL, 2003a, p. 51).

Para isso, as habilidades voltadas para a competência do trabalhador devem:

[...] buscar o “aprender a aprender” e o “aprender a pensar” que permite maior autonomia, maior capacidade de resolver problemas novos, de adaptação às mudanças, de superação de conflitos, de comunicação, de trabalho em equipes de decisão ética (BRASIL, 1996 apud BRASIL, 2003a, p.51).

Considerando que a competência é formada ao longo da vida do trabalhador, as habilidades básicas, específicas e de gestão, segundo o documento, devem seguir essa mesma configuração, desenvolvidas em qualquer momento da vida do trabalhador:

As **habilidades básicas** podem ser entendidas em uma ampla escala de atributos, que parte de habilidades mais essenciais como ler, interpretar, calcular até chegar ao desenvolvimento de funções cognitivas que propiciem o desenvolvimento de raciocínios mais elaborados.

As **habilidades específicas** estão estreitamente relacionadas ao trabalho e dizem respeito aos saberes, saber-fazer e saber-ser, exigidas por postos, profissões ou trabalhos em uma ou mais áreas

correlatas.

As **habilidades de gestão** estão relacionadas às competências de autogestão, de empreendimentos, de trabalhos em equipe (BRASIL, 1996 apud BRASIL, 2003a, p. 52).

O modelo de competência apresentado pelo documento deixa claro a exacerbação dos atributos individuais, em detrimento das ações coletivas na construção das identidades nos espaços profissionais, como também a constatação de que o desempenho das atividades laborais tende a perder seu caráter predominantemente manual, rotineiro, exigindo cada vez mais flexibilidade, capacidade de enfrentar desafios e resolver questões emergentes com autonomia (FERRETI, 2003).

A competência seria entendida, nesta perspectiva do documento como:

A capacidade de mobilizar saberes de diversas naturezas (o saber propriamente dito, ou seja, o conhecimento; o saber-fazer, ou seja, a capacidade de aplicar conhecimentos; e finalmente, o saber-ser, ou seja, a capacidade de relacionar-se afetiva e social e ter a disponibilidade afetivo-social para acionar todos esses saberes, tendo em vista a realização de uma atividade que requeira sua articulação) (FERRETTI, 2003, p.329).

Nota-se a pessoalidade como forte componente que caracteriza a idéia de competência. De fato, como cita Machado (2002), as pessoas apresentam-se, vivem, agem, interagem, avaliam, ou são avaliadas como um espectro de competências.

O entendimento das instâncias governamentais para a educação profissional está expresso pelo documento elaborado pelos Ministérios do Trabalho e da Educação: Política para a Educação Profissional: cooperação MEC/MTE de 1995.

Apesar de não ser objetivo de este estudo aprofundar sobre a Política de Educação Profissional do Ministério do Trabalho que foi implantada através do Plano

Nacional de Educação Profissional (Panfor), cabe ressaltar algumas considerações de Deluiz, sobre essa proposta que foi elaborada em cooperação do MEC.

Delluiz, (2001) considera que, embora o Panfor aponte para uma educação profissional de desenvolvimento de habilidades básicas (relacionadas a educação geral), habilidades específicas (definidas como atitudes, conhecimentos técnicos e competências demandadas por ocupações no mercado de trabalho) e habilidades de gestão (compreendidas como competências de autogestão, associativas e de empreendimento), a autora visualiza que na prática dos cursos de qualificação profissional ocorre a desarticulação entre as habilidades e a ênfase nos aspectos comportamentais e atitudinais relacionados ao trabalho, em detrimento dos saberes relacionados à educação geral e dos conhecimentos específicos mais aprofundados de uma determinada profissão e articulação.

Para a autora, com raras exceções, “os programas de educação profissional implementados adotam uma perspectiva individualizante, sem preocupação com a construção de competências que se referenciem ao coletivo dos trabalhadores” (DELUIZ, 2001, p.6).

Diante do exposto, acima referendado, cabe considerar como o modelo de competência foi adotado para a educação profissional do nível técnico pelo Parecer nº 16 CNE/CEB de 1999 e como a Resolução CEB nº 4 de 1999 operacionaliza as competências para a sua efetivação nas escolas profissionalizantes de ensino médio.

2.3 O modelo de competência na política da educação profissional de nível técnico

A política educacional no Brasil começou a orientar o ensino sobre o enfoque das competências profissionais pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9.394/96, regulamentado pelo Decreto Federal nº 2.208/1997.

Como anteriormente citado, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico estão consolidadas pelo Parecer CNE/CEB nº 16/1999 e pela Resolução CNE/CEB nº 4, de dezembro de 1999 sendo revista pelo Decreto nº 5.154/2004.

Em se tratando da Resolução nº 4 de 1999, objeto do nosso estudo, em seu parágrafo único do art.1º, considera a educação profissional “integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, onde objetiva, garantir ao cidadão o direito ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e social” (BRASIL, 1999 c, p.1).

Essa concepção de educação profissional segue as propostas da Lei Federal nº 9394/1996, em seu artigo 39, que apresenta o novo paradigma para a Educação Profissional, que deve conduzir o cidadão ao desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia (CORDÃO, 2001).

Para Cordão (2001), esse novo enfoque de educação profissional propõe superar o entendimento tradicional de educação profissional como instrumento de uma política assistencialista, ou mesmo como linear ajustamento às demandas do mercado de trabalho em que a Escola Técnica era essencialmente uma opção para aqueles que necessitavam ingressar precocemente na força de trabalho, não tendo

condições de aguardar uma formação profissional mais ampla em um curso superior.

A presente Resolução CEB nº 4/1999, em seu art. 2 refere, que os sistemas de ensino e as escolas, ao organizarem seus cursos técnicos, deverão seguir as diretrizes estabelecidas pela resolução, isto é, seus princípios, critérios, a definição de competências gerais do técnico por área profissional e os procedimentos a serem observados (BRASIL, 1999c).

Desta forma, no art. 5º, enfatiza a necessidade de o nível técnico ser organizado por áreas profissionais, que incluem suas respectivas caracterizações, competências profissionais gerais e cargas horárias mínimas para cada habilitação.

Em relação à noção de competência profissional, em seu art. 6º, p. 1, entende como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999 c, p.1).

No parágrafo único deste artigo, considera as competências requeridas pela educação profissional pela natureza do trabalho, sendo elas:

- I - competências básicas, constituídas pelo ensino fundamental e médio
- II - competências profissionais gerais, comuns aos técnicos de cada área;
- III- competências profissionais específicas de cada qualificação ou habilitação (BRASIL, 1999c, p.2).

A noção de competência adotada pelo documento atende ao Parecer CNE/CEB nº 16/1999, o qual reconhece que o conceito de competência vem recebendo diferentes significados, nem sempre suficientemente claros para orientar a prática pedagógica das escolas, mas adota por competência profissional e para efeito do parecer o conceito de competência acima referendado esclarecendo que:

O conhecimento é entendido como muitos denominam de

simplesmente saber. A habilidade refere-se ao saber fazer relacionado com a prática do trabalho, transcendendo a mera ação motora. O valor se expressa ao saber ser, na atitude relacionada com o julgamento da pertinência da ação, com a qualidade do trabalho, a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária e outros atributos humanos, tais como iniciativa e a criatividade (BRASIL, 1999b, p.26).

Desta forma, o Parecer CNE/CEB nº 16/1999 julga necessário que, para o desenvolvimento de competências específicas, para cada qualificação ou habilitação profissional, vários princípios devem ser assegurados na organização institucional e curricular. Entre os expressos pelo documento, destacam: o respeito aos valores estéticos, políticos e éticos; o desenvolvimento de competências para a laborabilidade; a flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização; a identidade dos perfis profissionais e autonomia da escola. Esses princípios constam no art. 3º da Resolução CEB nº 4/1999.

Cabe neste momento considerar como o Parecer CNE/CEB nº 16/1999 estabeleceu esses princípios para que possamos compreender a noção de competência adotada pela Resolução CEB nº 4 que delineou as competências gerais para a educação profissional de nível técnico.

Segundo o Parecer CNE/CEB nº 16/1999 **o respeito pelos valores estéticos, políticos e éticos** são princípios regidos pela estética da sensibilidade, política da igualdade e ética da identidade.

A **estética da sensibilidade** diz respeito ao fazer humano à prática social, isto é, relacionada com os conceitos de qualidade e respeito ao cliente, o que exige o desenvolvimento de uma cultura do trabalho centrada tanto pela busca do trabalho bem feito na prestação de serviços, como pelo respeito ao outro que contribua para a expansão da sensibilidade, imprescindível ao desenvolvimento pleno da cidadania. Os currículos inspirados na estética da sensibilidade, como aponta o documento,

são mais prováveis de contribuir para a formação de profissionais que, além de tecnicamente competentes, percebam na realização de seu trabalho uma forma concreta de cidadania (BRASIL, 1999b).

No que se trata da **política da igualdade** na educação profissional, o Parecer CNE/CEB nº 16/1999, considera que este valor se situa na conjunção do direito à educação e do trabalho. Apresenta a política da igualdade no processo de universalização, o direito de todos à educação para o trabalho, de ganharem sua própria subsistência e com isso alcançarem dignidade, auto-respeito e reconhecimento social, que rompam com as relações hierarquizadas para o trabalho em equipe, pela solidariedade e companheirismo.

A política da igualdade nega todas as formas de trabalho que atentam contra a vida e a dignidade. Numa visão prospectiva, o Parecer CNE/CEB nº 16/1999, p.23 considera que “a política da igualdade deve tornar pauta de toda instituição ou programa de preparação profissional que na sociedade da informação a divisão entre o trabalho manual e intelectual, entre concepção e execução tende a desaparecer ou assumir outras formas”. Neste sentido, um mesmo profissional é convocado tanto para ser criativo como para ser operativo.

A **ética da identidade**, por sua vez, tem como objetivo a constituição de competências que possibilitem aos trabalhadores terem maior autonomia para gerenciar a sua vida profissional. A idéia é substituir os trabalhadores autômatos para trabalhadores autônomos que possam trabalhar em equipe, o que permite torná-los responsáveis “pelo resultado perante e com a sua equipe de trabalho, e diante do cliente, de sua família, da comunidade próxima e da sociedade” (BRASIL, 1999b, p.25).

O documento acima citado esclarece que o conceito de competência

subentende o princípio ético de identidade, conforme trecho abaixo:

[...] a competência não se limita ao conhecer, mas vai além porque envolve o agir numa situação determinada: não apenas saber, mas saber fazer. Para agir competentemente é preciso acertar no julgamento da pertinência ou seja, posicionar-se diante da situação com autonomia para produzir o curso de ação mais eficaz. A competência inclui o decidir e agir em situações imprevistas, o que significa intuir, pressentir e arriscar com base na experiência anterior e no conhecimento (BRASIL, 1999b, p.26).

O documento ainda reconhece que:

Ser competente é ser capaz de mobilizar conhecimentos, informações e até mesmo hábitos, para aplicá-los, com capacidade de julgamento, em situações reais e concretas, individualmente e com sua equipe de trabalho (idem).

Em relação aos princípios específicos, para a implementação de uma nova estrutura para a educação profissional, o Parecer CNE/CEB nº 16/1999 considera para as competências: a laborabilidade; a flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização; identidade dos perfis profissionais; atualização permanente dos currículos e autonomia da escola.

Na perspectiva das **competências para a laborabilidade**, ao adotar o conceito de competência profissional anteriormente citado da Resolução nº 4/1999, o Parecer nº 16/1999 enfatiza sobre a necessidade de se entender o conceito de competência, “como capacidade pessoal de articular os saberes (saber, saber-fazer, saber-ser e conviver) inerentes a situações concretas de trabalho” (BRASIL, 1999b, p.27).

A partir desse conceito de competência, entendida como um saber operativo, dinâmico e flexível, capaz de guiar desempenhos num mundo em constantes mudanças e permanente desenvolvimento, amplia a responsabilidade das instituições de ensino em proporcionar “o desenvolvimento de capacidades para

resolver problemas novos, comunicar idéias, tomar decisões, ter iniciativa, ser criativo e ter autonomia intelectual, num contexto de respeito às regras de convivência democrática” (BRASIL, 1999b, p.27).

O **princípio da flexibilidade** está diretamente ligado ao grau de autonomia das instituições de ensino. Segundo o documento, o Parecer Conselho Federal de Educação nº 45/1972, estava sujeito a currículos padronizados, com matérias obrigatórias e tratadas como disciplinas. Desta forma, com a flexibilidade, como princípio norteador da educação profissional, proporciona às escolas de formação profissional a liberdade de estruturar um plano de curso contextualizado com a realidade.

O Parecer CNE/CEB nº 16/1999 estabelece que a organização curricular, deverá focar as competências profissionais gerais do técnico e construir as competências específicas para cada perfil de conclusão em função das demandas individuais, sociais, do mercado, das particularidades locais e regionais, da vocação e da capacidade institucional da escola. O documento considera que “a flexibilidade permite ainda a agilidade da escola na proposição, atualização e incorporação de inovações, correção dos rumos, adaptação às mudanças, buscando contemporaneidade e a contextualização da educação profissional” (BRASIL, 1999b, p.28). Aponta também para a individualidade dos alunos, para que eles construam itinerários próprios, segundo seus interesses e possibilidades, não só na fase da profissionalização, mas também no processo de educação continuada.

De acordo com o Parecer, uma forma de flexibilizar os currículos seria através de módulos (conjunto didático-pedagógico), organizados sistematicamente para o desenvolvimento de competências que se pretendem desenvolver.

A flexibilidade na organização curricular requer a busca de formas

integradoras de estudos de diferentes campos, ou seja, numa visão interdisciplinar, de modo a romper com a segmentação e com o fracionamento com vista à atuação integral no desempenho profissional (BRASIL, 1999b).

No que se trata do princípio **identidade dos perfis profissionais**, o documento aponta para a polivalência profissional, entendida como um atributo que um profissional deverá possuir para superar os limites de sua ocupação e poder transitar para outros campos ou ocupações da mesma área profissional. Um profissional polivalente subentende que tenha adquirido competências transferíveis, ancoradas em bases científicas e tecnológicas, que transcendam a fragmentação de tarefas e compreendam o processo global de produção, possibilitando até sua transformação (BRASIL, 1999b).

Para isso, o Parecer CNE/CEB nº 16/1999 aponta para a construção de currículos que garantam o desenvolvimento das competências gerais, apoiadas em atributos humanos, tais como criatividade, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa e capacidade de monitorar desempenhos. Para a definição do perfil profissional de conclusão, a escola utilizará dos referenciais curriculares por área profissional e dos planos de cursos já aprovados para outros estabelecimentos divulgados pelo MEC.

Pelo **princípio da autonomia da escola**, o documento se apóia no estatuto da convivência democrática, em que o processo de elaboração, execução e avaliação do projeto pedagógico deverá contar necessariamente com a participação de todas as pessoas da comunidade escolar. Do projeto político - pedagógico escolar devem decorrer os planos de trabalho dos docentes, atentando para as características regionais e locais e para as demandas dos cidadãos. Outra questão importante apontada neste princípio, é que “a escola deverá explicitar sua missão

educacional e concepção de trabalho, sua capacidade operacional e as ações que concretizarão a formação profissional e do cidadão, bem como o desenvolvimento dos docentes” (BRASIL, 1999b, p.31).

De acordo com o conceito de competência e dos princípios norteadores acima abordados para a educação profissional do nível técnico, a Resolução CEB nº 4/1999, no que trata da área profissional saúde, estabelece a caracterização e as competências profissionais gerais do técnico para a área.

A caracterização da área saúde é compreendida pela Resolução como:

[...] ações integradas de proteção e prevenção, educação, recuperação e reabilitação referentes às necessidades individuais e coletivas, visando a promoção da saúde, com base em modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico hospitalar. A atenção e a assistência à saúde abrangem todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica – e são desenvolvidas por meio de atividades diversificadas, dentre as quais biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, nutrição, radiologia e diagnóstico por imagem, reabilitação, saúde bucal, saúde e segurança no trabalho, saúde visual e vigilância sanitária. As ações integradas de saúde são realizadas em estabelecimentos específicos de assistência à saúde, tais como postos, centros, hospitais, laboratórios e consultórios profissionais, e em outros ambientes como domicílios, escolas, creches, centros comunitários, empresas e demais locais de trabalho (BRASIL, 1999c, p.19).

As competências profissionais gerais do técnico da área da saúde, como proposta de subsidiar as competências específicas a serem definidas pela instituição de ensino para completar o currículo, em função do perfil profissional de conclusão da habilitação profissional de técnico, exigidas pela Resolução CEB nº4/1999, p.19, são as seguintes:

- Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.
- Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente.
- Identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe de trabalho.
- Planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de

qualidade.

- Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.
- Aplicar normas de biossegurança.
- Interpretar e aplicar a legislação referente aos direitos dos usuários.
- Aplicar princípios e normas de higiene e saúde pessoal e ambiental.
- Identificar e aplicar princípios e normas de conservação de recursos não renováveis e de prevenção do meio ambiente.
- Aplicar princípios ergonômicos na realização do trabalho.
- Avaliar riscos de iatrogenias, ao executar procedimentos técnicos.
- Interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta profissional de saúde.
- Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos.
- Operar equipamentos próprios do campo de atuação, zelando pela sua manutenção.
- Registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com as exigências do campo de atuação.
- Prestar informações ao cliente, ao paciente, ao sistema de saúde e a outros profissionais sobre os serviços que tenham sido prestados.
- Orientar clientes ou pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde.
- Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação.
- Utilizar recursos e ferramentas de informática, específicos da área.
- Realizar primeiros socorros em situações de emergência.

Percebe-se pela Resolução CEB nº 4/1999, que as competências gerais delineadas, seguem os princípios norteadores no que se refere ao respeito aos valores estéticos políticos e éticos, ao desenvolvimento de competências para a laborabilidade, a flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização, como também está de acordo com o art. 4 do documento, quanto ao respeito no atendimento às demandas dos cidadãos, do mercado e da sociedade.

Deluiz (2001), ao analisar a noção de competências propostas nos Referências Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico do Ministério da Educação (2000), considera que esta se aproxima de uma visão construtivista ao compreender as competências como citada no trecho abaixo descrito:

[...] enquanto ações e operações mentais (que) articulam os conhecimentos (o “saber”, as informações articuladas operatorialmente), as habilidades (psicomotoras, ou seja, o “saber-fazer” elaborado cognitivamente e sócio-afetivamente) e os valores, as atitudes (o “saber ser”, as predisposições para decisões e ações, construídas a partir de referenciais estéticos, políticos e éticos) constituídos de forma articulada e mobilizados em realizações profissionais com padrões de qualidade requeridos, normal ou distintamente, das produções de uma área profissional (DELUIZ, 2001, p.5)

A referida autora esclarece que a matriz construtivista, de origem francesa, tendo um dos seus principais estudiosos e pesquisadores, Bertrand Schwartz, busca a construção de competências não só a partir da função ou setor ou empresa, que está vinculada ao mercado, mas concede igual importância às percepções e contribuições dos trabalhadores diante de seus objetivos e potencialidades, em termos de sua formação. A abordagem construtivista tem como um dos princípios a busca do coletivo, tanto para a análise do trabalho em suas relações com o contexto, quanto à capacitação individual, dentro de uma visão coletiva.

De certa forma, como considera Deluiz (2001, p. 8), a abordagem

construtivista apresenta pontos de positividade ao “atribuir importância não só a constituição de competências voltadas para o mercado, mas direcionadas aos objetivos e potencialidades do trabalhador; ao considerar o trabalho em suas relações contextuais e buscar a construção de competências coletivas; ao possibilitar a transposição das competências investigadas contextuais no processo de trabalho mediada por uma concepção pedagógica”. Porém, por outro lado, a autora analisa que para os construtivistas, a construção do conhecimento é considerada como um processo individual, subjetivo, numa perspectiva naturalista de aprendizagem, sem enfatizar o contexto social para além da esfera do trabalho no processo de formação dos sujeitos. Assim, a concepção de autonomia fica limitada à sua dimensão individual, focada no mundo do trabalho minimizando sua dimensão sociopolítica.

Coll (1994 e 2000) já considerava que a perspectiva construtivista da ação pedagógica pressupõe criar condições adequadas para que os esquemas de conhecimento sejam construídos pelos estudantes, ou seja, a concepção construtivista tem como finalidade última a intervenção pedagógica para que o aluno desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo. Nesse sentido, aprender sozinho contribuiria para o aumento da autonomia do indivíduo, enquanto o aprender pelo processo de transmissão do conhecimento por outra pessoa não produziria autonomia, pelo contrário, até seria um obstáculo para a aprendizagem (DUARTE, 2001).

Deluiz (2001) aponta para o entrave no qual a noção de competência adotada nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, estar ancorada em uma concepção construtivista, por se atribuir maior ênfase aos esquemas operatórios e mentais e aos domínios cognitivos superiores na

mobilização dos saberes. Para a autora, operacionalmente o construtivismo se funda numa perspectiva funcionalista, ao traduzir as competências em perfis que descrevem as atividades requeridas pela natureza do trabalho.

De fato, a Resolução CEB nº 4/1999, ao operacionalizar as competências gerais requeridas por área profissional, descritas em um rol de atividades a ser observada pelo estabelecimento de ensino profissionalizante, deixa clara sua concepção funcionalista, pois descreve os produtos e não os processos, importando com os resultados e não como se fazem as coisas e por isso, “descrevem-se as funções em unidades de competências e estas em elementos de competências, seguindo o princípio de descrever em cada nível o produto esperado” (DELUIZ, 2001, p.7).

Deluiz (2001) ainda adverte para o risco da identificação das funções/atribuições abrangentes que caracterizam o processo de produção em cada área profissional definindo as subdivisões, atividades específicas, dentro do processo produtivo em cada área profissional, como aponta no seguinte trecho:

[...] o detalhamento e a especificação de subfunções que se desdobram em novas subfunções pode levar ao risco de, ao final do processo, as competências se reduzirem a um elenco de tarefas a serem realizadas ou condutas a serem evidenciadas, aproximando-se de uma perspectiva condutivista. (DELUIZ, 2001, p. 5).

Trazendo estas considerações para a educação profissional na área da saúde de nível médio, a construção de competências, adotada pelo MEC referenciada por atributos individuais, estabelecidas por categorias profissionais, reduz as dimensões coletivas e sociais, tornando-se incoerente frente aos princípios do SUS.

A Política de Recursos Humanos para a Área da Saúde do Ministério da Saúde estabelece que a promoção da saúde é o resultado de um conjunto de

atividades de processos e recursos de origem governamental, institucional e comunitária. Para isto, há a necessidade de formar profissionais ativos, na prevenção, diagnóstico precoce, recuperação e reabilitação, para dar factibilidade, coerência, viabilidade e capacidade de dar resposta aos problemas que se propõem a resolver e superar (BRASIL, 1999d).

Deluiz (2000), entendendo que antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais, a competência é uma atitude profissional, cabe aos profissionais de saúde construir a competência humana como:

[...] um ser humano cuidar de outro, de colocar em ação os conhecimentos necessários para prevenir e resolver problemas de saúde, mobilizando e disponibilizando tecnologias para o ato de cuidar... Na capacidade de responder satisfatoriamente às necessidades e demandas dos indivíduos e coletividades aos quais assiste, mediante o exercício eficiente do seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, contribuindo para a qualidade de vida dos mesmos (DELUIZ et al., 2000, p.7).

Segundo Deluiz (2001) a competência humana aproxima-se de uma abordagem crítico-emancipatória, que pretende não só re-significar a noção de competência que apenas atenda aos interesses dos trabalhadores, mas também apontar princípios norteadores para a investigação dos processos de trabalho, para a organização do currículo e para uma proposta de educação profissional ampliada. Neste sentido, a concepção crítico-emancipatória, como cita a autora, fundamenta-se no pensamento crítico-dialético que considera a dimensão social da construção do conhecimento, entendendo a relação entre os homens com o mundo como fundamentais para a emancipação das relações de trabalho alienadas, para a compreensão do mundo e para a sua transformação.

Novas propostas nos modos de cuidar e de acompanhar a saúde individual e coletiva têm provocado repercussões no modo de ensinar e aprender;

porém superar o enfoque descontextualizado das questões sociais e a forma disciplinar do ensino, focado na transmissão de conhecimentos específicos, ainda é uma questão complexa, que exige mudança de conceitos, de posturas, de espaços e de relações institucionais.

Este debate está muito presente no processo da Reforma Psiquiátrica que questiona a relação profissional-instituição-sujeito buscando romper com as relações de poder, de sujeito-objeto, centrado na doença, para uma relação de possibilidade de trocas, de cuidado, de cidadania e de responsabilidade para com o sofrimento humano.

Apesar do eixo de análise deste estudo ser o processo da reforma psiquiátrica, a questão apontada acima, vale para qualquer ação em saúde, pois falar de saúde mental, de competências a serem construídas pelos profissionais de enfermagem, desvinculados de outras áreas da saúde, mais uma vez correríamos o risco de cair na fragmentação, na especialização, pois o que buscamos é a integração das disciplinas, da rede de serviços prestadores de cuidados e de uma prática interdisciplinar consistente e ética.

A seguir, buscaremos referenciais teóricos no campo de atenção da saúde mental para que possamos delinear as competências a serem construídas na formação de profissionais de enfermagem de nível médio.

2.4 O campo de atenção da saúde mental na formação de profissionais de enfermagem de nível médio

Dentro do campo da atenção da saúde mental, não temos a pretensão de

apresentar as transformações que ocorreram no bojo da reforma psiquiátrica brasileira, seus antecedentes teóricos e o processo de reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, pois este não é objetivo deste estudo. O interesse é o de nos reportar aos aspectos do modelo da reforma psiquiátrica, que nos traz subsídios para a constituição de competências específicas para a formação e atuação de profissionais de enfermagem de nível médio.

Tomamos como ponto de partida que, com a desospitalização dos pacientes, o fim dos muros e a abertura de dispositivos de assistência extra-hospitalares, a loucura começa a trocar espaços de fala com a sociedade por meio das associações de usuários, nas assembléias nos serviços, nas residências terapêuticas, nas cooperativas de trabalho e entre outros, pela reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico. Porém, o que se encontra atualmente e que tem sido discutido por diversos autores e pensadores da reforma psiquiátrica, é que com a substituição do manicômio por outros espaços de assistência ao portador de sofrimento psíquico, o movimento da luta antimanicomial se dissipou, estando os sujeitos desse processo apáticos como se conformados com a construção dos serviços de saúde mental. Lembramos apenas que o ideário da Reforma transcende qualquer espaço, visto que o que se busca é uma reflexão e dinamismo presente em todos os locais de atendimento.

A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e a Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que considera os Centros de Atenção Psicossocial como serviços ambulatoriais seguindo uma lógica de território, sem dúvida, constituíram um grande marco de conquista política social na reestruturação

do modelo da reforma psiquiátrica no Brasil.

Atualmente, novas práticas assistências foram construídas, aprendemos novas formas de cuidar, sem muros; há espaço para tolerâncias, não precisamos mais de paredes para conter a loucura, estamos, nós profissionais, entranhados nestes novos serviços; criamos novas regras, mas o que está difícil de desmontar são as instituições.

Tentando entender este processo, utilizaremos algumas reflexões de Paulo Amarante (2003) em relação ao enfoque que se tem dado à reforma psiquiátrica e ao seu conceito. No sentido de construção de uma concepção de reforma que supere a noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial, Amarante (1994, p. 43) aponta a Reforma psiquiátrica como:

[...] um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visem transformar a relação da sociedade para com a doença. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no saber médico-psiquiátrico até as práticas sociais em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais.

Nesse entendimento, Amarante (2003) considera que a reforma psiquiátrica é um processo, um movimento permanente de constante inovação de sujeitos, conceitos e princípios, um *processo social complexo* (grifo do autor) que reconhece a existência de atores sociais envolvidos com interesses em constantes conflitos e com negociações, articulados em diversas dimensões, que não permitem nenhum método cognitivo ou teoria para que se possa compreender a complexidade e a totalidade do processo.

Pensando nisso, Amarante (2003) considera quatro dimensões de reflexões: a epistemológica, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural, a seguir analisadas.

A primeira, a dimensão epistemológica, ou teórico conceitual, situa-se na

produção dos saberes, dos conhecimentos que nos faz remeter ao próprio conceito de ciência, de verdade, até mesmo, os construídos especificamente pela psiquiatria, como o conceito de *doença mental, de isolamento terapêutico, tratamento moral, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura*, (grifo do autor) entre outros.

Em relação a esta dimensão, Amarante (2003) se reporta para a amplitude do termo desinstitucionalização, a partir de uma desconstrução de saberes e considera a definição de Derrida (1990):

Um gesto a um só tempo estruturalista e antiestruturalista: desmonta-se a edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto (...). A desconstrução enquanto tal na se reduz nem a um método (redução simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica, da própria idéia crítica. É por isso que não é negativa, ainda que muitas vezes, apesar de tantas preocupações, a tenham interpretado assim. Para mim, ela acompanha sempre a exigência afirmativa; diria até que ela não acontece jamais sem amor...⁵

Neste ponto, avalia a importância de não restringir o termo desinstitucionalização tão somente pela reestruturação técnica de serviços, de novas e modernas terapias, mas de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas. Considera que se os conceitos da psiquiatria, como o da doença, forem submetidos ao processo de desconstrução, pois “podemos supor que as relações entre as pessoas envolvidas serão também transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços” (AMARANTE, 2003, p. 50).

Para a segunda dimensão, **a técnico-assistencial**, o autor traz a questão do modelo assistencial embasado na tutela, na custódia, na disciplina, na vigilância, onde a institucionalização se torna legítima e imperativa. Desta forma, o hospital psiquiátrico legitima-se como o local para o tratamento da moral, da disciplina, na punição corretiva, no trabalho terapêutico, em que o louco seria incapaz de decidir

⁵ DERRIDA, J. (1990). Entrevista. In. Filosofias – entrevistas de Le Monde, p. 71-82. São Paulo: Ática

pelo seu tratamento. O isolamento e a alienação passam a ser estratégias de intervenção, que possibilitam a observação do “objeto em seu estado puro” (grifo do autor) e a reeducação moral, como Philippe Pinel visualizava, a questão da alienação como uma forma para o doente mental voltar a exercer sua cidadania.

O isolamento forneceu condições de possibilidades para a observação sistemática e contínua, onde o sujeito foi colocado entre parênteses, passando a valorizar a doença e o sintoma. Com o sujeito entre parênteses, funda-se a clínica, a doença enquanto fenômeno institucionalizado e transformado pelo efeito da própria institucionalização (AMARANTE, 2003). Neste sentido, o autor aponta que a desconstrução desta prática clínica tem sido o aspecto fundamental para o processo da reforma psiquiátrica, ocorrendo a necessidade de se reinventar a clínica como construção de possibilidades, de subjetividades, de responsabilidades, de cuidado para com o sofrimento humano.

A outra dimensão de interesse para a Reforma Psiquiátrica diz respeito ao campo **jurídico-político**, que relaciona a loucura à periculosidade, incapacidade, irracionalidade e irresponsabilidade civil, incapacitando os sujeitos em estabelecer trocas sociais, o que se relaciona à quarta dimensão, **a sociocultural** que expressa o maior objetivo da reforma psiquiátrica, ou seja, a transformação do lugar social da loucura, sendo o aspecto estratégico o “conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura” (AMARANTE, 2003, p.53).

A partir das considerações acima estabelecidas por Amarante sobre o complexo processo da reforma psiquiátrica, fica claro que, colocando em cheque os paradigmas científicos do campo do saber psiquiátrico e, ao mesmo tempo, apontando para novas estratégias de transformação da prática assistencial

hospitalar para um cuidado em território, desafiando as relações entre o conhecimento e o objeto, há a necessidade da mudança na formação dos profissionais da saúde.

Silva e Tavares (2003, p. 294) apontam que estas novas tendências em relação ao trabalho em saúde mental fazem com que este se torne interdisciplinar, indeterminado, complexo, flexível, criativo, singular e crítico. Para estes autores, “a natureza deste trabalho reveste-se de imprevisibilidade, em que o trabalhador não só tem que fazer escolhas, mas criar soluções individuais ou coletivas para enfrentar os problemas postos pelo cotidiano da atenção psicossocial”.

Desta forma, é inevitável a construção de competências na formação de profissionais de saúde, que considerem a amplitude de se trabalhar, ou melhor, de exercer uma prática-social, de tecer intervenções técnicas articuladas e integradas em parceria com outras instituições como a de saúde, educação, comunitárias, jurídicas entre outras (SILVA; TAVARES, 2003).

Pensando em uma formação que contribua para a construção de competências profissionais específicas, que possibilitem uma prática assistencial centrada no cuidado, a concepção crítico-emancipatória seria instrumento de articulação das ações nos diferentes espaços frente à complexidade de problemas da realidade.

A formação de profissionais na área de saúde deve buscar contemplar as ações de saúde mental, haja vista que a busca pela integralidade do cuidado tem como objetivo atender a pessoa em suas múltiplas dimensões. Atualmente é preciso que o processo ensino-aprendizagem esteja articulado aos serviços de saúde, para que o aluno possa aprender com a realidade concreta como também possibilitar aos profissionais de saúde uma troca constante, viabilizando também sua capacitação.

Pensar em ensinar e aprender de forma dinâmica permite que se construa uma teia onde as tensões do cotidiano admitam um novo olhar para as experiências a serem vividas por todos os comprometidos nesse processo em construção: instituições formadoras, profissionais dos serviços de saúde, gestores e com a participação popular.

CAPÍTULO 3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Ao relacionar o tema competência profissional na educação profissional de nível técnico na área da saúde, dispomos de grandes possibilidades de investigação, mas para realizar uma pesquisa de mestrado precisamos focalizar aquilo que é realmente significativo para o estudo em questão.

A competência profissional tem papel fundamental na efetivação da proposta de formação educacional, pois é responsável por clarificar as capacidades, habilidades, conhecimentos e atitudes, para o exercício profissional no campo da enfermagem de um modo geral e na área da saúde mental, além de subsidiar a elaboração de conteúdos programáticos, previstos para a educação profissional técnica e para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem. Outrossim, possibilita estabelecer indicadores avaliativos das habilidades afinadas às exigências do conhecimento e as específicas competências necessárias para perceber outros temas complementares ao âmbito da referida profissão, em consonância com a realidade brasileira e a outras áreas de conhecimento.

Para alcançarmos o objetivo desta pesquisa, ou seja, identificar e analisar as competências profissionais gerais da área de saúde delineadas pela Resolução CEB nº 4 de 1999, tomando como eixo para a análise as quatro dimensões propostas por Paulo Amarante e apontar referenciais teóricos para a elaboração de competências específicas na formação de profissionais de enfermagem de nível médio frente às novas propostas de atenção à saúde no atual estágio de implementação do Sistema Único de Saúde, propomos a realização de uma pesquisa de natureza qualitativa, utilizando como recurso metodológico, a pesquisa e análise documental que, objetiva, como aponta Triviños (1987), a identificação de

uma temática e o seu conhecimento.

Investigar e analisar as competências profissionais gerais na educação profissional de nível técnico na área da saúde, em especial na formação profissional de enfermagem de nível médio justifica-se para preencher a lacuna existente de estudos que analisam especificamente as questões da competência profissional que envolve tanto o saber-fazer a técnica quanto aos saberes (conhecimentos), aos saber-ser (atitudes) e ao saber-agir (práticas no trabalho). Acreditamos que tal pesquisa poderá trazer importantes contribuições teórico-metodológicas para a área.

A motivação para a realização da presente pesquisa deve-se um lado, ao que temos vivenciado em nossa prática profissional, isto é, na dificuldade de realizar as necessárias transformações dos modelos assistências para a efetivação das atuais propostas das políticas públicas de saúde e ao desenvolvimento de uma pesquisa anterior (LINDER; MORENO, 2004) realizada em uma instituição de ensino (SENAC), onde investigamos as competências do auxiliar de enfermagem, conforme descrevemos na introdução dessa dissertação. Nesse sentido, e considerando os resultados dessa pesquisa que apontaram algumas posições contraditórias em relação aos objetivos do curso e o entendimento do professor-enfermeiro sobre o projeto político pedagógico do Curso de Habilitação Profissional de Técnico de enfermagem e do Curso de qualificação do Auxiliar de Enfermagem, nos propomos aprofundar a temática em questão.

Após levantar o tema de pesquisa e seus objetivos se faz necessário delinear a metodologia, a qual nos encaminhou ao universo da pesquisa qualitativa, por possibilitar o desvelamento e o encadeamento das idéias da questão de forma que a análise crítica contemple e esclareça todos os pontos examinados, no que se referem ao levantamento teórico e a análise do documento oficial.

Os enfoques metodológicos em qualquer área não surgem no vazio, pois, como afirma Colaz (1986) citado por Bravo e Eisman (1994, p. 43) “são projeções de posicionamentos filosóficos que supõem determinadas concepções do fenômeno”. Assim, quando se incorpora a metodologia qualitativa, pressupõe-se uma revisão epistemológica sobre os pressupostos que guiam as investigações e os resultados que as práticas possibilitam em disciplinas afins da saúde, educação, como a sociologia, a antropologia, a psicologia etc.

A revisão histórica sobre a pesquisa qualitativa desenvolvida por Denzin e Lincoln (2006) está dividida em sete momentos: o período tradicional que exprime o paradigma das ciências positivistas; fase modernista situada no período pós-guerra até a década de 1970; os gêneros (estilos) obscuros, predominantes no período de 1970 a 1986; crise da representação na qual discutiam-se as questões sobre a validade, confiabilidade e objetividade; tripla crise que envolve a validade, capacidade de generalização e confiabilidade. Para os referidos autores, experienciamos o sexto momento em que as pesquisas devam atender a necessidade de uma sociedade democrática e livre para vislumbrarmos o sétimo momento que se refere ao futuro próximo.

Também, Denzin e Lincoln (2006, p.16), reconhecem que, pela idéia de que a pesquisa qualitativa nasceu da preocupação em entender o outro, “[...] ela é em si mesma, um campo de investigação. Ela atravessa disciplinas, campos e temas. Em torno do termo pesquisa qualitativa, encontra-se uma família interligada e complexa de termos, conceitos e suposições”. Relaciona os estudos culturais e interpretativos, utiliza-se de métodos e abordagens como: estudo de caso, investigação participativa, entrevista, observação participante, análise interpretativa, análise documental, entre outros. Enfim, a pesquisa qualitativa se concretiza dentro

do um complexo campo histórico e, nesse sentido, “consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas, que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações [...]”. (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.16)

Do ponto de vista prático, a pesquisa qualitativa envolve o estudo e a coleta de vários materiais empíricos, permitindo descrever os momentos e os significados das questões e dos problemas cotidianos da vida, e também clarear melhor os assuntos em estudo. Assim, a diversidade de práticas metodológicas permite assegurar a compreensão e a profundidade do fenômeno, numa tentativa de garantir sua validação. Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001, p. 163), “as pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados.” Caracteriza-se por ser um campo interdisciplinar, político e influenciado por múltiplas posturas éticas, portanto predominam as qualidades, os processos e os significados que não podem ser examinados ou medidos quantitativamente.

Em referência ao método como “lógica de investigação”, Smith e Heshaisus (1986) esclarecem que o método, além de focalizar as técnicas, aponta principalmente a elaboração de questões lógicas que orientam e justificam a prática, caracterizando a lógica exigida e aceita pelos pesquisadores.

Enquanto processo, a pesquisa qualitativa concebe que a biografia pessoal do pesquisador dará uma singularidade aos dados, pois a realidade é determinada pelo tempo e pelo espaço e o pesquisador é socialmente situado e sujeito multicultural. É essa a posição de Smith e Heshaisus (1986, p. 22) ao afirmarem que “[...] na perspectiva qualitativa, a pessoa é um processo sem fim (hermenêutico) de interpretar a interpretação dos outros”.

Para Denzin e Lincoln (2006, p. 34), “todos os pesquisadores qualitativos são filósofos”, pois seus valores e crenças exercem significativa influência no modo como observam o mundo, fazem escolhas e agem sobre ele. Nesse sentido, “[...] toda pesquisa é interpretativa; é guiada por um conjunto de crenças e de sentimentos em relação ao mundo e ao modo como este deveria ser compreendido e estudado”.

Dentre os inúmeros estudos de Bogdan e Biklen (1994), destacam-se os que envolvem aspectos básicos da pesquisa qualitativa, que seriam: (a) o pesquisador é o principal instrumento para a coleta dos dados; (b) os dados coletados são predominantemente descritivos; (c) a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto.

Para os mesmos autores, cada pesquisador é orientado por paradigmas que norteiam seu pensamento e conseqüentemente o processo de investigação. Os fundamentos teóricos servem como base para recolhimento e análise dos dados, e assim “a teoria ajuda à coerência dos dados e permite ao investigador ir além de um amontoado pouco sistemático e arbitrário de acontecimentos” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 52).

Os planos de atividades, na pesquisa qualitativa, evoluem conforme o pesquisador se familiariza com as fontes de dados, pois “quando iniciam um trabalho, ainda que os investigadores possam ter uma idéia acerca do que irão fazer, nenhum plano detalhado é delineado antes da recolha dos dados”. O pesquisador qualitativo deve evitar iniciar um estudo com hipóteses previamente formuladas a fim de somente testá-las. “É o próprio estudo que estrutura a investigação, não idéias preconcebidas ou um plano prévio detalhado” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 83).

Da mesma forma lembram Denzin e Lincoln (2006, p.36) quando afirmam que um “planejamento de pesquisa descreve um conjunto flexível de diretrizes que vinculam os paradigmas teóricos primeiro às estratégias de investigação e, em segundo lugar, aos métodos para a coleta de materiais empíricos”.

As pesquisas com abordagem qualitativa na área de formação de professores ganharam força nas últimas décadas devido ao desencantamento com as pesquisas de abordagem exclusivamente quantitativa e necessidade de se compreender os fenômenos em estudo de maneira contextualizada em todos os seus aspectos.

Assim, quando se incorpora a metodologia qualitativa para estudar fenômenos da educação, pressupõe-se uma revisão epistemológica sobre os pressupostos que guiam as investigações e os resultados que as práticas possibilitam em disciplinas afins da educação, como a sociologia, a antropologia, a psicologia etc. (ALMEIDA, 2005, p. 1)

Após essa breve introdução sobre a abordagem qualitativa como uma das diretrizes do processo de pesquisa, cabe-nos agora situar as características da pesquisa documental, enquanto uma técnica valiosa e fornecedora da base de dados qualitativos da pesquisa em questão.

Documento é uma palavra de origem latina – *documentum* e refere-se àquilo que ensina ou serve de exemplo e prova⁶. Seria, então, toda a base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser utilizado para consulta, estudo e prova.

Enquanto fontes de pesquisa, denominam-se documentos aqueles que representam componentes significativos do cotidiano e, por estarem situados em tempo, constituem práticas discursivas representativas de saberes, fazeres e múltiplos elementos, conexos ou desconexos, dispostos longitudinalmente e que

⁶ FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira S/A, 1988.

denunciam imagens, usos, sentidos e processos humanos. (SPINK, 2000).

Para André e Lüdke (1986) documento é qualquer material escrito que possa ser usado como fonte de informação sobre um tema. Esse tipo de dado de pesquisa apresenta algumas vantagens, como o baixo custo, ser fonte não reativa e não se alterarem no meio da pesquisa. É usado quando os dados são problemáticos e para validar e ratificar informações. Não é neutro, pois a escolha dos documentos nunca é totalmente aleatória.

Fazer pesquisa documental significa realizar um levantamento de documentos, desde que sejam considerados cientificamente autênticos⁷.

Santana, et al. (2005) referem que na pesquisa documental os materiais a serem utilizados não receberam um tratamento analítico e que podem ser reelaborados conforme os objetos da pesquisa.

Em nossa pesquisa, estaremos utilizando os seguintes documentos oficiais do Ministério da Educação: O Parecer CNE/CEB nº16/1999 e a Resolução CEB nº4 /1999. Tal material foi submetido ao método de análise documental da abordagem qualitativa em pesquisa que segundo André e Lüdke (1986) é fonte importante de informações, pois possibilita desvendar novos aspectos sobre um tema.

De acordo com Chizzotti (1998, p.99), a análise documental é uma

Técnica que procura reproduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação a algumas características particulares ou categorias conceituais que permitam passar dos elementos descritivos à interpretação ou investigar a compreensão dos atores sociais no contexto cultural em que produzem a informação, ou enfim, verificando a influência desse contexto no estilo, na formas e no conteúdo de comunicação.

Assim, teria como objetivo “[...] compreender criticando o sentido das

⁷ <http://www.fclar.unesp.br/poseduesc/cd_disciplina/sem_analise_documental.ppt> Acesso em 03 de junho de 2008.

comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 1998, p.99). Para o referido autor, o importante na análise documental é que há possibilidade de codificar as comunicações impressas, onde estejam o seu conteúdo tanto o explícito quanto o implícito, pois:

A decodificação de um documento pode utilizar-se de diferentes procedimentos para alcançar o significado profundo das comunicações nele cifradas. A escolha material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do analisador (CHIZZOTTI, 1998, p.98).

Para a nossa pesquisa, e utilizando dessa análise, não nos restringimos apenas em levantar as informações dos documentos, mas proceder uma análise criteriosa do tema buscando os significados contidos e suas implicações para que possibilitassem uma discussão teórica e de propostas de práticas assistenciais inovadoras, no sentido de formar profissionais de saúde aptos a enfrentar a realidade complexa de nossa sociedade.

Nesse sentido, para a análise dos documentos citados anteriormente, tomamos como referência metodológica qualitativa da análise documental, a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Para essa autora, os procedimentos de tratamento da informação documental se apresentam como uma parte das técnicas de análise de conteúdo onde a finalidade é a mesma, ou seja, esclarecer a especificidade e o campo de ação da análise de conteúdo. Segundo a autora, apesar da semelhança de certos procedimentos da análise de conteúdo, a documentação trabalha com documentos, e a análise de conteúdo com mensagens (comunicação). Na análise documental, faz-se principalmente por classificação-indexação; a análise categorial temática é uma das técnicas da análise de conteúdo. Assim, o objetivo da análise documental é:

[...] dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. O

propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que se obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo) (BARDIN, 1977, p.45)

Já a análise de conteúdo, segundo Minayo (2001), é vista como todo esforço teórico para desenvolvimento de técnicas, que visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, e outras fontes.

De acordo com Reigota (1998, p. 73),

[...] a análise de conteúdo funda-se na busca dos sentidos contidos no texto e do ponto de vista operacional, ela visa atingir um nível mais aprofundado, relacionando as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados

Minayo (2001) apresenta com pertinência as técnicas utilizadas na análise de conteúdo tais como: 1) análise de expressão que é usada na investigação da autenticidade de documentos; 2) análise das relações: se preocupam com as relações que os vários elementos de um texto mantêm entre si, sendo utilizada para descobrir elementos ocultos e latentes de um texto; 3) análise de avaliação ou representacional; 4) análise da enunciação quando considera que a palavra é elaborada ao mesmo tempo em que o sentido, operando transformações. Pretende conseguir através do confronto entre a análise lógica, a análise seqüencial, a análise de estilo e dos elementos atípicos de um texto, a compreensão do significado. Por último, propõe: 5) a análise temática.

Triviños (1987) também considera etapas da análise de conteúdo como: a pré-análise (organização do material); a descrição analítica (codificação, classificação e categorização); e a interpretação referencial (aprofundar a análise para desvendar os conteúdos latentes).

Embora as possibilidades e os limites do uso da análise de conteúdo estejam determinados pelo pesquisador, como refere Moraes (1994), os estudos de Bardin são importantes referências às pesquisas que se utilizam desse tipo de análise.

Em nossa pesquisa, as etapas que seguimos para a análise dos documentos, a partir da organização prévia dos materiais e condizentes com os objetivos da pesquisa, foram elaboradas especificamente para cada documento, após a leitura “flutuante” de todo o material, que consistiu na primeira atividade de contato com os documentos com o objetivo de conhecer o texto buscando impressões e orientações (BARDIN, 1977).

As informações contidas nos documentos foram codificadas em categorias temáticas, utilizando o procedimento de categorização subsidiado na técnica de Bardin (1997), que permite o estudo de valores, crenças e tendências. Uma metodologia voltada a uma hermenêutica controlada, baseada na inferência e na dedução. Um esforço de interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade.

Assim, o tema norteador da análise do conteúdo dos documentos foram as competências gerais requeridas pela educação profissional da área de saúde, considerando o pressuposto de competência humana de Deluiz et al. (2000) e embasadas nas quatro dimensões propostas por Amarante (2003): epistemológica ou teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-político e sociocultural. Esse critério permitiu identificar e compreender as competências de forma articulada sem privilegiar ou limitar uma só dimensão e possibilitou, também, a discussão das questões estratégicas em relação aos valores éticos, políticos e estéticos, flexibilidade, interdisciplinaridade, autonomia, atualização permanente, atendimento

às demandas dos cidadãos. As competências profissionais gerais destacadas nas dimensões de Amarante foram aquelas que apresentavam caráter de inovação, alicerçada numa perspectiva de emancipação.

Através do Quadro 1 apresentado a seguir, delinea-se uma a uma as competências a serem consideradas dentro das quatro dimensões propostas.

Dimensão epistemológica ou teórico-conceitual	Dimensão técnico-assistencial	Dimensão jurídico-político e Dimensão sócio-cultural
Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.	<p>Planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade.</p> <p>Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.</p> <p>Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação.</p> <p>Identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe de trabalho</p> <p>Orientar clientes ou pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde.</p> <p>Interpretar e aplicar as normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta profissional</p>	<p>Identificar a estrutura e a organização do sistema de saúde vigente</p> <p>Interpretar e aplicar a legislação referente aos direitos do usuário</p> <p>Prestar informações ao cliente, ao paciente, ao sistema de saúde e a outros profissionais sobre os serviços que tenham sido prestados</p>

Quadro 1. Competências profissionais gerais do técnico da área de saúde

Nesse sentido, o percurso metodológico elaborado nessa pesquisa, embora tenha uma apresentação linear, as discussões, análises e propostas foram preparadas de forma cíclica, qualitativa, considerando nossas reflexões iniciais, principalmente as que concebem a construção de competências humanas multidimensionais, para a compreensão do mundo e para a sua transformação,

numa perspectiva de formação de profissionais integral, ampliada e articulada com a dimensão sócio-política.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO

A Resolução CEB nº4, de dezembro de 1999 do Conselho Nacional da Educação que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, caracteriza a Área Profissional: Saúde compreendendo-a como:

[...] ações integradas de proteção e prevenção, educação, recuperação e reabilitação referentes às necessidades individuais e coletivas, visando a promoção da saúde, com base em modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico hospitalar. A atenção e a assistência a saúde abrangem todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica – e são desenvolvidas por meio de atividades diversificadas, dentre as quais biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, nutrição, radiologia e diagnóstico por imagem, reabilitação, saúde bucal, saúde e segurança no trabalho, saúde visual e vigilância sanitária (BRASIL, 1999c, p.19).

Percebe-se, nesse enunciado, a amplitude das ações de saúde como a de atividades profissionais técnicas exigidas para a educação profissional de saúde de nível técnico. E ainda estabelece que:

As ações integradas de saúde são realizadas em estabelecimentos específicos de assistência à saúde, tais como postos, centros, hospitais, laboratórios e consultórios profissionais, e em outros ambientes como domicílios, escolas, creches, centros comunitários, empresas e demais locais de trabalho (BRASIL, 1999c, p.19).

Através dessas orientações, aponta também para a diversidade de estabelecimentos de assistência à saúde em que os profissionais poderão atuar, o que nos leva a compreender o número elevado de **competências profissionais gerais do técnico da área de saúde** exigidas pelo documento supracitado, num total de vinte, sendo elas:

- Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.
- Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente.

- Identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe de trabalho.
- Planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade.
- Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.
- Aplicar normas de biossegurança.
- Interpretar e aplicar a legislação referente aos direitos dos usuários.
- Aplicar princípios e normas de higiene e saúde pessoal e ambiental.
- Identificar e aplicar princípios e normas de conservação de recursos não renováveis e de prevenção do meio ambiente.
- Aplicar princípios ergonômicos na realização do trabalho.
- Avaliar riscos iatrogênicos, ao executar procedimentos técnicos.
- Interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta profissional de saúde.
- Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos.
- Operar equipamentos próprios do campo de atuação, zelando pela sua manutenção.
- Registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com as exigências do campo de atuação.
- Prestar informações ao cliente, ao paciente, ao sistema de saúde e a outros profissionais sobre os serviços que tenham sido prestados.
- Orientar clientes ou pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde.
- Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação.
- Utilizar recursos e ferramentas de informática, específicos da área.

- Realizar primeiros socorros em situações de emergência.

Ao analisar as competências profissionais gerais, recorreremos ao pressuposto teórico da “competência humana” discutido por Deluiz et al (2000), o qual se aproxima da abordagem emancipatória fundamentada no pensamento crítico-dialético. O profissional da saúde, ao cuidar do outro, deverá:

[...] colocar em ação os conhecimentos necessários para prevenir e resolver problemas da saúde, mobilizando e disponibilizando tecnologias para o ato de cuidar [...]. Na capacidade de responder satisfatoriamente às necessidades e demandas dos indivíduos e coletividades aos quais assiste, mediante o exercício eficiente do seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, contribuindo para a qualidade de vida dos mesmos (DELUIZ et al., 2000, p.7).

Deluiz et al (2000) amplia a forma de como a competência deve ser considerada no processo ensino-aprendizagem para a formação do profissional de saúde e este conceito vem ao encontro de que observamos em Amarante (2003) quando define as quatro dimensões de ações para designar as transformações operadas pelas práticas da Reforma Psiquiátrica, sendo elas: **a dimensão epistemológica ou teórico-conceitual, a dimensão técnico-assistencial, a dimensão jurídico-político e a dimensão sociocultural.**

A partir do pressuposto de competência humana de Deluiz et al (2000) acima referendada, as competências profissionais gerais de saúde serão analisadas dentro dos quatro dimensões de Amarante (2003), por permitir identificar e compreender as competências de forma articulada sem privilegiar ou limitá-las em uma só dimensão.

As competências profissionais gerais apresentadas nessas dimensões serão aquelas que apresentam caráter de inovação, alicerçada numa perspectiva emancipatória, pois como sugere Veiga (2003), a inovação emancipatória possui uma natureza ético-social e cognitivo-instrumental, com vistas à eficácia dos

processos formativos sob uma exigência ética que supere a reprodução acrítica, a rotina e a racionalidade técnica e que também provoque rupturas epistemológicas. Santos (1997) considera que é preciso operar com a idéia de inovação, definida como tensões, rupturas e com a transição do paradigma moderno, com a reconfiguração de saberes e poderes.

Considerando as proposições dos autores acima e apontando para o nosso interesse específico na formação dos profissionais de enfermagem de nível técnico, as competências elencadas e analisadas serão aquelas que apontem para práticas assistenciais inovadoras, no sentido de formar profissionais aptos a enfrentar a realidade complexa dentro do processo de implementação do SUS.

Desta forma, iremos analisar as seguintes competências profissionais gerais da área da saúde dentro das dimensões propostas por Paulo Amarante, como delineadas através do quadro apresentado no percurso metodológico, que objetiva:

- Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.
- Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente.
- Identificar as funções e responsabilidades dos membros da equipe de trabalho.
- Planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade.
- Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.
- Interpretar e aplicar a legislação referente aos direitos dos usuários.
- Interpretar e aplicar as normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta profissional de saúde.
- Prestar de informações ao cliente, ao paciente, ao sistema de saúde e a

outros profissionais sobre os serviços que tenham sido prestados.

- Orientar clientes ou pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde.
- Coletar e organizar dos dados relativos ao campo de atuação.

Antes de iniciarmos a análise das competências gerais requeridas pela Resolução CEB nº4/ 1999, primeiramente observamos a maneira como estão descritas, configurando-se como um conjunto de tarefas a cumprir, de prestar, de identificar, de ordenar, de analisar; verbos que denotam a necessidade de conhecimentos e práticas assistenciais de saúde dentro de uma cotidianidade que se precisa conhecer e atingir.

De certo que as competências profissionais gerais do técnico da área da saúde estão respaldadas pelos princípios da educação profissional enunciados no artigo 3º, referentes aos valores estéticos, éticos e políticos, como os que definem sua especificidade e identidade, ao desenvolvimento de competências para a laborabilidade, à flexibilidade, à interdisciplinaridade e à contextualização na organização curricular (BRASIL, 1999c, p.1). Todavia, a partir do momento em que as instituições de educação profissional, no caso da saúde, tomarem as competências gerais para desenvolver seus projetos políticos- pedagógicos e delinearem as competências específicas, que referencial de saúde e de doença a instituição de ensino assumirá em seus planos de curso? Que posicionamento o aluno, futuro profissional, irá apresentar no contexto dos serviços de saúde, na comunidade?

Nogueira (2006) em seu estudo *“para uma análise existencial da saúde”*, refere sobre o fato de que a saúde é visualizada na maioria dos estudos e práticas assistenciais, como algo que pertence aos outros, onde quem pretende conhecer ou

questionar a saúde procura apenas saber e avaliar o que acontece com os outros. Para o autor, este é um modo impessoal de posicionar-se enquanto ser-no-mundo⁸ onde se perde numa efervescência de coisas a fazer, de opiniões de falas intermináveis. Adverte sobre a necessidade da intuição existencial da saúde como forma de cada um reconhecer-se em tudo no que se refere à saúde.

Não pretendemos tecer críticas ao documento do Ministério da Educação, nem de como deveriam ser descritas as competências profissionais gerais, mas se buscamos compreender as competências e apontar referenciais que construam uma atenção à saúde em todas as dimensões do ser humano como a biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica, como sugere o documento, há a necessidade de compreender a saúde e a doença não como fatores que pertençam aos outros, que eu observo de fora, mas de se reconhecer nesses processos. É a partir disso que iremos, a seguir, analisar as competências profissionais gerais na dimensão epistemológica.

4.1 A dimensão epistemológica na análise das competências profissionais gerais

Dentro da dimensão epistemológica, consideramos a competência profissional geral relacionada à questão do **processo saúde-doença**.

A escolha dessa questão nessa categoria de análise se explica pelo fato de situar-se na produção de saberes que nos convidam a repensar em conceitos e práticas fundadas na visão biomédica e tecnicista da doença para outras concepções que, segundo Yasui (2006) inscrevam-se na luta para uma nova relação

⁸ Roberto Passos Nogueira em seu estudo utiliza a obra de Heidegger “Ser e Tempo” onde apresenta a linguagem ontológica do Daisen como ser-no-mundo que é inseparável da questão do ser.

que transcenda o estreito campo das práticas institucionais.

No campo da Reforma Psiquiátrica, existe um grande debate epistemológico que vem a contribuir de forma significativa e inovadora para potencializar novas relações que rompam com fenômenos fragmentados, limitados e autoritários que ainda estão muito presentes no nosso cotidiano.

Amarante (1999) traz alguns questionamentos sobre a forma com que a ciência moderna, de base predominantemente positivista, exercia o processo de objetivação da natureza, numa relação “entre sujeitos epistêmicos de um lado, e de coisas e objetos de outro” (AMARANTE, 1999, p.48). Considera que o processo da Reforma Psiquiátrica tem como princípio básico romper com essa tradição científica, do processo de objetivação da loucura e do louco, da patologização do comportamento humano. O romper se torna necessário para que a questão homem-natureza/normal-patológico inscreva-se em termos éticos, de relação e não de objetivação.

Desta forma, o autor refere-se ao campo teórico-conceitual como a:

[...] a desconstrução, reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria (doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade). Diz respeito às incursões no âmbito da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, isto é, sobre quais as bases teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade (AMARANTE, 1999, p.50)

Apesar de Amarante apontar os conceitos de alienação (doença mental), isolamento terapêutico, terapia e cura do campo da psiquiatria a serem “desconstruídos”, podemos considerá-los no campo da saúde em geral, pois de uma forma ou de outra, as práticas assistenciais da medicina científica moderna lançaram mão desses conceitos enquanto “verdades”, tomando os sujeitos como objetos, submetidos a uma Razão Instrumental tornando-os manipuláveis e negando a sua

dimensão história e humana. Dentro dessa perspectiva de Razão Instrumental “[...] somos objetos, coisas, que se submetem a uma administração regida pelos parâmetros da racionalidade instrumental. Como conseqüências nos alienaram de nossas ações como sujeitos construtores de história” (YASUI, 2006, p.71). Para o mesmo autor é no modelo de racionalidade científica que a medicina moderna nasceu, compreendendo a doença exercendo uma ação sobre o organismo, sobre um corpo particular.

Neste sentido, Rotelli et al. (2001) afirmam que a ação do paradigma racionalista problema-solução (doença–cura) é suficiente para referir-se à terapia no âmbito da medicina onde ela, a terapia é entendida não tanto como uma relação individual entre médico e paciente, mas como um sistema organizado de teorias, normas e prestações, “um sistema que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional tendencialmente ótima (a cura)” (ROTELLI et al., 2001, p.26).

Partindo dos pensamentos de Franco Basaglia, sobre as implicações subjetivas na apropriação do corpo doente pelo médico, Kinoshita (2000) analisa que o modelo médico se fundaria numa relação assimétrica de sujeito (o médico) diante do corpo (do paciente) onde a subjetividade do paciente não entra em consideração. Nessa relação, não ocorreria um encontro real, reciprocidade, pois a relação se estabelece através de um corpo anatômico onde o corpo não tem outra saída senão ser objeto aos olhos de quem o examina.⁹

Esta falta de reciprocidade, segundo Kinoshita (2000, p. 119), impede que tanto o médico como o paciente sejam sujeitos e objetos, ou seja, “[...] uma relação na qual um, ao objetivar o outro, também venha a ser objetivado pelo outro, num

⁹ BASAGLIA, F. **La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale**. In: ONGARO BASAGLIA, F. Basaglia scritti. Torino, Einaudi, 1981.

jogo no qual os sujeitos se colocam como sujeito e objetos mútuos”. Num encontro real, cada um se reconheceria como Eu através do Corpo do Outro.

A falta de reciprocidade citada pelo autor não é em relação ao ato de objetivar, pois a objetivação faz parte da relação, como também é necessária para a pessoa se opor ao outro e se reconhecer e afirmar-se como sujeito. A questão é como se relacionar com o indivíduo que vivencia este corpo. Deste modo, mostra a necessidade de uma relação vital de co-envolvimento, em que mesmo a pessoa estando doente é possível estabelecer uma relação de dupla mão (ser objeto e sujeito), de projetar para o futuro com alguém que faça sentido, com o objetivo de construir um futuro comum (KINOSHITA, 2000).

Aqui, a crítica é ética e epistemológica dirigida ao reducionismo positivista da medicina que lida apenas com o corpo que sofre, com a doença, reduzindo o sujeito como um objeto da natureza, suspenso e colocado entre parênteses. A doença não entendida como experiência, mas como um objeto da natureza. (BASAGLIA, 1968).

Para reverter essa lógica, Basaglia, inspirado no conceito de “redução analógica” de Husserl, propõe colocar “a doença entre parênteses” para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência” (AMARANTE, 2007, p. 166). Colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença, que não exista uma experiência de sofrimento, mas representa uma importante demarcação epistemológica no âmbito da tradição do pensamento filosófico existencial como explica o texto abaixo:

[...] consiste na idéia de que o fenômeno não existe em si, mas é um constructo da ciência, e só existe enquanto inter-relação com o observador. E, portanto, se o observador, sujeito do conhecimento, constrói o fenômeno, este é parte do primeiro, é parte de sua cultura e de sua subjetividade (AMARANTE, 1999, p.49)

A competência profissional geral considerada nessa dimensão teórico-conceitual (ou epistêmica) nos convida a refletir, a colocar entre parênteses determinados conceitos que foram contextualizados na produção de um saber positivo e que, como cita Amarante (2007), estão em plena transformação, uma conseqüência natural de uma transformação da própria ciência, pois o conhecimento produzido por ela enquanto somente verdade, munido de um bom método (experimentação) já não é mais aceito universalmente.

Na busca de uma abordagem teórico-conceitual, mais abrangente do ser humano, iniciaremos a partir daqui, analisar a competência profissional geral para o profissional de enfermagem do nível técnico: “identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença” (BRASIL, 1999c, p 20). Segundo a Resolução CEB nº4 /1999, a atenção integral à saúde deve compreender ações de proteção, prevenção, educação, recuperação e reabilitação, num modelo que ultrapasse a concepção de assistência médico-hospitalar para uma abordagem mais abrangente que trabalhe com todos os fatores que contribuem, ou interferem na saúde, tais como os ambientais e as condições de vida das pessoas (BRASIL, 1999c).

O reconhecimento de que a saúde é o resultado de um amplo espectro de fatores dentro de um conjunto articulado de atividades, processos e recursos de origem governamental, institucional e comunitária, há a necessidade de profissionais de saúde que reconheçam essas ações e devam ser agentes ativos e conscientes da importância desse processo (BRASIL, 2003a).

Desta forma, Brasil (1999c) preconiza que a educação de nível técnico da área da saúde deverá desenvolver ações integradas, referentes às necessidades individuais e coletivas, que visem à promoção de saúde. Porém, que promoção da

saúde buscamos nos serviços? O que considerar no processo saúde-doença com vistas às necessidades individuais e coletivas?

O processo saúde-doença: a busca de um processo social complexo

Como vimos anteriormente, a base teórica – conceitual hegemônica, fundamentada na perspectiva positivista de ciência, como apontou Amarante (2007), já não é mais aceita universalmente. No campo científico da saúde, há um desafio de compreender o processo saúde-doença não apenas no aspecto biológico, mas como parte da complexidade histórico-política, que põe em prova as concepções e práticas mais arraigadas no campo da saúde (BRASIL, 2003c).

Tal visão amplia os campos do saber e contribui para a compreensão desse processo enquanto social e, portanto, complexo, que necessita de novas propostas de intervenção sobre os problemas mais relevantes. Neste sentido, novos sujeitos e outros saberes passam a ter a “autoridade científica” (grifo do autor) antes reservada apenas ao campo das ciências biológicas e das práticas experimentais. (BRASIL, 2003 c, p.16).

Amarante (2003) considera a noção de processo social complexo de Franco Rotelli para ampliar e inovar a compreensão dentro do processo da Reforma Psiquiátrica. Para ele:

[...] um processo indica algo em movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história. Um processo social nos assinala que existem atores sociais envolvidos e, enquanto tal, que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações (AMARANTE, 2003, p.48).

Esse conceito vem ao encontro das análises de Buss (2000) em seu artigo “*promoção da saúde e qualidade de vida*”, que considera a promoção da saúde

como uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes sendo “[...] necessária a articulação de saber técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p.165).

Na perspectiva das políticas públicas saudáveis, que situa a saúde como compromisso político e técnico e de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença, o mesmo autor assinala para uma compreensão inovadora tanto do conceito de saúde, quanto ao conceito de Estado (política pública) e de sua responsabilidade perante a sociedade.

Em relação à concepção de saúde, na perspectiva das políticas públicas saudáveis, a saúde passa a ser identificada com bem-estar e qualidade de vida e não ausência de doença (estado estático e biologicamente definido). Assume um estado dinâmico, socialmente produzido, que implica em uma nova concepção de Estado que reafirme o seu caráter público e sua responsabilidade social, comprometido com as necessidades e interesses da sociedade e com o bem comum (BUSS, 2000).

Desta forma, intervir e proporcionar saúde significa não apenas diminuir os riscos de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, de assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida, de autonomia e do padrão de bem-estar, que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nesse sentido, Buss (2000) acrescenta que:

[...] a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e de fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (BUSS, 2000, p.174).

Pensar em identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença dentro de uma concepção de processo social complexo, é preciso

tomar cuidado em estabelecer os determinantes ou os fatores de risco da saúde.

Contandriopoulus (1998), em seu artigo, *“pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde?”*, faz uma análise dos modelos biomédicos (ciências da vida), dos psicossociais da doença e da saúde (ciências humanas) e do modelo em nível sistêmico (a saúde e os contextos sociais e ambientais). Por meio de vários estudos realizados, o autor aponta que os fatores, as situações e os contextos que são favoráveis à saúde não são da mesma natureza daqueles identificados quando se trata de diagnosticar, tratar e de prevenir doenças específicas. Assim, os modelos explicativos para se compreender a saúde são diferentes dos da doença.

Os modelos psicossociais da doença e da saúde (ciências humanas) objetivam visualizar o homem na sociedade, sendo a análise realizada sobre os indivíduos e seus grupos e sobre as relações entre os grupos sociais (família, comunidade, sociedade, humanidade). Já os modelos biomédicos das doenças (ciências biológicas) baseiam-se nas funções biológicas do ser humano de analisar cientificamente cada um de seus componentes para compreender os mecanismos biológicos da vida e da patologia que contribuem para diagnosticar, prevenir e tratar as doenças. Do mesmo modo, essas duas esferas de conhecimento se encontram em torno do indivíduo como ser social e ser biológico. (CONTANDRIOPOULUS, 1998).

Ao analisar essas duas esferas de conhecimento, uma em torno do indivíduo como ser social e a outra como um ser biológico, o autor visualiza a necessidade de encontrar meios para simultaneamente promover a saúde e cuidar das doenças, já que hoje é claro que o ser biológico e o ser psicossocial se interagem, que a posição social, o tipo de emprego, o sentimento de controle afetam

as funções biológicas. No entanto, ainda não se sabe “de maneira específica e precisa, que modificações deveriam ser feitas no ambiente social para que ele produza o que é necessário à melhoria da saúde da população” (CONTANDRIOPOULUS, 1998, p. 201).

Desta forma, Contandriopoulos (1998) aponta para o modelo sistêmico, de Frenk et al (1994), que é estruturado pelas relações que existem entre o ambiente físico (que estão na origem dos riscos ambientais e ocupacionais e da difusão dos agentes patogênicos) e do ambiente social que é definido pela sociedade em um determinado momento, pela interação dos diversos valores, a cultura dessa sociedade e de sua forma de organização (estrutura econômica, suas instituições políticas e nível de desenvolvimento tecnológico).

A partir desse modelo, que visualiza a saúde e os contextos sociais e ambientais que atingem os indivíduos que são simultaneamente biológicos e psicossociais, o autor considera um imenso campo de forças negativas e positivas (suporte social, agentes patogênicos, stress, alimentação) que exerce sobre os indivíduos e suas famílias, como descreve:

A influência dessas forças sobre a saúde depende da resistência biológica da pessoa, que é largamente determinada pela sua bagagem genética e sua idade, seus comportamentos (hábitos de vida), seu senso de coerência e pelos recursos que ela pode mobilizar. As respostas a essas forças manifestam-se, seja por uma desregularização do sistema biológico, ou seja, pela doença, seja pela manutenção do estado de saúde (CONTANDRIOPOULUS, 1998, p. 203).

Por outro lado,

A aparição da doença mobiliza recursos do sistema de cuidados assistenciais, e todo um ciclo de utilização de serviços de saúde se instaura até que a pessoa recupere um funcionamento biológico normal ou ocorra o óbito (CONTANDRIOPOULUS, 1998, p. 203).

Considerando essa complexidade de relações existentes entre o contexto

social e a saúde, o mesmo autor aponta críticas em relação ao sistema assistencial ser independente do sistema de saúde. O primeiro tem como objetivo principal a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos que obedecem a uma lógica que é ditada pelos conhecimentos existentes sobre o funcionamento biológico do corpo (individual) e o segundo por ser responsável pelo nível da saúde da população e das desigualdades de saúde entre os diferentes grupos dessa população (coletivo), de implantar e fazer funcionar dispositivos equitativos e eficientes da distribuição de recursos.

Assim, o autor considera que a melhoria da saúde pela implantação de intervenções, com vistas às diferentes categorias de risco, conforme o modelo, conduz a uma nova compreensão sobre os determinantes de saúde e que necessitam de um diálogo entre as ciências humanas e as ciências da vida para que os pesquisadores de cada disciplina repensem os fundamentos de seus trabalhos, de seus métodos e modifiquem a maneira de conceber os fenômenos que estudam.

No campo da saúde mental, a questão do processo saúde-doença, também aponta para um sistema complexo.

Na mesma linha argumentada por Contandriopoulos (1998), sobre o modelo sistêmico, que é estruturado por relações entre o ambiente físico e o social e definido em uma dada sociedade em um determinado momento pela interação de valores e ou cultura dessa sociedade e suas modalidades de organização, Kinoshita (2000) ressalta que a partir do momento em que deixamos de encarar a saúde como um ideal abstrato e sim como um campo de possibilidades de viver a vida, nos leva a compreender uma particularização da saúde para cada sistema. Para ele, a história de interações de cada sistema passa a ser fundamental para a compreensão do estado atual do sistema, “pois é a partir da sua história de interações que um

sistema se configura no presente”. (KINOSHITA, 2000, p.179).

Para explicar o sentido desse processo, no que se refere à doença e à noção de saúde, o autor acima citado busca na teoria da autopoiese¹⁰ (auto-organização) a compreensão do processo saúde-doença. Para ele, promover saúde significa:

[...] agir de modo a aumentar o campo de possibilidades de estados que o sistema pode configurar sem perder a sua organização, de modo a não só suportar as variações do meio, como estabelecer acoplamentos estruturais que, recursivamente, aumentem o campo de possibilidades, Ou seja, trabalhar na perspectiva de se ampliar o espaço vivencial do indivíduo. Por outro lado, o objetivo de uma intervenção terapêutica não seria mais de corrigir um erro ou um defeito, mas passa a ser perturbar um sistema de tal modo a desencadear uma mudança estrutural na qual o estado seguinte do sistema seja mais complexo, sem a perda da identidade (organização) (KINOSHITA, 2000, p.179).

Por outro lado, em relação àquilo que conhecemos como história natural das doenças, o mesmo autor aponta para a necessidade de ser re-significada como uma abstração de características de histórias particulares de sistemas de uma mesma classe e assim, como abstração, não determina o curso particular no presente. Desta maneira, a história natural das doenças serve como referência ao profissional como um campo de possibilidades, sendo que as probabilidades de a doença acontecer serão apenas definidas pela estrutura presente do sistema dado. Assim, saúde e doença para o autor, são dois tipos de juízos sobre o sistema, como aborda no trecho abaixo:

[...] um como projeção avaliação do domínio de interações possíveis; o outro voltado para o estado presente ou configuração atual e a sua diacriticidade. O que significa que não estaríamos lidando com fenômenos complementares ou polares (KINOSHITA, 2000, p.180).

Em suma, a partir dos pressupostos teóricos citados acima tanto da saúde

¹⁰ Autopoiese é uma expressão da biologia, para falar do movimento da ameba: situação de que o caminhar de um ser vivo é imediatamente de produzir vida, para manter-se vivo – é um movimento de vida produzindo vida (MERHY, 2007).

coletiva como da saúde mental nos convida a um repensar nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que estão entranhados em diversas dimensões simultâneas, complexas, permeadas de vários atores, de novas situações, de interesses, de diferentes visões de mundo, de concepções teóricas ora consensuais, ora conflitantes que requerem negociações que produzam inovação no cuidado e eficácia na resolução dos problemas a serem enfrentados.

Um processo social complexo, como sugere Amarante (2007) onde o sujeito é visualizado com suas vicissitudes, seus problemas concretos de cotidiano, sua família, vizinhos, projetos e anseios, requer uma prática social consistente e ética, como abordaremos na dimensão técnico-assistencial.

4.2 A dimensão técnico-assistencial na análise das competências profissionais gerais

No âmbito da dimensão epistemológica, construímos competências na relação do sujeito com o seu meio social. Reconhecemos o processo saúde-doença em sua complexidade, em formas de olhar para o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida, como também observamos a saúde como um campo de possibilidades de viver a vida, de ampliar o espaço vivencial do indivíduo sem perder a sua identidade.

Esse processo faz-se necessário para a desmontagem dos conceitos construídos ao longo da racionalidade científica: o sujeito em sua experiência de sofrimento excluído do seu espaço vivencial.

Desta forma, Amarante (1999) considera na dimensão técnico-assistencial a construção de uma rede de novos serviços, mas não apenas serviços, e sim

espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades; substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional. Aponta para a necessidade de instituições de acolhimento, cuidado, emancipação, autonomia, de exercício da diferença, etc.

Dentro desta perspectiva e de acordo com a noção de competência na concepção crítico-emancipatória de Deluiz et al. (2000), podemos então pensar em estratégias de competências humanas que produzam a ruptura do olhar que observa e produza doença para um lugar onde os profissionais de enfermagem exerçam junto a outros profissionais de saúde uma prática que possibilite transformar, como sugere Yasui (2006), o ambiente externo, tanto natural como social, e o de ser transformado por este mesmo processo.

Assim, incluiremos na dimensão técnico-assistencial as competências gerais relacionadas às questões estratégicas do **cuidado integral na organização do processo de trabalho: integralidade, interdisciplinaridade, campo de atuação, responsabilidade, autonomia e ética.**

Atendimento integral – a busca da integralidade no cuidado

A Resolução CEB nº4/1999 compreende a saúde como ações integradas de proteção, prevenção, educação, recuperação e reabilitação, referentes às necessidades individuais e coletivas, num modelo que ultrapasse a ênfase da assistência médico-hospitalar e que o profissional de saúde de nível técnico atenda e assista a todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual e ecológica.

Para atender essa exigência, uma das competências gerais requeridas

para a formação dos profissionais de saúde de nível técnico no documento acima referido, é o de “planejar, organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade” (BRASIL, 1999c, p.20)

Ao analisar essa competência, faz-se necessário considerar vários aspectos da integralidade de atenção à saúde.

A busca da integralidade na atenção à saúde é um dos princípios propostos desde a Constituição de 1988 e é um desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde.

As noções de integralidade no âmbito do SUS implicam desde a capacidade das políticas governamentais de fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, permeáveis à participação popular; de organização dos serviços de saúde para garantir acesso aos diversos níveis de sofisticação tecnológica, até na capacidade de gerar conhecimentos e práticas dos trabalhadores, de propiciar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado aos usuários (FERLA; CECCIM; PELEGRINI, 2005).

Para Teixeira (2005), as diversas compreensões de integralidade no campo da saúde dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos pretendem integrar. Segundo o autor, para cada concepção de integralidade há uma concepção de cisão, de problemática, e que no campo da saúde há muita coisa cindida, fragmentada que precisa ser integrada.

Ao avaliar esta questão, o autor acima discute que atualmente os debates em torno do tema integralidade nas várias concepções se manifestam mais na relação trabalhador-usuário, na efetiva “mudança na relação do poder técnico-usuário” (grifo do autor), na necessidade urgente de se **integrar o outro**, do que na garantia de acesso universal ao sistema de atenção (TEIXEIRA, 2005):

De fato, as diferentes formas de apartação do outro têm tensionado por dentro das práticas de saúde e, de forma especialmente aguda, aquela que se realizam nos serviços de assistência, principalmente porque ela parece comprometer negativamente o duplo cerne da razão de ser desses serviços: sua eficácia técnica e satisfação da clientela. Apesar das entusiásticas promessas de eficácia da biomedicina triunfalista, o funcionamento concreto dos serviços que distribuem suas tecnologias vem demonstrando uma eficácia e, sobretudo, um grau de satisfação dos usuários bem mais decepcionante. De fato, parece que a coisa não funciona mesmo muito bem sem esse outro, chamado de “paciente” entre aspas (TEIXEIRA, 2005, p.91).

O autor analisa que o foco de tensão dentro das práticas de saúde advém como consequência das políticas que foram efetivadas nas últimas décadas para a consolidação do SUS, onde a garantia ao acesso universal evoluiu em termos quantitativos, porém a qualidade com que os serviços de saúde recebem a demanda de usuários do sistema está muito aquém do desejado. Considera que:

O problema do acesso não depende mais da expansão do número de unidades prestadoras. Cada vez mais, depende intimamente do tipo de modelo de atenção operante nessas unidades (TEIXEIRA, 2005, p.92).

Da mesma forma, Mattos (2001) considera que uma visão mais abrangente na percepção das necessidades que configura a integralidade seria no âmbito das práticas. Para o autor, é na dimensão das práticas que manifesta a realização da integralidade e que quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo, ou outros profissionais de saúde) com o usuário, caberá quase que exclusivamente ao profissional a realização da integralidade.

Nessa esfera de discussão, na concepção de integralidade no sentido da relação, do encontro do trabalhador-usuário, é que iremos analisar e buscar a **integralidade no cuidado** como competência específica na educação profissional de enfermagem de nível técnico, pois consideramos a potencialidade desses

profissionais em gerar **acolhimento**, de estabelecer um cuidado desfragmentado, de reverter, junto aos demais trabalhadores de saúde, o atual modelo tecnoassistencial ainda em vigor nos estabelecimentos de atenção à saúde.

Para Merhy (2007), a finalidade de todo e qualquer trabalho em saúde é estar comprometido com a produção de atos cuidadores, que tomam as necessidades de saúde, sejam elas individuais ou coletivas, como seu foco de intervenção. Para tanto, não basta ser um ato de saúde produtor de cuidado para estar necessariamente implicado com os processos de vida, pois há modelos de organização tecno-assistencial que podem não ter nada a ver com a finalidade de construção de vida. É necessário que o serviço de saúde esteja vinculado a processos produtivos de atos cuidadores, pois:

[...] o melhor modo de tentar entender, tanto sobre um estabelecimento de saúde, quanto sobre o cuidado, é debruçando-se sobre os seus processos de trabalho e as ações que revelam os jogos de intenções que os mesmos contêm, suas redes agenciais protagonistas e as modelagens tecnológicas que as realizam, para se poder desvendar a maneira pela qual estão implicados, enquanto organização e uma matriz institucional (MERHY,2007,p.31).

Merhy (2007) ainda aponta, que quando no interior do processo de trabalho (entendido como lugares de relações, de micropolíticas de encontros e de jogos de poder entre sujeitos e territórios) um profissional de saúde se encontra com um usuário, estabelece entre eles um espaço intercessor em que ocorre uma relação mútua de intervenção em ato. Isso é fundamental para se descobrir o tipo de intercessão que é constituída e os distintos motivos que operam no seu interior, pois observa que as relações predominantes nos serviços de saúde entre o trabalhador e o usuário se dão em processos intercessores preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário – uma relação do tipo da intercessão objetiva, de um agir castrador e não libertador.

Baseado nas preposições do “trabalho vivo em ato” de Merhy (1997) que considera que a substância dos processos de trabalho se estabelece no encontro trabalhador-usuário, Teixeira (2005) mostra uma visão comunicacional desse processo, isto é, postula que a substância do trabalho em saúde (igualmente a substância do “trabalho vivo em ato”) seja a conversa; pois é essa a matéria que se apresenta à sensação como puro dado, no encontro trabalhador-usuário. A conversa, o processo comunicacional é o que mais encontramos no interior dos serviços de saúde. Quando não são exclusivamente conversas (o que se dá na maior parte dos encontros), elas acompanham antes, durante ou depois dos procedimentos que os profissionais realizam e apresentam-se individualmente e em grupo.

A partir do pressuposto de que a substância do trabalho em saúde é a conversa, Teixeira (2005) indaga sobre as formas que operam esta substância no encontro trabalhador-usuário. Aponta que as “formas decorrem das forças que trabalham a substância, que só podem ser ou provir dos próprios atores em presença no encontro e que os constroem, juntos, a conversa: trabalhadores e usuários” (TEIXEIRA, 2005, p.96). Desta forma, Teixeira (2005) busca o **acolhimento-dialogado**, de estabelecer uma rede de conversações. Os diferentes encontros estabelecidos em forma de rede caminham, ao longo dos serviços de saúde, desde a recepção do usuário no serviço, entendidos como espaço de investigação/elaboração/negociação das necessidades a serem satisfeitas até nos encontros assistenciais que marcam a passagem do usuário pelo serviço.

Esse funcionamento em rede, que se inicia na recepção e caminha para todas as atividades assistenciais do serviço é o fundamental no chamado acolhimento dialogado, como o autor explica no texto abaixo:

O acolhimento-diálogo, da perspectiva do desempenho global da rede, pode ser visto como uma espécie de distribuidor, de operador da distribuição, onipresente em todos os pontos da rede. Sendo tais encontros momentos pautados pelo espírito de entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória necessária de cada usuário através do serviço (TEIXEIRA, 2005, p.102).

Por outro lado, o autor discute que não é suficiente levar em conta o papel do acolhimento dialogado na dinâmica da rede, é necessário também reconhecer as dimensões declarativas, os domínios de ação (emoções) e do significado (linguagem) e as utilizações possíveis do próprio encontro. Prescreve para o acolhimento dialogado: o reconhecimento do outro como um legítimo do outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente e o sentido de uma situação é fabricado por um conjunto de saberes presentes. Resumindo essas preposições levantadas, Teixeira (2005) afirma que:

[...] todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogenizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto da convergência das diversidades (TEIXEIRA, 2005, p.105).

Estabelecer o sentido no ponto da convergência das diversidades é colocar em ação a técnica da conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades do usuário e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las (TEIXEIRA, 2005).

A dificuldade de ouvir as demandas dos usuários e de considerá-los como sujeitos com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população.

Ayres (2002) considera que essa maneira de perceber o outro implica certo “fechamento” (grifo do autor) de meios e fins, fazendo do indivíduo assistido pela técnica um objeto do conhecimento científico e intervenção técnica. Acredita no

cuidado como possibilidade de “abrir as ações de saúde para um verdadeiro outro – não objeto do sujeito técnico, mas outro verdadeiro na relação terapêutica” (AYRES, 2002, p.21).

Esse é o ponto de intersubjetividade do momento assistencial, que extrapola o tecnológico, onde o cuidado “busca ser um ‘espaço relacional’, busca tratar o assistido não só como objeto, mas também como sujeito”. Essa interação cuidadosa se apóia na tecnologia, mas não se limita a ela, estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela (a interação) constrói, pois “é um outro tipo de saber científico e tecnológico e que é trazido pela plena presença ‘do outro não técnico’ no ato assistencial” (AYRES, 2002, p.21).

Por outro lado, o autor ainda visualiza situações em que o profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (seja usuário ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida. Para atingir esse fim, os trabalhadores de saúde podem lançar mão dos saberes técnicos, mas também dos saberes populares, as convicções, os valores pessoais, a religião, entre outros.

Re-valorizar a dignidade dessa sabedoria prática é, portanto, uma tarefa e um compromisso fundamental quando se quer cuidar e não apenas tratar ”(AYRES, 2002).

Perceber o outro com dignidade, com compaixão é a virtude que o teólogo Leonardo Boff (2000) considera essencial em todos os atos de saúde. Para ele, o cuidado fundamenta-se em dois sentidos: o primeiro como atitude de respeito, de amor, de zelo - é estar junto do outro e não em cima dele. O segundo sentido diz respeito ao cuidado como o de preocupar-se com o outro, de se propor conscientemente que vou cuidar e não só interagir com a pessoa – articular o cuidado com as várias dimensões da vida humana, não só defender a vida humana

e sim de toda a comunidade.

Boff (2000), em seu texto *Cuidado: o ethos do humano* concebe que o cuidar é:

[...] mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2000, p.73).

Entendemos o sentido de cuidado de Boff, como uma atitude que se manifesta na relação entre seres – o cuidado como regenerador das possibilidades de vida.

Esse conceito de cuidado ampliado rompe com o entendimento que nós, técnicos ou profissionais de saúde, “sabemos” o que é bom para o usuário, excluindo deles o direito de escolher e de serem respeitados em sua forma de viver a vida diferente da norma instituída nos serviços de saúde (ALVES; GULJOR, 2004).

Essa possibilidade de cuidado não se concretiza em espaços compartimentados de saberes, em que a voz do usuário se fragmenta por entendimentos técnicos especializados e sim em locais de encontro de profissionais que acolhem integralmente a pessoa na perspectiva do cuidado ampliado, no trabalho em equipe, como abordaremos a seguir conforme competência exigida através do documento: “realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área” (BRASIL, 1999 c, p.20).

O trabalho em equipe como produção de atos terapêuticos em saúde

A orientação de trabalho em equipe consta tanto nas diretrizes para a formação dos profissionais de saúde (Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso

de Graduação e Educação Profissional de Nível Técnico), quanto das diretrizes para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde (Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS), o que já nos mostra que as propostas de formação e de exercício do trabalho em equipe multiprofissional estão colocadas como realidade para a área de saúde, não cabendo legitimidade a qualquer apelo ao contrário (CECCIM, 2004).

É importante discutir na questão do trabalho em equipe, as condições, os modos, meios, processos e dinâmicas para a sua efetivação (CECCIM, 2004) na perspectiva da atenção integral à saúde, da democratização das relações de trabalho e de interação trabalhador e usuário, a população, grupos sociais e os usuários, que necessariamente são considerados como participantes do processo (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Diante disso, é necessário refletir sobre a formação dos profissionais de saúde, que tanto por sua formação e habilitação profissional, devem estar aptos e qualificados para a assistência individual, como para compreensão ampliada da promoção da saúde e a prestação de práticas integradas de saúde coletiva (CECCIM, 2004). Nesse sentido, para o autor, o processo educacional deve ter em vista à formação de profissionais da saúde tanto para o desenvolvimento de suas capacidades gerais (competências identificadas para a grande área da saúde), como para as capacidades específicas de cada profissão, pois

[...] todo o processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições do trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que desloque do eixo - recortado e reduzido – corporativo – centrado, para o eixo plural e complexo – usuário-centrado (CECCIM, 2004, p. 259).

A necessária multiprofissionalização do trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades das profissões, pois as diferenças técnicas fazem-se

necessárias como possibilidades para a melhoria dos serviços prestados, como também permitem o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação e de maior produção (PEDUZZI, 2001). Porém, o problema reside quando as diferenças técnicas impõem uma negociação mais dura, sobretudo nos casos das profissões hegemônicas da saúde (CECCIM, 2004).

Ceccim (2004) parte da condição de que as profissões hegemônicas resistem a toda e qualquer ampliação de autonomia das demais profissões de saúde. Mesmo reconhecendo os amplos domínios cognitivos e práticos das várias profissões, as hegemônicas tentam impor como supervisão, alimentando a noção de delegação e a manutenção de uma subordinação suposta, o que leva a uma técnica de conservação, de preservação do mesmo e de tornar a negociação mais dura, isto é, “[...] disciplinarizar, escolher a fronteira, levantar mais altas as rugas que estriam o tecido social com racionalidades sedentárias e de exclusão da alteridade” (CECCIM, 2004, p.260).

Esse processo de imposição social está bem determinado, como por exemplo, no caso da medicina e da enfermagem, esta última, marcada historicamente pela submissão ao médico, como também na própria hierarquização do trabalho de enfermagem, que impõe ao auxiliar e técnico de enfermagem, a subordinação de seus atos profissionais ao enfermeiro.

Essa configuração se manifesta devido à educação formal, em que cada carreira, com sua lei de exercício profissional, seu currículo de habilitação técnica e sua participação no mercado de ocupações em saúde seguem o corte disciplinar que estrutura os projetos de formação e de trabalho de maneira compartimentada e parcial (CECCIM, 2004), que privilegiam saberes gerais e especializados, os quais incidem sobre os conteúdos escolares e constituem a base para os programas de

formação (JOBERT, 1999). O que se pretende com isso, é regular e normatizar as relações entre formação e trabalho, na medida em que se acredita na previsibilidade e na possibilidade de controle dos fenômenos das relações.

Ceccim (2004) aponta para a necessidade de mudança na formação profissional que enfoque a afirmação da vida de modo intrínseco aos atos de saúde. O autor considera a importância do trabalho em equipes multiprofissionais, mas também de uma prática, que denomina de “prática mestiça”, que seja capaz de escapar do limite disciplinar das profissões e de expor à alteridade (sem hierarquizações, sem divisões técnicas ou sociais), com os usuários e com a equipe de saúde.

O autor acima citado, parte do pressuposto de que, independente da habilitação técnica, todo o profissional de saúde atua no âmbito terapêutico – exerce práticas terapêuticas – de buscar a terapia das circunstâncias que geram a necessidade das suas ações profissionais e dos serviços de saúde. A prática terapêutica, a terapia (*therapéia*) significa trato cuidadoso, auxílio que habilite para a cura, guia para a autonomia e qualidade de vida, tratamento. Pela condição de terapeuta, o profissional de saúde deverá apropriar-se de recursos e instrumentos de intervenção clínica – entendida como conhecimento sistematizado de sinais e sintomas e como experiência de atendimento em situações de adoecimento, à beira do leito (*Kliné*) que indica a prática do ato dedicado de tratar/cuidar/escutar. Assim, o autor considera que “o que define um profissional de saúde é a sua condição objetiva de assistir, sua habilitação técnica para a clínica, sua profissionalização para o ato terapêutico, sua dedicação ao cuidar” (CECCIM, 2004, p.262).

Apesar das diferenças que existem entre uma profissão de graduação universitária (que compete um elevado pensamento científico) de uma profissão técnica ou tecnológica (que requer elevado domínio prático de conhecimentos e

habilidades para desenvolver e concretizar os procedimentos), a terapêutica ocorre em vários planos e poderá ser realizada por múltiplas categorias profissionais, como também por múltiplos campos de conhecimentos e de práticas e até de outros setores de ação social, o que nos leva a inferir que um projeto terapêutico que busca a integralidade e a resolubilidade exige uma prática social e complexa, que não responde a atos profissionais isolados, mesmo em face das diversas áreas de especialidade de uma profissão (CECCIM, 2004).

Uma das tentativas de romper com os atos profissionais isolados, fragmentados e compartimentados foi com o enfoque interdisciplinar, fortemente abordado, na década de 1980, tanto no campo da saúde pública, como no da saúde mental, quando o conceito ampliado de saúde começa a exigir novas abordagens para a produção de conhecimentos e para a intervenção prática. A interdisciplinaridade passa a ganhar status frente à complexidade do sujeito, da saúde como um meio de realização pessoal e coletiva, e passa a fazer parte do processo de trabalho dos serviços de saúde (GOMES; DESLANDES, 1994).

Porém, a interdisciplinaridade, entendida não como uma somatória de conhecimentos, mas sim, respeitando a identidade e a especificidade de cada disciplina em vista de se chegar a um acordo ou compromisso sobre um problema, isto é, construir um objeto teórico comum (SCHARAMM, 2001) como também uma zona de interseção comum entre as disciplinas, para qual um objeto comum seria designado (BARROS e PASSOS, 2000). Outrossim, até como uma forma de flexibilização na organização curricular, de integrar os estudos de diferentes campos, abrindo-se para a possibilidade de relacionar as disciplinas em atividades ou projetos de estudo de pesquisa e ação (BRASIL, 1999b), o máximo que a interdisciplinaridade conseguiu foi manter as fronteiras disciplinares, dos objetos e,

especialmente, dos sujeitos desses saberes (BARROS; PASSOS, 2000).

Ceccim (2004), ao analisar esta questão e considerando os sujeitos dos saberes como profissionais de saúde, propõe uma noção de multiprofissionalização que transportaria a noção do sujeito individual para a noção de uma equipe “desassujeitada” (grifo do autor), por saberes e práticas individuais. O autor estabelece que o trabalho em saúde é ordenado por práticas profissionais de diferentes recortes epistêmicos e efetuações clínicas, porém, os recortes são limitados para exercer uma clínica da atenção integral quanto para compreender as conexões de um quadro fisiopatológico ou psicossocial, como modos de acolher ou reagir ao andar de vida do usuário. Sugere a seguinte forma de trabalho em equipe: em uma margem, situaria cada uma das identidades profissionais, na outra margem, cada uma das outras identidades profissionais e uma terceira margem onde se daria a possibilidade terapêutica, a produção do ato terapêutico.

Para o autor:

[...] a terceira margem é a travessia, a falta de identidade das margens, aquela que se torna intempestiva e não produto do tempo das margens[...]. A terceira margem é a travessia, da transmutação de valores, da surpresa dos clínicos (aqueles) de dos usuários (aqueles). Não é portanto a nova clínica, renovada e desejada, não é uma clínica do passado que se opõe a uma clínica do presente. Nem posto e nem oposto, incessantemente exposto*¹¹(CECCIM, 2004, p.264).

A novidade que o autor propõe, a partir do trecho acima transcrito, é a ética **entre-disciplinar** à estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde. É a passagem pelo lugar mestiço, que ocorre no meio, no **entre**, onde não há intercessão, não há domínios. Nesse lugar interdisciplinar, não há o cruzamento ou interseção entre os profissionais, mas “a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança,

¹¹ Ricardo Burg Ceccim (2004) utiliza a expressão “Nem posto e nem oposto, incessantemente exposto” de Michel Serres – Filosofia mestiça = Lê tiers-instruit. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1991.

resultando em alteridade e aprendizagem [...] surge, então, a terceira margem não a intercessão da interdisciplinaridade, mas a emergência do entre” (CECCIM, 2004, p.265).

O autor explica que no desenho da intercessão não ocorreria uma terceira identidade, mas um lugar de efeitos, de *defasagem de si*, de *sensibilidade* (grifos do autor). Assim, a entre-disciplinaridade seria um local de sensibilidade e equilíbrio metaestável onde a prática terapêutica emergiria em “prática mestiça” ou “prática nômade”, em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio seria a transformação permanente, como explica no trecho abaixo:

Nesse lugar-meio encontra-se aquele que aprende, que entra em alteridade, que se depara com as fragilidades de cada profissional/disciplinar para dar respostas aos problemas concretos (do experimentar da vida), onde não é possível discernir qual atuação própria e privativa pode se dispor da oferta da atenção, cuidado, tratamento, cura ou terapia necessária ao singular evento do assistir e à singular experiência de vida que se põe em cena (CECCIM, 2004, p.266).

Merhy (2007) chama esse espaço de “encontro autopiético” onde ocorre o encontro de *n* vidas, em múltiplas produções. Nesse encontro autopiético, um movimento de vida produzindo vida, é o que permitiria o re-significar as cenas, que passam a ter novos sentidos. O autor também chama esse espaço de “espaço intercessor”. Utilizando o conceito de “intercessores” de Deleuze em seu livro *Conversações*, o autor designa esse espaço como:

[...] o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos” e que existe para os “dois” só em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou e que desaparece, porém permitindo novas territorializações, como um fabricar de novos sujeitos/ territórios, após encontros (MERHY, 2007, p.33).

Esse conceito vem ao encontro da proposta de Ceccim (2004), na busca da terceira margem, das novas territorialidades, como Merhy descreve. Porém, antes de avançarmos nela, precisamos considerar que a proposta de competência geral

descrita pela Resolução nº 4/99, “realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área”, consideramos que para uma prática de saúde na perspectiva do cuidado integral, como um processo de atos terapêuticos, a competência institucional da terapêutica profissionalizada não depende apenas de conhecimentos científicos das profissões, mas também de conhecimentos aproximativos, como descrito no trecho abaixo:

Neste caso, depende da coragem das práticas criativas e inventivas, capazes de se deparar com o espaço liso da perda dos domínios e das referências fortemente instituídas, para nomadizar com sensibilidade e responsabilidade pela prestação de cura, cuidados e escutas (CECCIM, 2004, p.269).

Desta forma, cabe re-significar a competências gerais “coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação” e “identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe”, que consideraremos em uma única competência a ser construída para a formação de profissionais de enfermagem de nível médio.

O campo de atuação e a responsabilização do trabalho em saúde

Abordamos anteriormente, que o objetivo do trabalho em equipe é a produção de atos terapêuticos e que somente na equipe é que podemos realizar atos de saúde frente aos problemas concretos dos usuários, o que não poderá ocorrer num modelo de equipe hierarquizado de poderes burocráticos e administrativos, com profissionais subordinados e subalternizados.

Ceccim (2004) considera que, para ocorrer uma prática terapêutica nos serviços de saúde, precisamos da oferta e da prestação direta dos saberes e práticas de saúde, conformados em profissões (recortes profissionais) e na

mobilização das fronteiras dessas conformações, através de uma intensa permeabilidade dessas fronteiras. Para o autor, o trabalho em saúde no movimento entre-disciplinar teria “[...] nos recursos e instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimentos e atos de uma profissão, a oportunidade de compor e inventar a intervenção coletiva constituindo-se cada desempenho ampliado ou modificado em desempenho protegido pela condição da equipe” (CECCIM, 2004, p.269). Para melhor entendermos esse processo, tomaremos os conceitos de Campos (1997) sobre **núcleo e campo de competência e responsabilidade** ao planejar a formação e prática profissional em saúde.

O “núcleo de competência” diz respeito às responsabilidades específicas de cada profissão ou especialidade e seu conjunto de saberes e que marcaria a diferença entre os membros de uma equipe, a identidade de cada profissional, as ações de sua exclusiva competência. Já no “campo de competência”, envolveria o máximo de possibilidades de competências em que se teriam saberes e responsabilidades confluentes a várias profissões ou especialidades (CAMPOS, 1997). Tomando como exemplo os auxiliares e técnicos de enfermagem, o núcleo de competência seria as atividades profissionais, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, regidas pelo exercício profissional, que conferem a sua habilitação técnica, o domínio prático de conhecimentos e habilidades e a concretização desses procedimentos. No campo de competência, esse auxiliar e técnico de enfermagem poderia exercer, além de suas funções de habilitação técnica, outras atividades terapêuticas que independem de habilitação ou especialização técnica específica, como por exemplo, ofertar grupos e oficinas de música, de jardinagem, de atividades físicas, de alfabetização, entre outros, conforme as necessidades dos usuários e seus projetos terapêuticos em concordância da equipe, do profissional de referência. Desta maneira, o auxiliar ou técnico de enfermagem (ou outro profissional,

psicólogo, educador físico, médico), se incluiria, no trabalho interdisciplinar em saúde pelo lado matricial oferecendo suas atividades de campo que poderiam ou não ser incluídas no projeto terapêutico conforme o triplo entendimento acima referido.

Cabe salientar que nessa lógica de trabalho, amplia as possibilidades terapêuticas do serviço de saúde, além de desfragmentar o atendimento e valorizar as potencialidades dos profissionais, aumentando a sua aproximação e comprometimento/responsabilidade diante dos casos, como também o envolvimento do próprio usuário com seu projeto terapêutico.

Nesta lógica, a equipe comporia o tempo todo um sistema de práticas em aberto ao invés de um sistema burocrático de divisão técnica do trabalho em situação abstrata de competências e habilidades por título profissional (CECCIM, 2004). O autor enfatiza que a atenção gerenciada na equipe “permitiria a invenção e a autorização de desempenhos protegidos, tendo como meta projetos terapêuticos responsáveis pela resolubilidade das ações e dos serviços de saúde” (CECCIM, 2004, p.269).

Reportando-se aos processos de ensino e de exercício das profissões, Ceccim (2004) considera que pensar em práticas sociais de formação e de trabalho requer problematizar os processos de formação e trabalho, como explica abaixo:

Se todo profissional de saúde requer habilitação técnica para a clínica e para a operação de recursos e instrumentos terapêuticos, então ele deve ser responsabilizado por assistir em conjunto com sua equipe de organização da atenção à saúde. Reconhecer, validar e legitimar o assistir em conjunto desloca, definitivamente, o eixo corporativo-centrado das práticas profissionais de saúde, para o eixo usuário-centrado (CECCIM, 2004, p.270).

Para isso, cabe ainda considerar, retomando a perspectiva da ética entre-disciplinar, que a equipe multiprofissional, visualizada como território de exposição e

de experimentação deveria fazer parte da organização do trabalho em saúde e ferramenta de apropriação de saberes, de práticas e transformações, pois ela gera matriciamentos e interdisciplinaridade, com alargamento das responsabilidades e das resolubilidades individualizadas em profissões (CECCIM, 2004). Neste território, é por onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional, se pensarmos que todo profissional de saúde independentemente do seu papel profissional é sempre um operador do cuidado, isto é, “[...] sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico de tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos” (MERHY, 2007).

A reconstrução da prática clínica tem sido um aspecto de relevância da Reforma Psiquiátrica. Para Amarante (2003) a relação técnico-instituição-sujeito não poderá mais reproduzir aquela clínica da medicina naturalista e sim reinventar a clínica de construção de possibilidades, de subjetividades, para que os profissionais de saúde possam efetivamente responsabilizar-se com o sofrimento humano, isto é, encarregar-se dos problemas que acometem a vida do sujeito-enfermo.

Neste sentido, faz-se necessário que os operadores de saúde sejam médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos de enfermagem, psicólogos, agentes comunitários, entre tantas outras profissões, criem competências para lidar com o sofrimento do outro nos vários dispositivos, estratégias e serviços de saúde e que essas competências estabeleçam a construção de novos conhecimentos, de conceitos, de novas formas de invenção de vida e saúde (AMARANTE, 2003).

Para isso, são necessários espaços verdadeiramente democráticos em que exista o respeito na relação entre os indivíduos, na relação profissional - usuário - comunidade, no respeito à liberdade de escolha que se manifesta pela atitude ética

solidária, do respeito à dignidade humana como consideraremos a seguir.

A ética como dignidade humana

O princípio ético como competência geral para os profissionais técnicos da saúde é identificado pela Resolução CEB nº 4/99, como: “[...] interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta profissional de saúde” (BRASIL, 1999c, p.20).

Em se tratando dos profissionais de enfermagem, no caso dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, as normas para o exercício profissional estão estabelecidas através das Leis regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem. Porém, não iremos buscar a construção de competências específicas de caráter deontológico, mas buscar como princípio ético no cuidado, a garantia do respeito à **dignidade humana**.

Nesta análise, tomaremos algumas considerações de Benevides (2003) no que trata do trabalho educacional em direitos humanos com vistas à formação de uma cultura de respeito à dignidade humana.

Para a autora, a educação em direitos humanos é essencialmente a formação de uma cultura de respeito à dignidade humana mediante a promoção e a vivência dos valores da liberdade, da justiça, da igualdade, da solidariedade, da cooperação, da tolerância e da paz, o que significa criar, compartilhar e consolidar mentalidades, costumes, hábitos em favor de todos esses valores e transformá-los em práticas.

Colocar em ação essa cultura significa mexer com o que está mais enraizado nas mentalidades, muitas vezes, marcadas por preconceitos, por

discriminação, pela não aceitação dos direitos de todos, pela não aceitação da diferença, fruto de uma visão tradicional de cultura como conservação dos costumes, das tradições, das crenças e dos valores (BENEVIDES, 2003).

Trata-se, portanto como sugere Benevides (2003), de uma mudança cultural de extrema importância, pois implica desmontar valores e costumes arraigados em nossa sociedade, como por exemplos, o nosso sistema de ensino autoritário, elitista, e com uma preocupação muito mais voltada para a moral privada do que para a ética pública; nossa complacência com a corrupção, dos governantes e das elites; nosso descaso com a violência, quando ela é exercida exclusivamente contra os pobres e os socialmente discriminados; nossa sociedade racista e preconceituosa contra todos os considerados diferentes, etc.

A mudança cultural necessária deve levar ao enfrentamento de tal herança e ainda ser instrumento de reação contra várias deturpações que fermentam em nosso meio cultural. Para Benevides (2003), os direitos humanos são:

[...] aqueles direitos considerados fundamentais a todos os seres humanos, sem quaisquer distinções de sexo, nacionalidade, etnia, cor da pele, faixa etária, classe social, profissão, condição de saúde física ou mental, opinião política, religião, nível de instrução e julgamento moral (BENEVIDES, 2003 p. 312).

Os direitos humanos são indispensáveis para a vida com dignidade. Não se trata apenas de algo abstrato ou como também em saber identificar um comportamento indigno. Indignados todos nós ficamos em ver, por exemplo, o abandono dos idosos nas filas dos postos de saúde em busca de uma senha para serem atendidos, da omissão de socorro nos hospitais, diariamente vistos pela televisão; pelo descaso com as pessoas em sofrimento mental muitos ainda abandonados nos hospitais psiquiátricos e entre tantos outros descasos. “A dignidade do ser humano não repousa apenas na racionalidade, mas também na

emoção, pois o homem não é apenas um ser que pensa e raciocina, mas que chora, ri, que é capaz de amar e odiar, que é capaz de sentir indignação e enternecimento” (BENEVIDES, 2003, p.314).

O ser humano tem a sua dignidade explicitada mediante características que são únicas e exclusivas; além da liberdade como fonte de vida ética, somente o ser humano possui vontades, de preferências valorativas, de autonomia e de autoconsciência como o oposto da alienação (BENEVIDES, 2003).

Ao apontar Kant que afirma que o ser humano é o único ser, cuja existência é um valor absoluto que deve ser tratado como um fim em si mesmo e não um meio para outras coisas, Benevides (2003) enfatiza que os direitos humanos estão profundamente ligados à essência do ser humano, independentemente de qualquer ato normativo e são interdependentes e indivisíveis, pois valem para todos e não apenas para os direitos individuais, ou só de defesa social ou ambiental.

Esta indivisibilidade é importante, no que trata do cuidado à saúde. Parafraseando com Benevides (2003) no processo educativo em direitos humanos e traduzindo para o campo da saúde, o que desejamos na formação de profissionais de enfermagem? Quais efeitos nas ações de saúde que queremos com esse processo educativo?

Primeiramente, queremos um cuidado em saúde que esteja ligado à vivência do valor da igualdade em dignidade e direitos para todos, isto é, que proporcione o desenvolvimento de sentimentos e atitudes de cooperação e solidariedade, não como tolerância passiva de mera aceitação do outro, com o qual se pode não estar solidário, mas como valor ativo vinculado à solidariedade.

Uma segunda premissa é considerar que o cuidado em saúde deverá levar ao desenvolvimento da capacidade de responsabilidade, de perceber as

consequências sociais e pessoais de cada escolha.

Como terceira premissa, o cuidado em saúde deverá possibilitar a participação dos trabalhadores como cidadãos participantes, críticos, responsáveis e comprometidos com as mudanças das práticas que violam e negam os direitos humanos e, mais ainda, visar à formação de personalidades autônomas, intelectual e afetivamente sujeitos de direitos e deveres, capazes de julgar, escolher, tomar decisões, serem responsáveis e prontos para exigir não apenas os seus direitos, mas que os direitos dos outros sejam respeitados e cumpridos.

Por fim, a atitude do cuidar em saúde – que acolhe integralmente a pessoa na sua fragilidade, na sua dor não se esgota, porque na medida em que a pessoa for regenerando as possibilidades de sua vida, de seus direitos ela estará indo ao encontro da autonomia.

A busca da autonomia como princípio libertador

“Orientar clientes ou pacientes a assumirem, com autonomia a sua própria saúde” (BRASIL, 1999c, p.20) - como competência geral exigida para a formação de profissionais de saúde de nível técnico, como cita o documento, à primeira vista nos faz pensar em algo como fazer com que o paciente assuma os cuidados com sua própria saúde o mais independente possível dos serviços de saúde.

Utilizamos a palavra independente de forma proposital, pois na linguagem do senso comum autonomia quase sempre está associada à questão de independência.

Pelo dicionário de “Antônimos & Sinônimos” de Rios (2005, p.53 e 221), autonomia é sinônimo de “independência e liberdade” sendo o seu antônimo a

“dependência”. Da mesma forma, independência é sinônimo de “autonomia, emancipação e libertação” e o seu antônimo é descrito como “dependência”.

É interessante visualizar que o ponto comum tanto da independência como o da autonomia, está na liberdade, como sinônimos e na dependência, como antônimos.

Tomando as questões de **liberdade** e **dependência** é que iremos caminhar na construção da autonomia como competência específica na formação de profissionais de enfermagem de nível médio.

Como anteriormente citamos, sobre o processo saúde-doença, entendemos que promover saúde é aumentar o campo de possibilidades, de ampliar o espaço vivencial do indivíduo de modo a desencadear uma mudança estrutural no qual o estado seguinte seja mais complexo sem a perda da identidade (KINOSHITA, 2000).

Pensar neste sentido de promoção da saúde, como também do cuidado como ato regenerador de possibilidades de vida, como cita Leonardo Boff, iremos considerar a seguinte definição de autonomia de Kinoshita (1996).

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente (KINOSHITA, 1996, p.57).

Para compreender essa definição de autonomia, primeiramente precisamos considerar que a construção de sujeitos autônomos requer um cuidado que prime pela liberdade e pelo respeito ao outro.

Alves e Guljor (2004) apontam que uma das premissas do cuidado é a da **liberdade** em negação ao isolamento - romper com a necessidade de manter o indivíduo afastado do seu meio para que o seu quadro, o seu diagnóstico, seja identificado. Considerar essa premissa, segundo os autores, é pensar numa

intervenção voltada para a readequação do padrão de convívio social.

Ao lançar mão do conceito de liberdade, imediatamente nos reportamos ao respeito das diferenças e esse cuidado implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações, pautadas em sua história e de forma singularizada (ALVES e GULJOR, 2004, p. 227).

Essa premissa é de extrema relevância, no que trata da saúde mental como da saúde em geral, pois ainda encontramos no âmbito dos serviços de saúde a desconsideração pela liberdade de escolha e o respeito pelas decisões individuais dos usuários, em nome do bem-estar do indivíduo, do serviço de atenção ou da segurança da coletividade.

No campo da saúde mental, a organização dos processos de trabalho ainda se norteia pelo modelo médico hegemônico da racionalidade médica, centrada em fenômenos patológicos e no ato prescritivo. O isolamento ainda continua, não só nos hospitais psiquiátricos, mas também nos serviços “abertos” onde os discursos técnicos calam os pacientes (monólogo da razão sobre a loucura) e utilizam a medicação como estratégia terapêutica central (YASUI, 2006). Tal modelo, segundo esse autor, talha a construção de projetos de vida autônoma por transformar o sujeito em um ser incapaz de suprir suas necessidades mais básicas, em um objeto de exercício de ações benfeitoras, de seres pretensamente superiores. Esse modo assistencialista, fruto de uma psiquiatria preventiva que sufoca e ao mesmo tempo controla a vida do indivíduo, localiza a doença e o doente antes mesmo de sua emergência.

Fortes (2000) aponta para o mesmo fato, no que trata das ações de saúde pública, que muitas vezes se restringem e desconsideram as liberdades e as decisões individuais, por medidas benfeitoras em nome da supremacia do interesse público sobre o individual. O autor cita como exemplo, as das ações da vigilância

epidemiológica, como a da imunização em massa, o isolamento ou quarentena das pessoas portadoras de moléstias infecciosas mesmo contra a sua vontade e a notificação compulsória, que limita o indivíduo do direito à privacidade de informações.

Yasui (2006), ao avaliar esta questão da medicina preventiva que ainda permeia os serviços de saúde, refere que ato do cuidado necessita de uma medida justa, pois o excesso de cuidado pode sufocar e até mesmo produzir dependência:

O justo limite é aquele que se equilibra na corda da produção da autonomia atenta para não produzir dependência ou tutela. Equilíbrio entre a produção da liberdade ou servidão voluntária (YASUI, 2006, p.116).

Kinoshita (1996) nos convida a refletir a questão da **dependência** de uma forma inversa do da tutela que é uma dependência restrita/restritiva, que diminui o poder de contratualidade, de autonomia do usuário, como cita abaixo:

Somos mais autônomos quanto mais dependentes, de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a nossa vida (KINOSHITA, 1996, p.57).

Ainda adverte que não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência ou independência, mas como um processo de restituição do poder contratual.

Para Saraceno (1996), todas as pessoas possuem um determinado nível contratual, uns mais, outros menos. Porém, as instituições de “saúde”, ou melhor, instituições de reprodução de doenças são locais, de troca zero, por transformar qualquer manifestação de poder (positivo) por parte do paciente em negatividade pura do sintoma, ou na melhor das hipóteses estacioná-la num patamar de assistência humanizada, mais tolerante, porém igualmente excluída e desvalida (KINOSHITA, 1996).

É necessário que os estabelecimentos de saúde tomem o cuidado com o outro como um processo de restituição de poder contratual, pois sabemos que muitos pacientes têm um nível de contratualidade que tende a zero, ou porque não tem rede social ou porque tem uma capacidade de produção social muito baixa, muito limitada e então perdem seu nível de contratualidade (SARACENO, 1996).

O papel dos serviços de saúde é o de aumentar o quanto mais o poder contratual dos usuários - de ampliar as redes sociais – de favorecer que a pessoa seja dependente de tanto mais relações sociais, materiais e afetivas ela possa ter para a construção de sujeitos sociais e sujeitos autônomos.

Esse é o sentido de autonomia que Kinoshita (1996) considera como fundamental para o trato com o outro, de estabelecer uma relação de trocas, de valor social para que a pessoa possa gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente.

Da mesma forma, Rios (2001) em seu livro *“Compreender e ensinar”* avalia a questão da autonomia e da liberdade não como sinônimos de independência. Para a autora, a liberdade está articulada à autonomia e que ambas são sempre relativas, pois elas são algo que se experimenta em relação, no convívio com outras pessoas, como esclarece no trecho abaixo transcrito:

Não se pode falar, portanto, de liberdade absoluta, ou de autonomia absoluta, identificadas com ausência de limites para as ações dos indivíduos. A liberdade e a autonomia se experimentam em situação e não há situações sem que haja limites. Uma situação é uma articulação de limites e possibilidades. Podemos mesmo afirmar que se é tanto mais livre quanto mais se reduzam os limites e se ampliem as possibilidades que se encontram nas situações vivenciais (RIOS, 2001, p.124).

Quanto aos limites e às possibilidades da liberdade, a autora, aponta para a responsabilidade. Somos responsáveis porque somos livres e somos livres respondendo aos outros que nos interpelam, nos desafiam e, nos dignificam com

sua presença.

Operar no âmbito da saúde seria a capacidade de luta, de sair da margem de manutenção perene de qualquer equilíbrio, de adaptação, para um movimento de luta pela vida, pela condição de ser sujeito em suas trilhas, autor de seus percursos.

Para a formação de competências que busque operadores de enfermagem de nível médio, no sentido acima referido, há de se construir competências políticas e socioculturais, pois serão nelas, no diálogo entre os serviços e a comunidade, na participação ativa dos profissionais na luta pelos direitos dos usuários e na construção da cidadania. É nessas dimensões que se mudam as mentalidades, as atitudes e as relações sociais.

4.3 A dimensão jurídico - político e sociocultural na análise das competências profissionais gerais

Na **dimensão jurídico-político**, Paulo Amarante (1999, 2003) destaca a importância de discutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais. No processo da Reforma Psiquiátrica, essa dimensão é de extrema relevância, pois a loucura sempre foi relacionada à incapacidade de o sujeito em estabelecer trocas sociais e simbólicas. Essa dimensão simultaneamente está relacionada à **dimensão sociocultural** – que expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, por se tratar da transformação do lugar social da loucura, da transformação das relações entre a sociedade e a loucura (AMARANTE, 2003).

No campo da saúde mental, tanto a dimensão político-jurídico como a sociocultural, apontam para as questões dos direitos humanos e sociais e a

mudança cultural: o direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece (AMARANTE, 2003) e a importância da mudança cultural: a transformação dos valores mais arraigados que ainda permeiam a nossa sociedade. Essas questões podem ser consideradas no campo da saúde de uma forma geral, pois como anteriormente discutimos em relação à ética como dignidade humana, a nossa sociedade ainda está marcada por preconceitos, pela discriminação, pela não aceitação dos direitos de todos, das diferenças, entre outros, fruto de uma visão tradicional de cultura como conservação dos costumes, das crenças e dos valores, o que implica desmontar esses valores (BENEVIDES, 2003).

A Resolução CEB nº4/1999 aponta para a necessidade do profissional de saúde de nível técnico ter conhecimento sobre a estrutura e a organização do sistema de saúde, de saber interpretar e aplicar a legislação referente aos direitos dos usuários, de prestar informações ao paciente, ao sistema de saúde e a outros profissionais sobre os serviços que tenham sido concedidos (BRASIL, 1999c). De certo que esses conhecimentos são importantes para a prática profissional competente, porém, somente ter conhecimentos sobre o sistema de saúde e sobre a legislação dos direitos dos usuários não garante a transformação do lugar social, da mudança cultural dos valores excludentes o fortalecimento da participação e as trocas sociais tanto dos usuários quanto dos trabalhadores.

Nesse sentido, e considerando a necessidade dos profissionais de enfermagem de serem partícipes das questões sociais e políticas, como agentes capazes de transformar essa realidade, que exclui, marginaliza, e desconsidera o outro, para a construção de relações solidárias, afetivas, preocupada em prestar um cuidado integral, de acolhimento e responsabilidade, iremos caminhar nestas dimensões delineando as competências gerais acima citadas em conjunto,

visualizando-as em termos de **cidadania**, pois elas apontam para questões das relações e direitos sociais.

Cidadania: a possibilidade de experiência participativa na comunidade

A Constituição Federal de 1988, que ficou conhecida como a Constituição Cidadã, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania.

Atualmente, tanto no campo da saúde coletiva como no da saúde mental, o SUS é uma realidade, o acesso aos serviços de saúde ampliou-se, os Centros de Atenção Psicossocial e as estratégias do Programa da Saúde da Família foram consolidados, as conferências e conselhos de saúde foram criados para colocar em prática a diretriz da participação popular, dos direitos individuais e coletivos seguindo as políticas de saúde estabelecidas através das leis e portarias com vistas a sua concretização. Delinearemos abaixo algumas delas que apontam para a questão da cidadania, em relação a uma sociedade mais justa.

A Lei 8.080 de 1990 em seu art. 7 estabelece as ações e serviços públicos e privados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, indicando os seguintes princípios: **universalidade** de acesso de saúde em todos os níveis de assistência; a **integralidade** entendida como um conjunto articulado das ações individuais e coletivas em todos os níveis de complexidade do sistema; a **preservação da autonomia** das pessoas de sua integridade física ou moral; **igualdade** da assistência da saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; **direito das pessoas** em relação a informações sobre a sua saúde

e assistência prestada; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilidade pelo usuário; **participação comunitária**; **capacidade de resolução** dos serviços em todos os níveis de assistência, **descentralização** político-administrativa com ênfase na descentralização dos serviços para municipais e regionalização e **hierarquização** da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde apontam, em seus princípios, que todo o cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, ao tratamento adequado e efetivo, que respeite sua pessoa, seus valores e seus direitos. Em relação aos deveres, o documento indica que é dever do cidadão a responsabilidade em relação ao seu tratamento e que seja realizado de forma adequada. Considera também o seu compromisso junto aos gestores para que seus direitos sejam cumpridos (BRASIL, 2006).

Em relação à Reforma Psiquiátrica, a Lei nº10.216/2001 garante à pessoa portadora de sofrimento psíquico o direito a um tratamento digno, com respeito, visando alcançar sua recuperação e sua inserção na família, trabalho e comunidade. Essa lei ainda aponta para o tratamento efetuado em serviços extra-hospitalares, sendo a internação psiquiátrica somente indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2004).

Anteriormente a Lei nº10.216/2001, a Portaria nº106/2000 já indicavam para a necessidade de garantir uma assistência integral e em saúde mental tendo como eixo norteador a Reabilitação Psicossocial para portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2004).

Em 2002, a Portaria nº336 buscou definir os parâmetros para os Centros

de Atenção Psicossocial indicando seu papel regulador de porta de entrada na rede assistencial, bem como as atividades a serem desenvolvidas por nível de complexidade, sendo que “atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na sua comunidade e sua inserção familiar e social” estão previstas nas três modalidades de serviços (CAPS I, CAPS II e CAPS III) (BRASIL, 2004 p. 127, 128 e 130).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde tem estimulado “políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental” (BRASIL, 2007, p.20)

Nesta direção, o arcabouço político-jurídico apontados acima nos mostra que a consolidação da Reforma Sanitária e Psiquiátrica passa pela questão de inserir o portador de sofrimento psíquico e a pessoa em desvantagem social na sua comunidade, em serviços de atenção básica, garantindo os seus direitos e atenção integral, visando a mudanças dos padrões culturais que os excluam do contexto social. Porém, pensar numa prática de saúde e social que tenha como objetivo a cidadania, de participação social é necessária a construção de um trabalhador de saúde com compromisso ético-político, comprometido com uma práxis transformadora. Para isso, é necessário, como analisa Rios (2001) que não basta ter direito de participar, mas criar condições efetivas para essa participação.

A autora aponta que na democracia das sociedades capitalistas, a cidadania vai se identificar com a possibilidade de participar, através do voto, de decisões políticas, mas para o efetivo exercício da cidadania, a democracia representativa precisa estar articulada à democracia participativa, como explica no trecho abaixo, citando Boaventura Santos (2000):

[...] para que tal articulação seja possível é necessário que o campo político seja radicalmente redefinido e ampliado. A teoria política liberal transformou o político numa dimensão setorial especializada da prática social – o espaço da cidadania – e confinou-o ao Estado. Do mesmo passo, todas as outras dimensões da prática social foram despolitizadas e, com isso, mantidas imunes ao exercício da cidadania. O autoritarismo e mesmo o despotismo das relações sociais “não-políticas” (econômicas, sociais, familiares, profissionais, culturais, religiosas) pôde assim conviver sem contradição com a democratização das relações sociais “políticas” e sem qualquer perda de legitimação para estas últimas (SANTOS, 2000, apud RIOS, 2001, p.116).

Assim, para Santos, há a necessidade de ampliação do caráter democrático das subjetividades individuais e coletivas como meio de luta pela emancipação e contribuição efetivamente para a ampliação da democracia social. Isso significa, segundo Oliveira (2006), em seu livro *Boaventura & a Educação*, uma redefinição do campo político, que foi reduzido na modernidade ao espaço de cidadania, que seria:

“A nova teoria democrática deverá proceder à repolitização global e o campo político imenso que daí resultará e permitirá desocultar formas novas de opressão e de dominação, ao mesmo tempo em que criará novas oportunidades para o exercício de novas formas de democracia e cidadania. [...] Politizar significa identificar relações de poder e imaginar formas práticas de transformar-las em relações de autoridade partilhada (SANTOS, 2000, apud OLIVEIRA, 2006, p. 68).

Para a autora, significa que ampliar a democracia passa pela superação dos autoritarismos que existem em todas as formas de relacionamento social, de reconhecer o caráter político dessas relações sociais existentes em todos os espaços-tempos, com o objetivo de entender que cada um dos espaços estruturais de interação social (espaço de cidadania, espaço doméstico, de produção e espaço mundial – espaço de mercado e comunidade) precisa ser entendido como um espaço político específico.

Neste sentido, a ampliação do conceito de cidadania também se faz necessária, entendida para “além do princípio da reciprocidade e simetria entre

direitos e deveres” (SANTOS 2000, apud OLIVEIRA 2006, p. 69), passando a ser identificada não só com a obrigação política vertical entre cidadãos e Estado, mas também como uma obrigação política horizontal entre os cidadãos, ou seja, um processo de interação social nos diferentes espaços estruturais como uma das bases da construção da democracia social (OLIVEIRA, 2006).

A partir desse entendimento, de uma “nova teoria democrática” que aponte para a “repolitização da prática social”, Rios (2001), através dos estudos de Dagnino (1994), considera a emergência de uma nova noção de cidadania. Para ela:

- na nova cidadania, há possibilidade de não só usufruir dos direitos existentes, mas de inventar novos direitos;
- a nova cidadania se dá como estratégia dos excluídos, com a definição dos direitos pelos que não são considerados cidadãos;
- a nova cidadania se constitui num desenho mais igualitário das relações sociais;
- a nova cidadania inclui não só a relação do indivíduo com o Estado, mas a relação com a sociedade civil;
- a nova cidadania reivindica não a “inclusão” no sistema político, mas o direito de participar na própria definição do sistema;
- a nova cidadania leva em conta a diversidade de questões emergentes nas sociedades contemporâneas [...] (DAGNINO, 1994 apud RIOS, 2001, p.116).

Analisando essa nova forma de cidadania, de transformar as relações de poder em relações de autoridade partilhada, requer a construção de um espaço para que conjuntamente profissionais de saúde e usuários dos serviços estabeleçam regras e caminhos consensuais na busca e desenvolvimento de um projeto coletivo. Porém, como operar dessa forma nos espaços que ainda os profissionais não reconhecem no outro, como portador dos mesmos direitos? Como superar o descaso que se estabelece naquele que é diferente de mim, e considerá-lo igual através das diferenças?

Neste ponto, como anteriormente citamos, o reconhecimento do outro tem como consectário o respeito. A partir de uma visão ideologizada da vida social, costuma-se dizer que respeitamos o outro quando não interferimos em suas vidas, o que não é uma ação comprometida com o direito do outro; isso se chama indiferença, que nada contribui para a formação da cidadania e nem tão pouco com a mudança cultural tanto dos serviços de saúde como nos espaços educacionais, que ainda são permeados de conformismos frente aos preconceitos e desigualdades sociais. Respeitar, como considera Rios (2001) não deve significar “deixar como está” e sim intervir no sentido de permitir o desenvolvimento das potencialidades e de estimular novas capacidades.

Também a indiferença está expressa no “deixa pra lá”, “quem sabe depois”, “não é da minha ou nossa competência” entre outras falas presentes no cotidiano que sempre deixam para depois, ou não deixam acontecer, nunca sabendo se ao menos poderia dar certo, de construir algo agora, sem deixar para o futuro a responsabilidade de resolver coisas que deixamos para depois.

Aqui cabe ressaltar as reflexões de Boaventura Santos (2007), que desde 2000, em seu livro *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*, analisa que temos uma concepção do presente que é contraída, porque a concepção da racionalidade que possuímos não nos permite ter uma visão mais ampliada do nosso presente. O autor propõe a inversão desse pensamento, como procedimento epistemológico: ampliar o presente para incluir nele muito mais experiências, e contrair o futuro para prepará-lo, como explica abaixo:

Sabemos que nosso futuro é limitado porque a nossa vida é limitada; por isso, tanto quanto podemos, cuidamos de nossa saúde, de nossa alimentação; cuidamos de nosso futuro porque ele é limitado. Com a sociedade não ocorre o mesmo: não é necessário cuidar do futuro da sociedade porque ele é infinito. O que estou propondo é visarmos o futuro de nossas sociedades quase que se fosse nosso futuro pessoal. É preciso contrair o futuro e, ao mesmo tempo, ampliar o

presente (SANTOS, 2007, p. 26).

A crítica da razão indolente, segundo Oliveira (2006), citando Santos (2000), tem como objetivo contrair o futuro tornando-o escasso, logo objeto de cuidado. É buscar a sociologia das emergências que consiste em substituir o vazio do futuro linear (um vazio que tanto é tudo como é nada) por possibilidades plurais e concretas que são utópicas e realistas que se vão construindo no presente através de atividades de cuidado.

Transportando a sociologia das emergências para se pensar a ação político-educativa e seu papel social, Oliveira (2006) considera que temos que conceber a educação como uma ação voltada para a formação de sujeitos sociais, capazes e interessados em “cuidar” para que o futuro seja melhor que o presente. Desta forma, “a contração do futuro nos coloca diante da responsabilidade do não desperdício, aqui não mais da experiência, mas da oportunidade de mudança” (OLIVEIRA, 2006, p. 101).

Neste caso, é desvendar as experiências existentes

[...] e dedicar ao estudo de experiências possíveis, daquilo que ainda não é, mas que amplia o que já é inserido nele possibilidades e expectativas que ele comporta. Ambas permitem repensar o futuro, relacionando a construção dele aos elementos concretos dessas muitas realidades, radicalizando expectativas assentes, em possibilidades reais, superando o idealismo das expectativas falsamente infinitas e universais que a modernidade criou (OLIVEIRA, 2006, p. 102).

Tudo isso, segundo a autora, é a partir do inconformismo com uma carência cuja superação está no horizonte de possibilidades e não de uma idealização ilusória e enganosa de um futuro grandioso que nunca virá.

Movendo-se para o campo da saúde, os serviços devem ser espaços de possibilidades e capacidades, de intervenção em que os profissionais de saúde,

junto com os usuários, exerçam o inconformismo frente à indiferença dos setores públicos e privados em relação à concretização de políticas sociais e às necessidades do indivíduo e da comunidade e desse inconformismo, buscar construir propostas, novos caminhos para melhores condições de vida e de trabalho junto aos conselhos de saúde, nas associações de bairro, de usuários e trabalhadores de saúde, entre outros espaços sociais que buscam a emancipação social.

Da mesma forma, isso também vale para o nosso sistema educacional. Para a formação de um auxiliar ou um técnico de enfermagem competente, sensível e solidário aos problemas de saúde e de vida do indivíduo e comunidade, significa em ter-se, como analisa Rios (2001), um olhar abrangente e crítico, isto é:

[...] ao voltar-se para o aluno, o professor terá a exigência de ver-se a si mesmo no processo. E de buscar o seu desenvolvimento junto com o aluno. A prática competente contribuirá para a formação da cidadania não apenas do aluno, mas do próprio professor, uma vez que o que diz respeito da pessoa que se deseja formar é exatamente o mesmo que se deve exigir para a pessoa formadora, para o docente (RIOS, 2001, p.126).

Nesse processo, como bem ressalta Oliveira (2006), o professor deve buscar na formação dos alunos a valorização e o entendimento não só das experiências disponíveis, como também das possíveis, na medida em que pode mesmo a partir das experiências disponíveis praticadas no cotidiano escolar (muito ainda ignorada pelos educadores e pesquisadores), multiplicarem essas experiências ao compreendê-las como pistas de um fazer pedagógico futuro mais emancipador.

Falar de uma prática em saúde e educação para a emancipação social significa que não há a indissociabilidade entre as dimensões epistemológicas, técnica, política e sociocultural, pois o objetivo é a formação de subjetividades

fundadas em saberes que desenvolvam ações sociais mais democráticas, isto é, considerar o caráter dialético da relação conhecimento (teoria) com a prática. A teoria só tem o seu valor pela possibilidade de colocá-la em prática que, como resultado, cada um se modifica e caminha para a terceira margem que é a travessia intempestiva, de surpresas, de possibilidades plurais e concretas, utópicas e ao mesmo tempo reais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se alguém disser o nome definitivo das coisas acaba a conversa. Quem deu o nome último, final, unívoco das coisas, esse mata a discursividade, a linguagem; mata a alma, a cultura, a literatura, a poesia, a filosofia, a sociologia, a política e toda a conversa dos mortais.

(José Américo Pessanha)

Considerando o que até aqui foi exposto nesta dissertação, acreditamos que deva apresentar uma síntese de fechamento que não tenha sentido de conclusão, pois nem poderia ter, mas que expresse o significado do exercício analítico da temática da pesquisa, mediante a complexidade do trabalho do profissional da saúde frente às atuais propostas das políticas sociais e às exigências apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Profissional de Nível Técnico.

Partimos, fundamentalmente, de duas questões que diziam respeito às competências profissionais gerais na Área da Saúde exigidas pelo Conselho Nacional de Educação quanto à formação de profissionais de enfermagem de nível médio e também se os referenciais teóricos subsidiam a construção de competências específicas para a formação do auxiliar e técnico de enfermagem que garantam a construção de conhecimentos, de uma nova prática que atenda as reais necessidades de saúde individual e coletiva. Para isso, realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa, utilizando como recurso metodológico, a análise documental.

Nossos objetivos foram, num primeiro momento, identificar e analisar as competências profissionais gerais da área de saúde delineadas pela Resolução CEB nº 4/ 1999, tomando como eixo para a análise as quatro dimensões apresentadas por Paulo Amarante para, em seguida, apontar referenciais teóricos para a elaboração de competências específicas na formação de profissionais de enfermagem de nível médio frente às novas propostas de atenção à saúde no atual

estágio de implementação do Sistema Único de Saúde.

As competências profissionais gerais da educação de nível técnico da área saúde apontadas pela Resolução CEB nº 4/1999, foram classificadas em quatro eixos temáticos: dimensão epistemológica, dimensão técnico-assistencial, dimensão jurídico-política e a dimensão sociocultural, conforme o proposto por Paulo Amarante.

Para melhor procedermos à análise, utilizamos das vinte competências gerais exigidas pelo documento, um total de dez que apontam para a formação de profissionais de enfermagem que impliquem conhecimentos e atitudes inovadoras e de processos formativos que superem a reprodução acrítica, a rotina e a racionalidade técnica.

Desta forma, as dez competências profissionais gerais foram agrupadas e analisadas dentro de cada dimensão, de acordo com o pressuposto de Paulo Amarante que entende a Reforma Psiquiátrica como um “processo social complexo” que envolve várias dimensões, como também do conceito de “competência humana” ampliada de Neise Deluiz, que considera o cuidado no campo da saúde como um processo de caráter multidimensional sustentado na perspectiva crítico-emancipatória, que tomamos como modelo neste estudo.

Antes de iniciarmos a análise das competências nas quatro dimensões, percebemos a maneira de como elas foram operadas pelo documento, marcadas com verbos como identificar, analisar, conhecer, descritas num elenco de conhecimentos e tarefas que o aluno precisa atingir individualmente para uma formação competente, o que indicou uma incoerência frente às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, consideradas através do Parecer CNE/CEB nº 16/1999 que aponta que a competência não se

limita ao conhecer, mas de posicionar-se diante de situações reais e concretas, individualmente e com a equipe de trabalho.

Assim, visualizamos a necessidade de ressignificá-las, dentro de cada dimensão, por considerar que as competências apontam para questões de extrema relevância na área da saúde, necessitando de um aporte teórico que coloque em discussão a transformação de práticas de saúde que visualize o profissional inserido no processo de promoção de saúde e não como um simples espectador, que visualiza a saúde como algo que pertença aos outros.

Na dimensão epistemológica, consideramos a competência profissional relacionada ao **processo saúde-doença** que assinala para o desafio de compreendê-lo não apenas no aspecto biológico, mas como um processo dinâmico, complexo, que exige rupturas com a tradição científica que toma os sujeitos como objetos, tornando-os manipuláveis, negando a sua dimensão histórica e humana. Para isso, primeiramente foi necessário refletir que a saúde não é o inverso da doença, mas a possibilidade de aumentar as chances de vida, ampliando a qualidade de vida e promovendo a autonomia através de escolhas que são valores socialmente definidos.

Desta forma, consideramos o processo saúde-doença na perspectiva sistêmica que envolve a saúde e os contextos socioambientais, o que implica desencadear mudanças no sistema a fim de torná-lo mais complexo, respeitando o espaço vivencial do indivíduo.

Na dimensão técnico-assistencial, buscamos **a integralidade do cuidado** na organização do processo de trabalho com o objetivo de visualizar o indivíduo inserido nas práticas que se manifestam através do encontro profissional – usuário - serviço, estabelecendo uma rede de conversações. O acolhimento dialogado seria o

contexto em que se manifesta o cuidado, que só se constrói pela presença do outro (não técnico) no ato assistencial.

Essa possibilidade de cuidado não se concretiza em espaços compartimentados de saberes, em que a voz do usuário se fragmenta por entendimentos técnicos especializados e sim em locais de encontro de profissionais, no trabalho em equipe, que acolhem integralmente a pessoa na perspectiva do cuidado ampliado.

No trabalho em equipe, consideramos a **interdisciplinaridade** dentro de uma ética e estética “entre-disciplinar” que conduz para práticas de trabalho em equipe sem fronteiras disciplinares, onde não há cruzamento ou interseção entre os profissionais e sim a busca de novos cenários de trabalho, de produção de espaços intercessores que geram mudanças, resultando de forma contínua em aprendizado e alteridade, em busca da terceira margem. Para isso, há a necessidade de desenvolver um desempenho profissional ampliado onde o profissional oferta as especificidades de sua profissão, mas também amplia o seu **campo de atuação** desenvolvendo atividades significativas e relevantes que atentam para as necessidades dos indivíduos. Esse tipo de configuração de trabalho gera ao profissional e à equipe a **responsabilização** para projetos terapêuticos eficazes e resolutivos para as reais necessidades de vida do indivíduo no seu contexto.

Para que isso aconteça, são necessários espaços verdadeiramente democráticos em que exista o respeito na relação entre os indivíduos, na relação profissional - usuário - comunidade, no respeito à liberdade de escolha, o qual se manifesta pela atitude ética solidária - do respeito à dignidade humana.

A ética do respeito à dignidade humana aponta para os valores de liberdade, justiça, igualdade da tolerância e da paz, o que significa criar, compartilhar

e consolidar mentalidades, costumes, hábitos em favor de todos esses valores e transformá-los em práticas. Para um cuidado em saúde que prime por mudanças de práticas que violam e negam os direitos humanos, é necessária a busca da liberdade e **autonomia**, de sujeitos de direitos e deveres, capazes de julgar, escolher, tomar decisões, de depender o quanto mais possível de quanto mais redes sociais e efetivas para o exercício de sua cidadania.

Desta forma, entramos na dimensão jurídico-política e na sociocultural, onde presenciamos um arcabouço jurídico-político já construído que permite ao cidadão ter direitos a um atendimento digno, porém os conhecimentos destes só podem ser consolidados com uma nova visão de **cidadania**, ou seja, no cotidiano dos serviços inventam-se novos direitos pela inclusão dos excluídos, buscam-se relações sociais equânimes, exige-se da sociedade civil sua participação direta nos conselhos municipais de saúde e nas instâncias decisórias, quanto às lutas e enfrentamentos que emergem a cada dia num trabalho sempre em construção pela tensão das relações impostas na busca do cuidado integral.

É num contexto democrático que reside a possibilidade de a cidadania ganhar o seu sentido pleno. Para ser cidadão é necessário que tanto o usuário quanto o profissional de saúde tenham acesso a espaços verdadeiramente democráticos, de reconhecimento do outro enquanto sujeito social, de direitos, de deveres, de desejos e de escolhas que são valores que perpassam e se manifestam em todo aporte teórico levantado neste estudo, o que aponta para a emergência de uma educação profissional que atenta para esses valores e que deveriam subsidiar a ação educativa na formação de profissionais de saúde.

Neste sentido, respondemos à primeira indagação realizada no início deste estudo, em que as competências gerais exigidas pela Resolução CEB nº

4/1999 apontam para aspectos de extrema relevância para a formação de profissionais de enfermagem, porém, a garantia do desenvolvimento de competências específicas implica a discussão do modelo de competência que a instituição de ensino se reporta ao elaborar seu projeto político e pedagógico, e no entendimento do professor nesse processo, se estão ou não preparados e comprometidos com o atual paradigma de promoção da saúde.

Entendemos que se a instituição de ensino se baseia teoricamente num modelo que ultrapasse o aspecto técnico-curativo, mas que nos planos de ensino, na voz e no gesto do professor, no conteúdo dos livros adotados, ainda expressam a relevância da dimensão técnico-instrumental, de eleger o espaço hospitalar como o principal local de exercício da prática, de compreender a atenção primária de forma simplista que exige capacitação básica, de considerar o sujeito/aluno como passivo no processo educativo, de estabelecer uma grade disciplinar que enfatize a fragmentação dos saberes, só irá reproduzir e reafirmar o padrão tradicional que tem a prepotência de acreditar em um único tipo de conhecimento possível.

Reconhecer um referencial que considera a emergência da construção de competências profissionais com vistas a uma formação integral, multidimensional que se revela numa abordagem crítica e reflexiva, de uma nova atitude comprometida com busca de uma sociedade mais humana e equânime como a apontada por Deluiz e que necessita de transformação, de construção de conceitos e de atos inovadores articulados em diversas dimensões, que envolvem movimentos, atores, conflitos para que se possa compreender a realidade como um processo social complexo; como assinala Paulo Amarante, é primeiramente compreender que as nossas pretensas seguranças epistemológicas são parciais e ilusórias e estão constantemente sendo abaladas no cotidiano concreto dos serviços

de saúde que apontam para determinadas questões da realidade que apresenta interfaces com outro e que o processo educativo e sua fundamentação teórica estão sempre inconclusos.

As competências profissionais gerais apontadas pelo documento só terão um significado se o modelo de competência ultrapassar as fronteiras disciplinares, de romper com os saberes e práticas alienadas e conduzir para uma prática social, que é a concreta possibilidade de mudança e transformação da sociedade. O modelo de competência alicerçado na concepção crítica-emancipatória, ao nosso entendimento, apontaria para essa prática, pois a educação e a saúde são fundamentalmente práticas sociais que se encontram com diversas ciências, e em que há o confronto entre a teoria e a prática, e nesse confronto aponta para os saberes e práticas inconclusas. É o eterno movimento de ações inconclusas e certezas provisórias.

Nesse sentido, respondendo à segunda indagação proposta, todas as reflexões teóricas realizadas a partir das referências apontadas neste estudo foram construídas para auxiliar, a nós profissionais e educadores de saúde, na construção de competências que coloque em prática o alcance de uma sociedade justa, solidária, de respeito ao sofrimento do outro, da busca da emancipação do homem.

São reflexões inconclusas, certezas provisórias que, neste momento, consideramos importantes e que não são novas ao olhar atento, mas que, agora, na realidade em que vivemos, poderiam contribuir para estimular a construção de conhecimentos, de comportamentos e atitudes que comprometam professores e alunos na realização de projetos coletivos - de sensibilização coletiva - que não podem ser apropriados isoladamente por ninguém.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M. F.P.M. **A aprendizagem experienciada na práxis político – pedagógica na formação de educadores**. 2005. 314 f. Tese (Livre-Docência) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2005.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.128p.

ALVES-MAZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2004. p. 221-240.

AMÂNCIO FILHO, A. Reflexões sobre uma experiência de educação politécnica na Saúde. **Boletim Técnico do Senac**, v.24, n.3, p.2-9, 1998.

AMARANTE, P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. **Saúde em Debate**, n.45, p.43 -46, 1994.

AMARANTE, P. (Org) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 143p.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio.In: FERNANDES, M.I.A. (Org). **Fim do século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-53.

AMARANTE, P. A (Clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 45-66. (Coleção Archivos).

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.

ANDRÉ, M.E.D.A; LUDKE, H. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986. p.121p.

ARRUDA, M.C.C. Qualificação versus competência. **Boletim Técnico Senac**, v. 26, n. 2, p.1-13, 2000.

AYRES, J.R.C.M. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: SAEKI T.; SOUZA, M.C.B.M.(Org): **Cuidar tão perto...Tão longe...** Ribeirão Preto (SP): EERP-USP-FIERP/CNPq, 2002. p. 13-26.

BAGNATO, M.H.S.; BASSINELLO, G.A.H.; LACAZ, C.P.C.; MISSIO, L. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n.2, p.279-286, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.16, n.1, p.71-80, 2000.

BARTMANN, M. Evolução histórica dos cursos de auxiliar de enfermagem no contexto sócio-político-econômico do Brasil. **Boletim Técnico do Senac**, v. 23, n. 3, p.1-12, 1997.

BASAGLIA, L. **L'instituzione negata**: relato di un ospedale psichiatrico. Torino, Einaudi, 1968.

BENEVIDES, M. V. Educação em direitos humanos. In: BARBOSA, R. L. L. (Org.). **Formação de educadores**: desafios e perspectivas. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 309-318.

BOFF, L. Cuidado: o ethos do humano. In: FERREIRA, G.; FONSECA, P. (Orgs) **Conversando em casa**. Rio de Janeiro: Sette Letras, 2000, p.73-78.

BOGDAN, R. BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto Alegre: Porto, 1994. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª **Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília, 1986. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>.

Acesso em: 10 abr. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080**. Brasília, 1990. Disponível em:

<<http://www.rebidia.org.br/noticias/saúde/lei8080.html>>. Acesso em 14 jun. 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Secretaria de formação e desenvolvimento profissional (SEFOR). **Habilidades, questão de competências?** Brasília: SEFOR, 1996. Mimeogr.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde . **Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico em saúde.** Brasília, 1999a . Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/diretrizes_curriculares.pdf>. Acesso em 15 mar. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico.** Parecer n. 16/99. Brasília, 1999b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/ceb016.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução n.4 de dezembro de 1999. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de nível Técnico.** Brasília, 1999c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/ceb0499.pdf>> Acesso em: 31 jan.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de recursos humanos para Saúde.** Brasília: SPS/CGDRH/SUS, 1999d. Mimeogr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão de investimentos em saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores na área de enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde enfermagem:** Proposta pedagógica: o campo da ação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão de investimentos em saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores na área de enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde enfermagem:** Proposta pedagógica: as bases da ação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 92p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão de investimentos em saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores na área de enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde enfermagem:** Educação/Trabalho/Profissão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva. Secretaria de Atenção à

Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340 p.

BRASIL, Decreto n. 5.154 de 23 de julho de 2004. **Regulamenta o §2 do art.36 a 41 da Lei n.9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação profissional, e dá outras providências**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla03...> Acesso em: 31 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78p.

BRAVO, M. P. C. & EISMAN, L. B. **Investigación Educativa**. Sevilha: Alfar, 1994.

BUSS, M. P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.163-177. 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, A. I. **Política de saúde e organização setorial do país**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998. Mimeogr.

CARVALHO, R. L. S.; SILVA, O. L. ;SILVA, R .M. S. ; FONSECA,M. G. M. Perspectiva para a educação profissional de nível técnico em saúde a partir da proposta das diretrizes curriculares. **Sitientibus**, n.33, p.23-32, 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2004. p. 259-278.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COLL, C. S. **Aprendizagem escolar e construção do conhecimento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

COLL, C. S. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213 p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saudemental/anexos/III_ConferenciaNacionalSaudeMental_Relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n.1, p.199-204, 1998.

CORDÃO, F. A. A LDB e a Nova educação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, v. 28, n.1, p.1-17, 2001.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. a participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.323-333, 2005.

DANTAS, R. A. S. A formação de recursos humanos de nível médio na enfermagem. In: **Encontro de formação de professores e ensino médio em enfermagem – Política de formação de recursos humanos de nível médio de enfermagem**, 2., 1997. Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Gráfica S. Gabriel, 1998. p. 17-22.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. O Ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p.25-32, 1999.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico do Senac**, v.22. n. 2, p. 1-9, 1996.

DELUIZ, N. et al. **Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/PROFAE**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde/PROFAE, 2000. 24 p.

DELUIZ, N. O Modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do Senac**, v. 27, n.3, p.1-13, 2001.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432p.

DEPRESBITERIS, L. Educação Profissional: seis faces de um mesmo tema. **Boletim Técnico do Senac**, v. 26, n.2, p. 1-16, 2000.

DEPRESBITERIS, L. Competências na educação profissional: é possível avaliá-las? **Boletim Técnico do Senac**, v. 31, n.2, p. 1-12, 2005.

DUARTE, N. As pedagogias do “Aprender a Aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. In: Reunião Anual da ANPED, 24, 2001, Caxambu. **Anais...Caxambú**, 2001. p.1-11.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 61-88.

FERRETTI, C. J. A reforma do ensino médio: uma crítica em três níveis. In: BARBOSA, R. L. L. (Org). **Formação de educadores: desafios e perspectivas**. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 319 – 334.

FIRMINO, C. A. B.; CUNHA, A. M. O. A educação profissional no contexto da reforma educacional dos anos 90. **Boletim Técnico do Senac**, v.32, n.1, p. 69-81, 2006.

FORTES, P.A.C. Bioética e saúde pública: tópicos de reflexão para a próxima década. **O Mundo da Saúde**, v.24, n.1, p.31-38, 2000.

FRANCO, B.T.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4.

ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade da Saúde Pública: um campo em construção. **Revista latino americana de enfermagem**, v. 2, n.2, p. 103-114, 1994.

GUSSI, M.A. **Institucionalização da Psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil**. 1987. 73 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão, 1987.

JOBERT, G. A inteligência no trabalho. In: CARRÉ, P.; CASPAR, P. (ORG.). **Tratado das ciências e das técnicas de formação**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.55-59.

KINOSHITA, R. T. **O outro da reforma**: contribuição da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. 2000. 209 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. 126 p.

LINDER, M.E.F.P.; MORENO, V. **Refletindo sobre as competências profissionais**: o que pensam os alunos e professores de um curso de auxiliar de enfermagem. 2004. 12p. Monografia (Curso de especialização em formação peudagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem) – faculdade de Medicina, Universidade estadual paulista, Botucatu, 2004.

MACHADO, N.J. Sobre a idéia de competência. In: PERRENOUD, P. et al. **As competências para ensinar no século XXI**: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto alegre: Artmed Editora, 2002. p. 137-155.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-112.

MENDES, E. V. (Org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-

ABRASCO, 1994.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano** 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 15-35

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, R. Análise de conteúdo: possibilidades e limites. In: ENGERS, M.E.A. (Coord). **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação: notas para reflexão**. Porto Alegre: Edipicurs, 1994.

NOGUEIRA, R. P. Para uma análise existencial da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.10, n.20, p.333-345, 2006.

OLIVEIRA, I. B. **Boaventura & a educação**. Belo horizonte: Autêntica, 2006. 168p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PIRES, M.F.C.; REIS, J.R.T. Globalização, neoliberalismo e universalidade: algumas considerações. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.3, n.4, p. 29-39, 1999.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

REIGOTA, M. **Meio ambiente e representação social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

RIOS, T. A. **Compreender e ensinar: por uma docência de melhor qualidade**. 2. ed. São Paulo:Cortez, 2001. 158p.

RIOS, D. R. **Dicionário de sinônimos e antônimos**. São Paulo: DCL, 2005. 384p.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a

reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e Países avançados. In: NICACIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTANA, R.F.; SANTOS, L.; CALDAS, C.P. Cuidando de idosos com demência: um estudo à partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n. 1, p.44-48, 2005.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. Tradução Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007. 126 p.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-18.

SCHRAMM, F.R. As diferentes abordagens da bioética. In: PALÁCIOS, A. M.; PEGORARO, O. A. (Org.). **Ética, ciência e saúde**: desafios da bioética. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p.28-45.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL – SENAC. **Habilitação profissional de Técnico de Enfermagem**. São Paulo, 2001. 29p. (apostila).

SILVA, J.P.L.; TAVARES, C.M.M. Educação permanente de profissionais em saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65, p. 290-301, 2003.

SMITH, J.K; HESHAISUS, L. Encerrando a conversa: o fim do debate quantitativo-qualitativo entre os pesquisadores educacionais. **Educacional Researcher**, v.15, n 1, jan. 1986.

SPINK, P. Análise de documentos de domínio público. In: Spink M.J.(Org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. p.123-151

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 89-111.

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

VEIGA, I.P.A. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? **Cadernos Cedes**, v.23, n.61, p. 267-281, dez. 2003

VERDERESE, O. Análisis de la enfermía em la América Latina. In: _____. **Antologia de experiências em servicios y cocencia em enfermía em América Latina**. Washington: OPS, 1980. p. 1-24 (Publicación científica, 393).

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das Funções Essenciais da Saúde Pública. 2005. 336 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ZERBETTO, A.R. **A disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no ensino médio de enfermagem**. 2005. 220 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.