

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Maria Alonso de Azevedo Santos

POR UMA INTEGRALIDADE NO PROCESSO FORMATIVO DO TÉCNICO EM  
ENFERMAGEM QUE ATUA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA REGIÃO  
VALE DO RIBEIRA – SP

Rio de Janeiro

2019

Maria Alonso de Azevedo Santos

POR UMA INTEGRALIDADE NO PROCESSO FORMATIVO DO TÉCNICO EM  
ENFERMAGEM QUE ATUA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA REGIÃO  
VALE DO RIBEIRA – SP

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Margarida de  
Mello Barreto Campello

Coorientadora: Prof. Dra. Ana Cristina  
Gonçalves Vaz dos Reis

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S237p

Santos, Maria Alonso de Azevedo

Por uma integralidade no processo formativo do técnico em enfermagem que atua na estratégia de saúde da família região Vale do Ribeira - SP / Maria Alonso de Azevedo Santos. - Rio de Janeiro, 2019.

102 f.

Orientadora: Ana Margarida de Mello Barreto Campello

Coorientadora: Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

1. Educação em Enfermagem. 2. Integralidade.  
3. Estratégia Saúde da Família. I. Campello, Ana Margarida de Mello Barreto. II. Reis, Ana Cristina Gonçalves Vaz dos. III. Título.

CDD 610.73

Maria Alonso de Azevedo Santos

POR UMA INTEGRALIDADE NO PROCESSO FORMATIVO DO TÉCNICO EM  
ENFERMAGEM QUE ATUA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA REGIÃO  
VALE DO RIBEIRA – SP

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 28/06/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis – FIOCRUZ/ EPSJV

---

Dra. Ialê Falleiros Braga – FIOCRUZ/ EPSJV

---

Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira – FIOCRUZ/ ENSP

*Dedico este Trabalho aos meus amados  
filhos Marina e Fernando;  
À minha irmã Luciene; pelo amor, carinho e  
incentivo constante em todos os momentos  
da minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida e proteção.

À memória dos meus pais pelo exemplo de força, dignidade e honestidade.

À orientadora Ana Margarida de Mello Barreto Campello, uma inspiração na minha vida acadêmica, profissional e pessoal.

À orientadora Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis pelo imenso incentivo e carinho com que me acolheu, nesta etapa final e decisiva do trabalho.

Ao coordenador do mestrado querido professor Marco Antônio Carvalho dos Santos e equipe: Claudia Iglesias e Patrícia Moço Santos, pela dedicação aos mestrandos.

Aos mestres do curso: Ana Margarida, André Dantas, Carlos Batistella, Francisco J. S. Lobo Neto, Grácia Gondim, Ialê Falleiros, José Roberto, Júlio César, Marcela Pronko, Marco Antônio, Marise Ramos, Mauricio Monken, Muza Velasques, Neise Deluiz, Ramon Peña Castro e Sergio Oliveira, pelos ensinamentos.

À banca examinadora: Dra. Adelyne, Dra. Ialê, Dr. Gustavo Matta e Dr. Lobo pelo aceite ao convite e pelo apoio na apreciação e contribuições ao trabalho. Sinto honrada e contemplada pela participação de vocês nesse processo.

Em especial, às minhas amigas, parceiras Claudia Krauss Lima, Débora Ferreira e Laura Bianchi de Melo Mattos, pela alegre convivência em todos os momentos do curso.

Aos meus colegas de mestrado da Turma III em especial Jujú, Lala, Paty, Poli, Roberto, Dani e Silvana, pela amizade e companheirismo na cidade do Rio de Janeiro.

A Cione Zanella, diretora do CEFOR de Pariqueira Açu, por me incentivar a inscrever no mestrado e pela demonstração de confiança no meu trabalho na instituição.

A Ruth Gouvêa pela história de vida, desde a criação da escola (objeto de estudo da dissertação), também pela transmissão de seus conhecimentos e experiência profissional, da qual, compartilhei durante os inúmeros cursos oferecidos pelo CEFOR, como docente e coordenadora de turmas de auxiliares e técnicos em enfermagem.

A direção do DRS XII de Registro, em especial a diretora Maria Jonice Curi Leite e toda equipe do CDQ/SUS - Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS.

A Rosani Pagani pela forma com que se dispôs a opinar sobre este trabalho.

Aos ex-alunos, atuais técnicos em enfermagem, principalmente aos profissionais das Estratégias de Saúde da Família do Vale do Ribeira, pela participação nas oficinas de trabalho realizadas nos municípios e na Regional de Saúde em Registro.

A todos enfim, que de alguma forma, me ajudaram a chegar até aqui, muito obrigada.

## APRESENTAÇÃO

A história da formação dos profissionais da área da saúde e da Enfermagem na Região do Vale do Ribeira encontra-se relacionada à essa trajetória profissional.

No início do ano de 1981, recém-formada Enfermeira e cursando o Aprimoramento para Enfermeiros em regime de residência pela FUNDAP/SES/SP – Fundação de Desenvolvimento e Aprimoramento Profissional, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde – SP, recebi um convite da Enfermeira Ruth Gouvêa, diretora da Escola de Auxiliar de Enfermagem de Pariquera Açu no Vale do Ribeira, para auxiliar na organização do campo de estágio dos alunos do curso de Auxiliar de Enfermagem no HRVR – Hospital Regional Vale do Ribeira.

Aceitei o desafio e mudei de um grande centro como a Capital de São Paulo, com possibilidades maiores de crescimento na carreira profissional, para Pariquera Açu. Desde então venho desenvolvendo atividades na docência e na Coordenação Pedagógica dos Cursos de Técnicos em Enfermagem e de outros profissionais da saúde nesta Instituição de Ensino Profissional, tanto na sede da escola, como nas classes descentralizadas dos municípios da Região do Vale do Ribeira.

Paralelamente às atividades da Escola de Auxiliar de Enfermagem, fui concursada pela SES (01/1983) e passei a exercer atividades assistenciais na enfermagem, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Unidades de Pronto Atendimento (PA), nos vários Municípios da Região.

Nesse percurso profissional, exerci funções na gestão, como o da direção técnica na Unidade Mista de Saúde em Iguape, no Departamento Municipal de Saúde em Cajati e na UBS Centro, em Registro.

Desde abril de 2009 venho exercendo a atividade de Articuladora Regional da Atenção Básica no Departamento Regional de Saúde de Registro/SP (DRS XII), esta função me permite conviver in loco nos municípios, com as equipes das ESF – Estratégia da Saúde da Família, promovendo apoio técnico para o fortalecimento da Atenção Básica na região.

A proposta do fortalecimento da Atenção Básica no âmbito local e regional foi definida como prioridade no Plano Estadual de Saúde inicialmente no quadriênio (2008-2011) e esta prioridade perdura até o presente momento.

Assim, na perspectiva de condução e concretização do Plano Estadual, foi desenhada uma proposta de atuação do estado no desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade da Atenção Básica junto aos municípios.

Para viabilizar essa proposta, 722 (setecentos e vinte e dois) profissionais de nível universitário, foram selecionados para concorrer à vaga de Articulador da Atenção Básica, cujo principal critério de escolha foi o tempo de experiência exercido em atividades de supervisão, gerência ou gestão.

Ao término do processo seletivo, foram definidos 85 (oitenta e cinco) “Articuladores de Atenção Básica” para atuarem junto às equipes gestoras municipais, nas 17 (dezesete) regionais de saúde do Estado de São Paulo. A minha sede é o DRS XII – Departamento Regional de Saúde de Registro.

Utilizando a Educação Permanente como estratégia para aproximação dos municípios e reconhecimento da realidade local, tenho apoiado o fortalecimento da ESF – Estratégia da Saúde da Família, conscientizando os gestores, equipes de Atenção Básica (Auxiliares e Técnicos em Enfermagem), por meio de discussões e oficinas, para a importância da organização dos processos de trabalho, abordando aspectos como a necessidade de mudanças no acolhimento e atenção a casos agudos ou a facilitação do acesso a determinadas ações e serviços.

A possibilidade desse contato direto com os gestores e profissionais das equipes da ESF tem possibilitado maior segurança e esclarecimento na construção de propostas que visam uma maior qualidade e efetividade dos serviços de atenção à saúde.

A experiência e o aprendizado adquirido no Curso do Mestrado em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV/ FIOCRUZ, aliados ao conhecimento da realidade dos municípios desta região, enriquecem e qualificam minha atuação como Articuladora da Atenção Básica e nas atividades da Coordenação Pedagógica e docência do Curso Técnico em Enfermagem, do CEFOR – Centro de Formação de Pessoal para a Saúde / Pariquera Açu.

*“É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até que num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.*

*(Paulo Freire)*

## RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo principal analisar o processo formativo do Curso Técnico em Enfermagem (TE) desenvolvido no âmbito da ETSUS/CEFOR - Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Pariquera Açu, região do Vale do Ribeira. Relata o contexto histórico do surgimento desta Escola e seu percurso formativo para a qualificação de trabalhadores de nível médio para a saúde. Caracteriza a região em suas peculiaridades frente às necessidades de saúde da população. Apresenta as competências profissionais descritas na organização curricular, definidas com base no perfil profissional de conclusão do TE. Aborda as atribuições preconizadas pela Política Nacional da Atenção Básica, para que o TE atue na ESF - Estratégia da Saúde da Família. Analisa o Projeto Político Pedagógico do CEFOR, verificando se o percurso formativo incorpora eixos estruturantes com base na transversalidade e interdisciplinaridade e se ele está referenciado na dimensão concreta do trabalho desenvolvido pelo TE na equipe da ESF. Trata-se de uma pesquisa documental baseada no acervo do CEFOR, instituição pesquisada. Também analisadas as portarias e as orientações dos Ministérios da Educação e da Saúde que são norteadoras da formação em saúde. Conclui, enfatizando o trabalho do CEFOR em já ter formulado uma construção de currículo com indicativos emancipatórios, mas devido a causas multifatoriais, apresenta inadequação dessa matriz curricular à realidade local, pois este currículo ainda prioriza o modelo biomédico, necessitando revisão. Com vistas atender à modalidade de atenção à saúde ofertado na ESF, propõe que o TE tenha a opção de fazer um curso complementar, com conteúdos curriculares específicos a esta finalidade.

**Palavras-chave:** Integralidade, Estratégia de Saúde da Família, Educação Profissional, Currículo, Enfermagem

## ABSTRACT

This dissertation has as main objective to analyze the formative process of the Technical Nursing Course (TE) developed within the scope of ETSUS / CEFOR - Health Personnel Training Center of Pariqueira Açu, Vale do Ribeira region. It reports the historical context of the emergence of this School and its formative course for the qualification of mid-level health workers. It characterizes the region in its peculiarities regarding the health needs of the population. It presents the professional competences described in the curricular organization, defined based on the professional completion profile of the TE. It addresses the attributions advocated by the National Policy of Primary Care, so that the ET acts in the FHS - Family Health Strategy. It analyzes the CEFOR Pedagogical Political Project, verifying if the formative path incorporates structuring axes based on transversality and interdisciplinarity and if it is referenced in the concrete dimension of the work developed by TE in the FHS team. This is a documentary research based on the collection of CEFOR, researched institution. Also analyzed the ordinances and guidelines of the Ministries of Education and Health that are guiding health training. It concludes, emphasizing the work of CEFOR in having already formulated a curriculum construction with emancipatory indicatives, but due to multifactorial causes, presents inadequacy of this curriculum matrix to the local reality, as this curriculum still prioritizes the biomedical model, requiring revision. In order to meet the health care modality offered in the FHS, it proposes that the ET has the option of taking a complementary course, with curricular contents specific to this purpose.

**Key words:** Integrality, Nursing Technician Training Process, Health Care Model (FHS).

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 Foto da construção do HRVR- Hospital Regional .....	16
Ilustração 2 Foto do Hospital HRLB – fachada lateral .....	17
Ilustração 3 Foto da ampliação do Hospital Regional – HRLB .....	18
Ilustração 4 Foto do CEFOR de Pariqueira Açu .....	20
Ilustração 5 Foto do Município da Barra do Turvo .....	60
Ilustração 6 Foto do Município de Cajati .....	60
Ilustração 7 Foto do Município de Cananéia .....	61
Ilustração 8 Fotos do Município de Eldorado.....	61
Ilustração 9 Fotos do Município de Ilha Comprida .....	62
Ilustração 10 Fotos do Município de Iguape (11).....	62
Ilustração 12 Fotos do Município de Iguape .....	63
Ilustração 13 Foto do Município de Itariri .....	63
Ilustração 14 Foto do Município de Jacupiranga.....	63
Ilustração 15 Foto do Município de Juquiá .....	64
Ilustração 16 Foto do Município de Miracatu .....	64
Ilustração 17 Foto do Município de Pedro de Toledo.....	64
Ilustração 18 Foto do Município de Registro .....	65
Ilustração 19 Foto do Município de Sete Barras .....	65
Ilustração 20 Foto do Município de Iporanga .....	66
Ilustração 21 Foto do Município de Pariqueira Açu .....	67

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Mapa das Escolas Técnicas do SUS / SP .....	20
Figura 2 Mapa do Estado de São Paulo .....	53
Figura 3 Mapa do Vale do Ribeira .....	54
Figura 4 Mapa dos Municípios do DRS XII –Registro / IPRS .....	55
Figura 5 Mapa e Ranking dos Municípios do DRS XII –Registro / IDH .....	56
Figura 6 Mapa Geográfico do DRS XII .....	59
Figura 7 Pirâmide Populacional / Vale do Ribeira .....	57

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Quantitativo de profissionais da Enfermagem no Brasil .....	67
Tabela 2 Quantitativo de técnicos em enfermagem no Vale do Ribeira SP .....	68
Tabela 3 Matriz Curricular .....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEFOR	Centro Formador de Pessoal para a área da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRH	Coordenadoria de Recursos Humanos
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRS	Departamento Regional de Saúde
EP	Educação Permanente
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EPTNM	Educação Profissional Técnica de Nível Médio
ESB	Estratégia da Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do SUS
FUNDAP	Fundação de Desenvolvimento e Aprimoramento Profissional
HRVR	Hospital Regional Vale do Ribeira
HRLB	Hospital Regional Leopoldo Bevilaqua
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAETSUS	Núcleo de Apoio às Escolas Técnicas de Saúde
NASF	Núcleo Ampliado da Saúde da Família
OPAS	Organização Panamericana de Atenção a Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PPP	Projeto Político Pedagógico
PPREPS/MS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde do MS
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SES	Secretaria de Estado da Saúde
TE	Técnico em Enfermagem
TI	Técnico de Informática
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 OBJETIVOS .....	23
<b>2. REFERENCIAIS TEÓRICOS</b> .....	<b>24</b>
2.1 FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE.....	24
2.1.1 Educação: aspectos históricos.....	24
2.1.2. Educação Politécnica .....	26
2.1.3. Educação Tecnológica.....	28
2.1.4. Educação Profissional em Saúde .....	32
2.2 CURRÍCULO: INTERFACES CONCEITUAIS.....	38
2.3 MODELOS ASSISTENCIAIS OU DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	44
2.4 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE .....	47
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>51</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>53</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DO VALE DO RIBEIRA .....	53
4.1.1 Características Sócio-demográficas .....	53
4.1.2 Índice de desenvolvimento humano municipal (IDH, 2017) por município .....	56
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO VALE DO RIBEIRA .....	58
4.3 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS DO DRS XII – REGISTRO / SP.....	59
4.3.1 Barra do Turvo .....	60
4.3.2 Cajati.....	60
4.3.3 Cananéia .....	61
4.3.4 Eldorado.....	61
4.3.5 Ilha Comprida.....	62
4.3.6 Iguape.....	62
4.3.7 Itariri.....	63
4.3.8 Jacupiranga.....	63
4.3.9 Juquiá.....	64
4.3.10 Miracatu .....	64
4.3.11 Pedro de Toledo.....	64
4.3.12 Registro .....	65
4.3.13 Sete Barras .....	65
4.3.14 Iporanga .....	66
4.3.15 Parquera-Açu .....	66

4.4 NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SP E NO VALE DO RIBEIRA. ....	67
4.5 COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM NÍVEL MÉDIO.....	68
4.5.1 <i>Competências do Auxiliar de Enfermagem</i> .....	69
4.5.2 <i>Competências do Técnico em Enfermagem</i> .....	69
4.6 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM EM NÍVEL MÉDIO - CEFOR.....	70
4.6.1 <i>Estrutura Curricular</i> .....	71
4.6.2 <i>Indicações metodológicas dos CEFORs</i> .....	72
4.6.3 <i>Perfil de conclusão do técnico em enfermagem</i> .....	72
4.7 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - ESF .....	73
4.8 ANÁLISE DO PERFIL DE CONCLUSÃO DO CURSO TE VERSUS ÀS ATRIBUIÇÕES PRECONIZADAS PARA O TE DA ESF .....	75
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação procura estudar o processo de formação do Técnico de Enfermagem (TE) na Escola Técnica do SUS, CEFORH de Pariquera Açu/ SP. É notória a escassez da produção científica em relação ao papel do técnico de enfermagem que atua na equipe da Estratégia da Saúde da Família – ESF, o que reforça o interesse e a necessidade de conhecer mais a esse respeito, e explicitar a análise dos principais aspectos relacionados ao perfil do profissional em formação nessa área.

No intuito de relatar o percurso da profissionalização do Técnico em Enfermagem, desde a criação da Escola de Auxiliar de Enfermagem em Pariquera Açu se faz necessário relatar o histórico do Hospital Regional do Vale do Ribeira (HRVR) inaugurado em 1950.

Tratava-se de um hospital de grande porte considerando-se as demandas regionais da época, e, desde o início, enfrentou problemas para atrair e fixar profissionais da área médica, por conta da distância da região dos grandes centros.

No contexto histórico, a construção do Hospital Regional e a criação da Escola de Auxiliar de Enfermagem, contribuíram para uma mudança no cenário da saúde na Região do Vale do Ribeira.

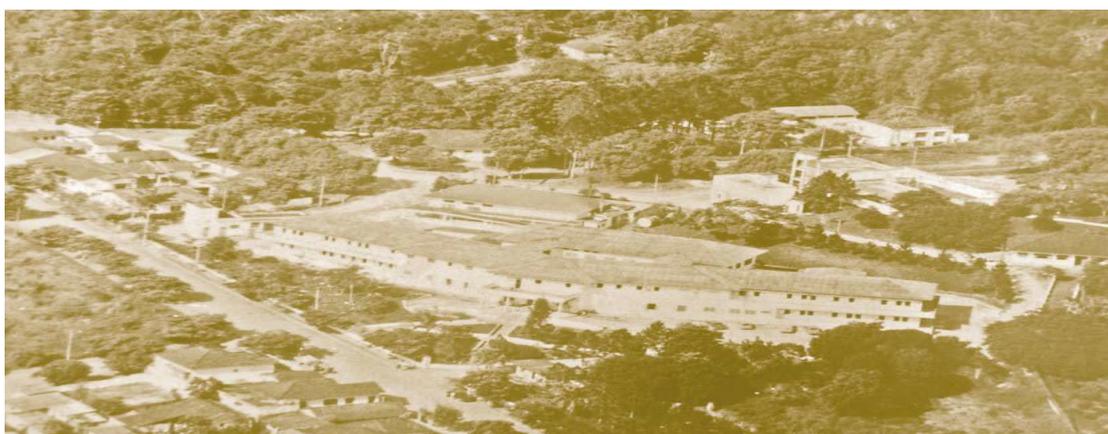


Ilustração 1 – Foto da construção do Hospital Regional do Vale do Ribeira (década de 1950).  
Fonte: Acervo do CEFOR de Pariquera Açu

O HRVR no início era, também, um depósito de doentes crônicos – havia pacientes que permaneciam internados por até dois anos, pois os municípios não possuíam condições para atender seus munícipes adoentados.

Quando o HRVR foi instalado, não havia sequer atendentes de enfermagem na região. Para suprir essa carência, os médicos recorriam aos funcionários administrativos para alguns procedimentos de enfermagem. Para solucionar o problema foi criada a Escola de Auxiliar de Enfermagem, experiência tão bem sucedida que resultou na implantação do CEFOR – Centro Formador de Pessoal para a Saúde, que funciona até hoje e forma profissionais que atuam no hospital recém - denominado HRLB – Hospital Regional Leopoldo Bevilacqua, em homenagem ao médico que atuou desde a inauguração na década dos anos 50.

O hospital, após várias crises sob a gestão do Estado, na tentativa de garantir continuidade do atendimento foi firmado nas décadas de 1970 e 1980, respectivamente, convênios com a Universidade de São Paulo (USP) e com a Santa Casa de São Paulo, para receber residentes (nesta época fui supervisora de estágio dos alunos de uma das primeiras turmas do curso de Auxiliar de Enfermagem do CEFOR). Esse modelo, no entanto, se desgastou por falta de recursos financeiros e pela precária estrutura existente no hospital.

Recentemente (28/01/2019) esse hospital completou 69 anos de trabalhos prestados na área da saúde, é importante referência em saúde do Vale do Ribeira, além de atender usuários de toda a região, também recebe a demanda de acidentados da Rodovia Régis Bittencourt (BR -116), que liga os estados de São Paulo e Paraná.



Ilustração 2 – Foto da fachada lateral do Hospital Regional Leopoldo Bevilacqua – HRLB (2017).  
Fonte: Acervo do CEFOR

Atualmente, o HRLB conta com 930 funcionários, a maioria da área da Enfermagem, que garante o atendimento em saúde a mais de 322 mil habitantes da região.

Possui um total de 205 leitos, sendo 151 para internação, 09 leitos de UTI adulto, 07 de UTI e 07 de UCI Neonatal, 21 leitos de observação e 10 obstétricos. Mensalmente, realiza uma média de mais de 4 mil atendimentos de urgência e emergência, mais de 7 mil consultas ambulatoriais.

O hospital está sendo ampliado, anexo ao prédio existente, foi erguido um edifício com cinco pavimentos. O local abrigará mais 60 leitos de internação, 20 de UTI adulto e 28 leitos de observação, 05 salas cirúrgicas e um Pronto-Socorro. Serão quase 09 mil metros quadrados, obra realizada com recursos da SES-SP.



Ilustração 3- Foto da atual ampliação do prédio do HRLB.  
Fonte: Autora (2019)

O HRLB é uma unidade da SES – SP voltado ao atendimento dos usuários do SUS e abrangendo os 15 municípios pertencentes à Diretoria Regional de Saúde XII de Registro. A política de humanização é um dos grandes pontos positivos da rotina do HRLB.

Atualmente o HRLB é administrado pelo CONSAÚDE - Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal do Vale do Ribeira (CODIVAR) constituído pelos prefeitos da região em 02/09/1989. Em dezembro de 2001, foi desmembrado em dois: o próprio CODIVAR, que direcionou suas ações para atividades de desenvolvimento socioeconômico regional e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira - CONSAÚDE.

O CONSAÚDE ficou responsável pelo desenvolvimento do setor saúde, inclusive, a formação de seus trabalhadores, função essa delegada ao CEFOR.

A maioria dos auxiliares e técnicos em enfermagem, bem como vários outros profissionais da área da saúde que atuam na região foram formados pelo CEFOR.





Ilustração 4- Foto do CEFOR - Centro de Formação de Pessoal para a Saúde de Pariquera-Açu.  
Fonte: Acervo do CEFOR

Em consulta ao acervo do CEFOR, foram localizados relatos sobre a visita itinerante que o governador Laudo Natel fez em 1971 ao Hospital Regional Vale do Ribeira (HRVR). Quando constatou que havia apenas a enfermeira Ruth Gouvêa e nenhum outro profissional de enfermagem qualificado ou habilitado no quadro de funcionários do hospital, assinou o Decreto criando a Escola de Auxiliar de Enfermagem, através do Decreto nº 52.791, de 20 de Agosto de 1971.

Também foi solicitado ao Coordenador da SES - Secretaria de Estado da Saúde que nomeasse cinco enfermeiras para as diversas unidades do hospital, para ministrarem também aulas e supervisão de estágios dos alunos da recém criada escola de enfermagem.

A instituição foi inaugurada em um prédio anexo ao HRVR (atual Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua), houve a reforma do local onde antes funcionava uma carpintaria que se dedicava, principalmente, à confecção de urnas funerárias para os pacientes em óbito no hospital, além da fabricação do mobiliário das enfermarias e de muletas para os pacientes levarem para casa, após a alta hospitalar.

O prédio foi adaptado segundo indicações do CEE - Conselho Estadual de Educação, que também orientou a aquisição do mobiliário, equipamento e material. Sua estrutura física contava com sala de aula, laboratório para práticas de enfermagem, biblioteca, diretoria, secretaria, sala de espera, copa, sala para arquivo morto e banheiros.

Foram criados, o Regimento e Planos de Cursos e juntamente com os professores os planos escolares e de disciplinas. A escola iniciou em maio de 1972 a formação dos primeiros profissionais de enfermagem do Vale do Ribeira, denominados

Aprendizes de Enfermagem, ao término do curso essa denominação foi mudada para Auxiliar de Enfermagem.

Eram formados profissionais somente para a demanda dos serviços de saúde que estavam em funcionamento ou em expansão na região.

A ênfase era especialmente para os Atendentes de Enfermagem que trabalhavam nos hospitais, sem estarem capacitados, e que deveriam ser qualificados como Auxiliares de Enfermagem no prazo máximo de dez anos, por exigência do COREN - Conselho Regional de Enfermagem.

Independente disso a Escola oferecia, em cada turma, vagas para alunos da comunidade, que não eram funcionários da saúde. Os candidatos passavam por seleção constante de avaliação escritas e entrevistas e posteriormente a esses, acrescidas às avaliações física e psicológica.

Em todas as etapas dos processos de seleção, participavam além da equipe da escola, profissionais que atuavam nas unidades de atendimento de saúde da região e que posteriormente eram convidados para coordenação, docência e supervisão de estágios dos cursos.

Até 1989 a Escola realizava o curso de Qualificação Auxiliar de Enfermagem através de uma classe única na sede, financiado pela SES-SP.

A formação dos Conselhos Municipais de Saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Recursos Humanos na década de 1989, apontaram à necessidade de incrementar a formação de mais profissionais, a Escola iniciou então a implementação das Classes Descentralizadas.

Nesta modalidade os cursos eram financiados e realizados nos municípios de origem dos alunos, o que possibilitou um aumento considerável no número de funcionários qualificados como Auxiliares de Enfermagem nos municípios do Vale do Ribeira.

Em 1996, a Escola de Auxiliar de Enfermagem de Pariquera Açu foi transformada em Centro Formador de Recursos Humanos para Pessoal da Saúde – CEFOR.

Assim pôde formar não só Auxiliares de Enfermagem como também trabalhadores para outras áreas da Saúde (Laboratório, Radiologia, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, Serviço de Atendimento Médico de Urgência, Banco de Sangue, Assistência Odontológica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Enfermagem do Trabalho).

Até o ano 2000, o CEFOR formou profissionais em ritmo adequado aos recursos financeiros Municipais e Estaduais alocados para este fim, a partir do ano 2000 foi assinado um convênio entre o Ministério da Saúde (MS), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), para um Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).

O programa visava atender as demandas legais dessa área para buscar a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela rede de atendimento do SUS no país.

Houve um aumento numérico considerável na formação de Trabalhadores da Área de Enfermagem, na instrumentação, adequação e fortalecimento das ETSUS, na capacitação e especialização de docentes para ensino, aprendizagem e pesquisa, visando resgatar um déficit educacional profissionalizante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com recursos aportados pelo PROFAE, foi adquirido equipamento, material didático e o acervo bibliográfico. Foram capacitados docentes e gestores e proporcionado um Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional em Enfermagem para os docentes das ETSUS.

O CONSAÚDE acrescenta contra partida e repassa os recursos provenientes da SES para o CEFOR. realizando reformas na área física e instalação de banda larga (computadores), permitindo ao aluno e professor, atualização de conhecimentos e para a escola se comunicar com a RET-SUS (Rede de Escolas Técnicas do SUS). Além desses aportes o MS proveu um veículo para transporte dos funcionários da escola.

Atualmente no quadro de pessoal do CEFOR de Pariquera Açu, consta uma diretora, um oficial administrativo, um estagiário, Técnico de Informática (TI) e uma auxiliar de serviços gerais.

Até hoje a escola encontra-se situada no mesmo local e só teve uma pequena ampliação do espaço físico, comporta além de salas de aula, laboratório para a simulação de práticas de enfermagem, biblioteca, sala de informática, secretaria, diretoria, sala de videoconferência.

Desde sua implantação, o CEFOR de Pariquera Açu foi responsável pela qualificação de aproximadamente quatro mil profissionais técnicos de nível médio, contribuindo assim, para avanços consideráveis na qualidade do atendimento à população que necessita dos serviços públicos de saúde na região do Vale do Ribeira.

Quase a totalidade de profissionais formados nesta escola atua nas unidades públicas de prestação de serviços, diretamente na assistência aos usuários do SUS, representando na maioria dos municípios, o único acesso para a população, aos serviços de saúde.

Isto reflete o grau de responsabilidade que o Centro Formador – CEFOR tem com a preparação de profissionais adequados à realidade regional, quer na assistência primária básica, secundária e terciária, quer na perspectiva crescente da complexidade da assistência.

## **1.1 Objetivos**

### **Objetivo geral**

Analisar o atual processo formativo do técnico em enfermagem do CEFOR de Pariquera Açu e propor uma revisão na organização curricular (distribuição da carga horária e conteúdos) e a inserção de um Curso Pós Técnico, voltado para a Atenção Primária em Saúde na Estratégia da Saúde da Família.

### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar a região do Vale do Ribeira segundo condições sócio-demográficas, econômicas, ambientais e culturais;
2. Identificar os limites e possibilidades da organização curricular (conceitos chave) do curso profissional dos técnicos em enfermagem e a inserção do Curso Pós Técnico no CEFOR de Pariquera Açu;
3. Analisar o perfil de conclusão do curso técnico em enfermagem do CEFOR correlacionando-o com o perfil profissional preconizado pela PNAB, verificando se a capacitação metodológica é adequada à formação do técnico em enfermagem com vistas à identificação das competências profissionais necessárias para desempenhar suas atividades junto às equipes da ESF.

## 2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

### 2.1 Formação dos trabalhadores em saúde

Quando descrevemos a formação e qualificação dos trabalhadores na área de saúde no Brasil, se faz necessário abordar aspectos históricos da Educação, Educação Politécnica, Educação Tecnológica, Educação Profissional em Saúde, a função e a constituição das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS/CEFOP).

Segundo Lilian do Valle, para aqueles que se dedicam às questões da escola pública, nessa sociedade contemporânea, tornou-se um grande desafio a formação dos cidadãos. “O conceito de cidadania tem uma longa história que deve ser recuperada, de forma a dotar de bases mais sólidas a atual discussão. Assim, a análise dos sentidos que podem revestir, filosófica ou historicamente, a noção de cidadania é, a nosso ver, tarefa essencial para a educação” (VALLE, 2001, p.1).

#### 2.1.1 Educação: aspectos históricos

A educação é uma atividade social instituída há tanto tempo quanto a própria instituição da organização da sociedade. Werner Jaeger considera que *“todo povo que atinge certo grau de desenvolvimento inclina-se naturalmente a prática da educação”* (JAEGER, 1995, p.3).

Para o autor Castoriadis (1997) a educação corresponderia a prática espontânea que qualquer ser vivo manifesta de forma irrefletida e elementar de conservação e de auto reprodução. Mas quando ocorre aspiração democrática a educação é submetida a permanente questionamento. Desse modo, essa prática que é acompanhada por intensa atividade investigativa, de exame e reflexão, pode ser denominada teoria educacional (CASTORIADIS, 1997, p.15).

Entende-se que a educação passa a existir como prática social específica e de reflexão educacional, quando a sociedade admite questionar dogmas e tradições que, até ali, impunham-se quase que espontaneamente.

Na antiguidade grega surgiu a democracia, também a reflexão educacional e a ideia de uma instituição correspondente. A educação torna-se atividade social explícita e refletida, instrumento de construção de uma nova pólis e formação ética dos futuros cidadãos.

Segundo Cassin (2004), somente ao filhote de homem, futuro cidadão, se aplica a exigência de um desenvolvimento que vai bem além dos cuidados com o bem-estar físico e com a aptidão biológica e adaptação.

Para Aristóteles (1997) na tradição da filosofia grega, a paidéia é o instrumento para a plena realização daquilo que, no humano, lhe é próprio e o distingue de todos os viventes: o lógos.

E isso porque diz Aristóteles (1997), “ninguém possui o lógos desde o início, totalmente e de uma vez por todas: È preciso desenvolvê-lo, e é esse o espaço deixado para ação humana”. No entanto, para o filósofo, a artificialidade do lógos nada tem de antinatural, mas é, ao contrário, a própria finalidade da natureza humana (Aristóteles, 1997, VII, 13, 1334 b 15). Desenvolver o lógos é arrematar o trabalho que a natureza, por si só, não é capaz de levar a cabo.

Das iniciativas educacionais modernas, Valle ressalta que a escola pública é uma das primeiras manifestações da Modernidade, torna-se motivo de expectativas que passam a marcar o período, porém, na medida em que vai se realizando a formação humana e os objetivos da educação poderiam ser, operacionalizáveis, ocorre a legitimação da atividade dos especialistas, que, por meio da administração racional e da teorização da educação, pretendem legislar (de cima e de fora) sobre a prática escolar, convertendo-a, em objetos determinados pelas disposições normativas (VALLE, 1997).

A autora relata que a perspectiva histórica talvez ajude a compreender o apego que a teoria pedagógica, quanto o discurso oficial sobre a educação, demonstram pela redução cognitivista e seus instrumentos: os documentos legais, de caráter técnico-normativo. Lilian Valle menciona que:

“[...] eternamente condenados pela contradição entre seu poder instituinte e as evidências de sua ineficácia, a desdobrar seus neologismos eruditos em uma profusão infindável de explicitações, comentários, estudos, manuais de aplicação; a transposição curricular universal pela qual a formação ética, a construção das subjetividades, o treinamento das habilidades de socialização, a aquisição de sensibilidades, afetos e gostos específicos se fazem objetos de uma abstração destinada, inicialmente, a instruir o professor e, em seguida, para aplicação prática; as grades avaliativas, estatísticas e testes objetivos que, alternando se para subjetividade dos conceitos e categorias teóricos, procedem ao ordenamento de toda atividade escolar segundo o princípio da instrução, que se faz, por esses meios, verificável” (VALLE, 1997, p.149).

Na atualidade, o cognitivismo é ainda hoje uma construção social, só que essa construção não se apoia mais em uma elaboração antropológica, e sim, em sua ausência. “As concepções de homem, de aluno e de professor que presidem o discurso educacional se apresentam superficiais, isso acompanha o empobrecimento da vida social e a reflexão em nossas sociedades” (VALLE, 1997, p.149).

Torna-se importante a reflexão que a autora faz sobre as questões que ainda hoje são essenciais na reflexão educacional: de como formar, no seio de uma sociedade heterônoma (que está sujeita a vontade de outras pessoas, a regras e normas de conduta), o cidadão autônomo?

Como fazer para superar, a tendência que leva as sociedades a guardar alguns valores específicos, realizando e legitimando a exclusão não só de outros grupos sociais e valores, mas da própria autocriação da autonomia?

### **2.1.2. Educação Politécnica**

O conceito de educação politécnica foi esboçado inicialmente por Karl Marx, em meados do século XIX. Mesmo sem ele nunca ter escrito um texto específico sobre a questão pedagógica, a educação politécnica pode ser vista como sinônimo de concepção marxista de educação (EPSJV, 2008).

A ilustração do pensamento marxiano, foi retirada das Instruções aos Delegados do Conselho Central Provisório da Associação Internacional dos Trabalhadores, de 1868: “afirmamos que a sociedade não pode permitir que pais e patrões empreguem, no trabalho, crianças e adolescentes, a menos que se combine este trabalho produtivo com a educação” (MARX & ENGELS, 1983, p. 60).

A proposta de educação politécnica: esta combinação de trabalho produtivo pago com a educação intelectual, os exercícios corporais e a formação politécnica elevará a classe operária acima dos níveis das classes burguesa e aristocrática.

Nessas indicações, encontra-se o embrião fundamental do trabalho como princípio educativo, que busca na transformação radical da sociedade sua última finalidade. Nesse sentido, os principais vetores da concepção marxista de educação são:

“ 1. Educação pública, gratuita, obrigatória e única para todas as crianças e jovens, de forma a romper com o monopólio por parte da burguesia da cultura, do conhecimento. 2. A combinação da educação (incluindo-se aí a educação intelectual, corporal e tecnológica) com a produção material com o propósito de superar o hiato historicamente produzido entre trabalho manual (execução, técnica) e trabalho intelectual (concepção, ciência) e com isso proporcionar a todos uma compreensão integral do processo produtivo. 3. A formação omnilateral (isto é, multilateral, integral) da personalidade de forma a tornar o ser humano capaz de produzir e fruir ciência, arte, técnica. 4. A integração recíproca da escola à sociedade com o propósito de superar a estranhamento entre as práticas educativas e as demais práticas sociais” (MARX, 1983, p. 60).

Dermeval Saviani na década de 1980, a partir do estudo das concepções de Marx e de Antonio Gramsci, (re) introduz no debate pedagógico as concepções de educação politécnica.

Também as obras de Manacorda sobre o pensamento de Marx e de Gramsci, sem dúvida, têm papel decisivo na apreensão da concepção marxista de educação no Brasil. Em sua clássica obra, *Marx e a Pedagogia Moderna*, “se, por um lado, a temática pedagógica é, de fato, tratada de maneira ocasional em seus aspectos específicos, por outro lado, e acima de tudo, está colocada organicamente no contexto de uma crítica rigorosa das relações sociais” (MANACORDA, 1991, p. 9).

Considerando o trabalho como princípio educativo, há de se buscar a articulação entre a teoria e prática e a negação da separação entre cursos teóricos e cursos práticos, entre ensino propedêutico e ensino profissionalizante. Acredita-se que o trabalho comprometido numa perspectiva emancipatória pode superar essa dicotomia.

Quanto à proposta da Educação no Brasil na década de 1980, a meta era avançar na direção do ensino politécnico. Na perspectiva da construção de uma escola unitária, com a concepção de politécnica, Gramsci define:

“Escola única inicial de cultura geral, humanista, formativa, que equilibre equanimente o desenvolvimento da capacidade de trabalhar manualmente (tecnicamente, industrialmente) e o desenvolvimento das capacidades de trabalho intelectual. Deste tipo de escola única, através de repetidas experiências de orientação profissional, passar-se á a uma das escolas especializadas ou ao trabalho produtivo (GRAMSCI, 1995, p. 118, apud CAMPELLO, 2008).

Com o surgimento da escola unitária, novas relações seriam estabelecidas entre trabalho intelectual e trabalho manual, tanto na escola e como em toda sociedade.

Sobre o princípio unitário Manacorda refere:

“[...] refletir-se-á em todos os organismos de cultura, transformando-os e emprestando-lhes um novo conteúdo. A escola unitária elementar e média deve educar de forma conjunta para as atividades intelectuais e manuais, e propiciar uma orientação múltipla em relação às futuras atividades profissionais, sem predeterminar escolhas” (MANACORDA, 1990 apud PEREIRA & LIMA, 2008).

Pelo exposto, uma proposta de politécnica indicaria a possibilidade de superação da dualidade estrutural que historicamente marca as concepções e práticas educativas no Brasil, especialmente no que diz respeito ao Ensino Médio.

Segundo Campello, essa proposta não conseguiu ser implantada e, a partir da promulgação da LDB (Lei nº 9.394/96), foi proibido o desenvolvimento integrado do

ensino médio e técnico, obrigando-se a constituição de sistemas paralelos de educação básica e educação profissional.

A autora faz então uma análise dessas reformas, referindo um retorno à dualidade estrutural que, em 1942, criou ramos de ensino: de um lado, o ensino secundário, propedêutico, para a formação de intelectuais; de outro, os ramos técnicos para a formação de trabalhadores instrumentais, sem direito de acesso ao ensino superior (PEREIRA e LIMA, 2008).

Em todas as áreas observamos a presença da dualidade, trazendo essas reflexões para o campo da saúde, a dualidade presente nos aspectos aparentemente contraditórios, por um lado a extrema complexidade dos problemas de diversas ordens: políticas, econômicas, biológicas, culturais, gerenciais, psicológicas, corporativas, e por outro lado um imaginário social e profissional que desvaloriza e simplifica este mesmo trabalho. Dificulta a necessária transformação da clínica na Atenção Básica e o desenvolvimento do SUS.

A proposta de unir áreas de conhecimentos diversas, relacionadas ao campo da saúde coletiva para a construção de outras práticas de saúde que considerem as outras dimensões do sujeito, além da biológica, denota a possibilidade de uma participação mais efetiva do Técnico de Enfermagem no cuidado prestado as pessoas da sua área de abrangência na ESF.

Existe grande e diversificada produção intelectual, marcada pelo contexto e pela conjuntura brasileira, que consubstanciou, sem dúvida, um debate específico sobre a concepção marxista de educação.

Rodrigues, faz uma reflexão dizendo: “então, somos obrigados a concluir que enquanto houver uma educação marcada pela divisão social do trabalho, haverá inexoravelmente a necessidade de uma concepção de educação politécnica, isto é, marxista, que àquela se contraponha” (RODRIGUES, 2005).

### **2.1.3. Educação Tecnológica**

Na Revolução Industrial a grande indústria baseada no trabalho executado pelas máquinas, promove o ingresso da ciência como um conhecimento sistematizado, no processo de produção, tornando-se elemento material e intelectual do desenvolvimento das forças produtivas.

A união que se dá entre ciência e processo produtivo, segundo Megaline (1977): encontra o oposto na divisão social do trabalho, onde estão divididas a concepção

(ciência – os que dominam) e a execução do trabalho (trabalhador direto – os que são dominados) (MEGALINE, apud EPSJV, 2008).

Para o filósofo alemão Karl Marx a educação pode ser conceituada de três formas:

“ 1. Educação intelectual. 2. Educação corporal, tal como a que se consegue com os exercícios de ginástica e militar. 3. Educação tecnológica, que recolhe os princípios gerais e de caráter científico de todo o processo de produção e, ao mesmo tempo, inicia as crianças e os adolescentes no manejo de ferramentas elementares dos diversos ramos industriais” (MARX, 1983, p. 60).

Durante a Revolução Industrial, no século XVIII, na Inglaterra surgiram vários pensadores e teorias para explicar as relações políticas, econômicas e sociais, que ainda estão presentes no dia a dia de nossas vidas.

No período pré Revolução Industrial era característico no processo de produção o trabalho artesanal. A oficina do artesão, além de ser sua morada, era a escola para os aprendizes, onde os profissionais participavam de todas as etapas na confecção dos produtos.

Os artesãos usavam vestimentas “uniformes” indicativas de seu ofício. Neste tipo de produção e trabalho o artesão produzia em sua oficina e com suas ferramentas os produtos a serem reapropriados por terceiros.

Não havia uma produção em larga escala (como após a Revolução Industrial), porém produzia-se a quantidade "encomendada" ao artesão. O artesão, além de trabalhar de forma relativamente autônoma, sem produção de larga escala, vivia do valor arrecadado de suas vendas e produzia seu produto por inteiro.

A partir da Revolução Industrial a forma de trabalho conhecida como artesanal vai se diluindo e perdendo a importância no sistema econômico de produção (CARNEIRO, 2004).

O trabalho do artesão vai sendo substituído pelo trabalho do operário. O avanço tecnológico, inclusão de máquinas, fábricas são implementadas para produção rápida e em série, barateamento dos produtos, atendimento do mercado, lucratividade, ocorrendo a divisão de trabalho na etapa da confecção dos produtos “trabalho coletivo combinado”.

Nesse momento o trabalhador perde sua autonomia, passa a ser um empregado de uma determinada indústria, seguindo as determinações da direção da mesma.

O proletário recebe um salário como forma de contraprestação da força de trabalho empregada por ele. Sobretudo, o proletário realiza uma parte da produção, diferentemente do artesão que faz todo o produto.

É o chamado trabalho em série, impulsionando assim a produção em larga escala característica do setor industrial. Assim: um trabalhador que executa a sua vida inteira uma única operação simples, transforma todo o seu corpo em órgão automático unilateral dessa operação, portanto necessita para ela menos tempo que o artífice, que executa alternadamente toda uma série de operações.

O ‘trabalhador coletivo’ combinado, que constitui o mecanismo vivo da manufatura, se compõe, porém apenas de tais trabalhadores parciais unilaterais. “Em comparação, com o ofício autônomo produz por isso mais em menos tempo ou eleva a força produtiva do trabalho.” (MARX, 1996, p. 455/456).

O artesão e aprendizes viram operários, expropriados dos meios de produção, vendem a sua força de trabalho para as fábricas, sucumbem na concorrência e competitividade. “O trabalho, na sociedade industrial capitalista, se transformou em mercadoria” (GOMES, 1989).

As fábricas passam a formar trabalhadores, com educação em serviço dentro das etapas de produção, que se tornam ofícios e profissões, sintonizadas com o mercado capitalista de produção. “Na cultura capitalista, o principal foco da educação é preparar a mão-de-obra para o mercado de trabalho, e não formar cidadãos com percepções críticas, reflexivas diante da sociedade” (PINHEIRO, 2003).

Esta prática de produção persiste até os dias atuais, logicamente o avanço tecnológico no trabalho, vem continuamente originando novos ofícios, profissões que direcionam o mercado na oferta de empregos.

A revolução industrial influenciou não apenas as atividades voltadas para a manufatura de produtos, ela se faz presente em todas as atividades laborais humanas desde então.

No setor saúde encontramos também divisão de trabalho excessiva, profissionais executando tarefas parciais e pontuais, profissões em constantes transformações e extinções, sintonizadas com avanço científico, tecnológico, jurídico e outros. Neste sentido Vieira afirma que:

“ O trabalho da enfermagem especialmente dos técnicos e auxiliares centra-se no “ato de cuidar”, caracteriza-se principalmente pela continuidade das ações, o trabalho de “acompanhar cuidando”, não perde em princípio a noção de totalidade das necessidades das intervenções e

principalmente a visão mais ampla, tanto da clientela como do processo de trabalho” (VIEIRA, 2003).

Marx considerou a existência de uma íntima conexão, vínculo histórico e indissociável entre a produção material da vida e sua elaboração espiritual, ou seja, a produção de ideias, de representações e da consciência. Satisfazer as necessidades materiais da vida e produzir a própria sobrevivência, produzir novas necessidades, reproduzir-se e estabelecer novas relações com os demais e com a natureza, transformando-a e transformando-se a si mesmo, o que implica estabelecer novas relações de produção, de poder e de propriedade, que correspondem a determinado grau ou estágio de desenvolvimento das forças produtivas.

Esta dinâmica constitui o devir histórico, a essência ontológica do ser social. Nela, a consciência se constrói, na interpenetração de cada uma dessas dimensões da história da humanidade.

Nessa concepção de unidade entre produção intelectual e produção material, entre ciência e processo produtivo, como podemos situar o conceito de tecnologia? A tecnologia é entendida como extensão das possibilidades e potencialidades humanas, da produção social (CAMPELLO & FILHO, 2008).

Segundo os autores, o desenvolvimento científico e tecnológico é o desenvolvimento da ciência do trabalho produtivo, isto é, processo de apropriação contínua de saberes e práticas pelo ser social no devir histórico da humanidade.

No âmbito das políticas educacionais de caráter neoliberal que predominaram na política educacional brasileira a partir dos anos de 90, ocorre um processo de resignificação conceitual que marcará o sentido atribuído à educação tecnológica.

Em 1992, é criada a Secretaria Nacional de Educação Tecnológica (Senete) do Ministério da Educação, decorrente, conforme o discurso governamental, da necessária reestruturação do aparelho de Estado, visando sua modernização.

Conforme a concepção do Ministério da Educação, a educação tecnológica guarda compromisso prioritário com o futuro, no qual o conhecimento vem se transformando no principal recurso gerador de riquezas, seu verdadeiro capital e exigindo, por sua vez, uma renovação da escola, para que se assuma seu papel de transformadora da realidade econômica e social do país (BRASIL, 1991, p. 57).

De acordo com Garcia e Lima Filho (2004), este momento pode ser considerado como um dos primeiros em que aparece, no âmbito das discussões e propostas governamentais para a educação brasileira, o conceito de educação tecnológica.

Este conceito, entretanto, difere, na sua concepção, do conceito de educação tecnológica de origem marxiano, o mesmo que foi trabalhado no debate em torno da LDB, e que, sinonimicamente substituiu o conceito de educação politécnica na proposta da sociedade civil brasileira e no debate parlamentar dos anos de 80-90.

Portanto, os significados atribuídos ao termo, educação tecnológica, pela sociedade civil e pelo Ministério da Educação são distintos. Por um lado, o debate parlamentar em sua relação com a sociedade civil, interpreta-o como uma alternativa para a educação politécnica, na proposta governamental, educação tecnológica não se vincula a uma concepção pedagógica, mas a uma estratégia de caráter econômico (CAMPELLO & FILHO, 2008).

#### **2.1.4. Educação Profissional em Saúde**

Quando descrevemos sobre a formação e qualificação dos trabalhadores na área de saúde no Brasil, se faz necessário abordar aspectos históricos e os caminhos percorridos pela educação profissional no Brasil.

Na década de 1920 surge a proposta do termo educação profissional, constar nas reformas educacionais defendidas pelos arautos do escolanovismo. Em 1931 houve a introdução de conteúdos de saúde para a formação dos futuros trabalhadores e em seguida (1940) foi aprovada legislação educacional para a área de enfermagem.

A formação técnica dos práticos de enfermagem é aprovada em 1946: pelo Decreto-Lei n. 8.778. Após três anos em, 1949, a formação técnica dos auxiliares de enfermagem foi aprovada pela Lei nº 775, para o então incipiente e pouco desenvolvido mercado de trabalho hospitalar.

Vários movimentos influenciaram as políticas educacionais no período de 1959 a 1970, a educação profissional em saúde foi permitida legalmente, no Brasil, a partir da Lei 4.024/61.

Na IV Conferência Nacional de Saúde em 1967, cujo tema central foi RH - Recursos Humanos, para às atividades de saúde, foi onde surgiu a ideia da formação de técnicos de saúde de nível médio, prevendo atendimento a um suposto mercado de trabalho que estaria surgindo, devido ao 'milagre econômico' brasileiro no período de 1968 – 1974.

Com a introdução de equipamentos sofisticados hospitalares, ocorreu aumento da produção dos serviços médicos hospitalares, mas este aumento ocorreu devido ao árduo trabalho de duas categorias profissionais da saúde, a dos atendentes de enfermagem e dos médicos.

Frigotto (1986) analisa o contexto da recomposição do capitalismo em sua fase monopolista, e diz que o fetiche e a mistificação da necessidade de formação técnica média, para um suposto mercado de trabalho, veiculada pela teoria do ‘capital humano’ cumpriu um papel político, ideológico e econômico específico. E, essa teoria veicula a ideia de que o subdesenvolvimento não diz respeito às relações de poder e dominação.

O conceito de ‘capital humano’ coloca o trabalhador assalariado como um duplo proprietário: da força de trabalho adquirida pelo capitalista e de um capital adquirido por ele, quantidade de educação. Esse conceito reduz a concepção de educação profissional a mero fator técnico da produção.

Essa concepção tecnicista de educação profissional contribuiu para naturalizar as ações feitas pelos trabalhadores técnicos em saúde, como reduzir a formação profissional a meros treinamentos e conformar os trabalhadores à divisão técnica do trabalho em saúde.

Segundo Pereira (2006) essa concepção tecnicista da educação profissional incentivou a crença que as técnicas pedagógicas são o instrumento para resolver problemas da formação técnica e de saúde da população. De modo a reduzir o ensino às tarefas do posto de trabalho, adequando a formação às demandas do mercado. Em síntese, contribuiu para a adaptação dos trabalhadores ao existente, numa perspectiva economicista, instrumentalista, pragmática e moralizadora.

Ao contrário dessa concepção de adaptação, foi sendo construída nos anos 80, uma concepção de educação que a recoloca no âmbito das práticas sociais. Uma prática constituída das relações sociais e uma concepção de escola, cujo eixo básico centra-se na questão da escola unitária, de formação tecnológica ou politécnica.

Prática também pautada na necessidade de aprofundamento do sentido e dos desafios de tomar-se o trabalho como princípio educativo. A educação profissional em saúde é um objeto de disputa e embate de projetos societários.

Apesar da hegemonia de ideias e práticas de educação profissional que têm como objetivo a adaptação e conformação dos trabalhadores ao existente e ao mercado de trabalho, assim como às necessidades de manutenção e transformação do capital, existem projetos contra hegemônicos que lutam por uma educação e saúde que tenham

como finalidade a construção de uma sociedade mais humana e solidária (PEREIRA & RAMOS, 2006).

São exemplos, na educação profissional em saúde, a concepção ensino e serviço, desenvolvida pelas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - ETSUS, e a concepção politécnica, desenvolvida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz - EPSJV/Fiocruz.

Segundo Campello (2008), essas experiências são realizadas no cenário histórico e social do capitalismo tardio, um cenário contraditório e complexo, em que se confrontam as posições progressistas, que defendem e reafirmam a saúde como um direito universal, e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país, que tende a tornar a saúde uma mercadoria.

O Decreto n. 5.154, de julho de 2004, revogou o Decreto n. 2.208/97 e restituiu a possibilidade de articulação plena do ensino médio com a educação profissional, mediante a oferta de ensino técnico integrado ao ensino médio.

Manteve, entretanto, as alternativas anteriores que haviam sido fortalecidas e ampliadas com o Decreto n. 2.208/97 e “*expressavam a histórica dualidade estrutural da educação brasileira*” (CAMPELLO, 2008, p.181).

A educação profissional em saúde no seu viés de transformação afirma a formação omnilateral e a humanização do trabalhador pelo trabalho.

O caráter politécnico do ensino decorre da dimensão de um desenvolvimento total das possibilidades humanas, onde, como afirma Marx, na Ideologia Alemã, “os pintores serão homens que además pintem” (FRIGOTTO, 1985, p.4).

Pela própria ampliação da definição de saúde contida na Constituição de 1988, a formação de trabalhadores, não se passa apenas em capacitá-los com competências técnicas específicas, é preciso incorporar nos cursos conceitos trabalhados da Politecnia onde “*pretende-se formar o técnico em uma visão de valor –trabalho, para que o mesmo além de adquirir habilidades pertinentes a sua profissão, desenvolva também um caráter crítico-reflexivo na realidade social que esteja inserido*”, e possam contribuir como agentes transformadores e construtores desta realidade . (CARNEIRO, 2001).

Um marco importante na história da formação dos trabalhadores em saúde foi o surgimento dos Centros de Formação de Recursos Humanos – CEFOR e das Escolas Técnicas do SUS – ETSUS, com a finalidade de melhorar a educação profissional e promover qualificação técnica de trabalhadores já inseridos no sistema de saúde, a partir

de um modelo de educação profissional descentralizado e integrado aos serviços de saúde (RAMOS, 2012, p. 36-37).

No contexto histórico da criação das ETSUS, Ramos (2012), refere que no relatório do Projeto Memória (LIMA, 2006), a Lei nº 4.024/61 autoriza a realização de cursos técnicos de nível médio para saúde. O Ministério da Saúde – MS reconhece a formação do técnico em enfermagem em 1966.

A natureza do trabalho da enfermagem nesse período é, caracterizado pela divisão do trabalho (taylorista-fordista) e a formação desses trabalhadores, feita essencialmente como treinamento em serviço (id., *ibid.*, p. 37).

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde do MS – PPREPS (1973), foi considerado como a primeira iniciativa no sentido de organizar os Recursos Humanos em Saúde - RHS, principalmente por seu caráter formativo de sanitaristas através dos cursos descentralizados de saúde pública nos estados brasileiros.

Esse programa foi considerado como um marco no planejamento governamental para as áreas do trabalho, educação e saúde, influenciando a criação de outros programas com vistas à formação dos trabalhadores de saúde como o Projeto de Formação Profissional em Larga Escala e a Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde no ano de 1985.

Apesar dessas estratégias, é na VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1986, considerada como um marco da Reforma Sanitária Brasileira, em que o tema dos RHS institucionaliza-se, ratificando a importância da formação dos trabalhadores da saúde para alcance dos ideários do SUS (VIEIRA, CHINELLI e LOPES, 2011).

A partir do PPREPS/MS, iniciam-se importantes debates na tentativa de superar o modelo do mero treinamento em serviço para os trabalhadores técnicos em saúde, já apontando para a construção de uma política de RH – recursos humanos em saúde (RAMOS, 2012, p. 39).

O projeto de Formação em Larga Escala surge de um acordo firmado entre o MS/ MEC/ MPAS e a OPAS com a proposta de formar o contingente de trabalhadores já inseridos nos serviços e que não poderiam se afastar para se formarem em cursos técnicos regulares.

Em diversos estados brasileiros os Centros de Desenvolvimento de RH – CEDRHU das secretarias estaduais de saúde, possibilitaram a operacionalização do Projeto Larga Escala, que embora reconhecido pela Lei nº 5.692/71, os Conselhos Estaduais de Educação não o reconheciam (RAMOS, 2012).

Ramos (2012) ressalta a importância do relatório do Projeto Memória (LIMA, 2006), principalmente no item “A formação de um novo trabalhador para um novo sistema de saúde: o trabalho como princípio pedagógico” onde é abordada segundo a autora, a formulação e a disputa de concepções políticas e pedagógicas presentes na história das ET SUS.

No contexto histórico da educação profissional em saúde, cabe referir o pensamento da enfermeira Izabel dos Santos, sobre o tipo de escola que seria mais adequada às necessidades dos serviços de saúde do Brasil. Santos, cita a “escola-função” como modelo de escola “não convencional”, e esta seria a escola que:

“ forma os trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, de acordo com suas necessidades, com ação descentralizada, A Unidade sede é basicamente, o espaço administrativo da escola, enquanto os cursos ocorrem nos municípios, em espaços da administração local e por eles indicados” (SANTOS, *apud* Ramos, 2012).

Sório (2002) afirma que o Projeto Larga Escala optou pela criação de novas tecnologias, além de propiciar a participação dos estudantes na construção de modelos alternativos de assistência. A autora faz crítica ao treinamento e a um ensino desvinculado da realidade dos serviços, defende então a ideia do currículo integrado.

A alternativa diante das dificuldades de se implementar um currículo integrado, foi de pensar uma organização curricular híbrida, “currículo correlacionado” onde se estabelece uma relação entre os conceitos com o objetivo das disciplinas se inter-relacionarem, tendo como estratégia metodológica a problematização (RAMOS, 2012, p. 49).

O Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – Profae, foi implantado no final de 1990, a base desse projeto era a mesma do Larga Escala, mas com diferente regulamentação educacional. As políticas de educação profissional técnica em saúde se alinharam às políticas educacionais do MEC do governo FHC, seguindo orientações do BID, que financiava o programa, adotando a pedagogia das competências.

Pela nossa percepção e da autora, a educação profissional no Brasil na tentativa de superar a hegemonia tecnicista e conteudista do ensino, se desenvolveu sem um aprofundamento epistemológico e político sobre o sentido da educação básica e educação profissional para a classe trabalhadora. Mesmo sendo o PROFABE, responsável por aumento de exigências de qualificação e de escolaridade dos trabalhadores, bem como melhorias nas condições físicas dos CEFOR e ET SUS (RAMOS, 2012, p.61).

Fazendo uma reflexão sobre a condição atual do Cefor onde atuo, reconheço que embora o PROFAE tenha contribuído para melhorias no espaço físico e aquisição de materiais e equipamentos, até o momento o Cefor não possui autonomia financeira e nem quadro funcional fixo de docentes, apenas uma diretora, um auxiliar de serviços e um secretário compõe o quadro de pessoal da Escola. Os docentes e coordenadores pedagógicos são convidados para atuarem em turmas específicas e durante o período do Curso, impossibilitando assim, um maior vínculo destes com a Instituição, para melhor aproveitamento das capacitações pedagógicas ofertadas.

Analisando os programas, Ramos relata:

“[...] percebe-se que o PROFAE deu continuidade às diretrizes que estiveram na origem do Projeto Larga Escala e a política de Educação Permanente, ao mesmo tempo, que busca dar continuidade às diretrizes do PROFAE, apresenta mudança no modelo quando amplia o princípio da integração ensino-serviço para o da integração ensino-serviço-gestão-controle social” (RAMOS, 2012, p.69).

Nesse sentido, a formação e o desenvolvimento englobariam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (id., *ibid.*, p.71).

O Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS, herdeiro do PROFAE, foi mencionado pela primeira vez em 2006, durante o Seminário Internacional de Educação Profissional em Saúde. As diretrizes e estratégias para a sua implantação foram definidas na Portaria nº 3.189 em 18/12/2009.

A Região do Vale do Ribeira atendeu alguns dos critérios elencados na portaria nº 3.189 e teve elegibilidade para o programa do PROFAPS.

Considera-se que o PROFAPS tem um papel importante para o SUS e vem produzindo o desenvolvimento da RET- SUS, quanto à formulação de estratégias para execução dos cursos, na organização escolar, nos recursos educativos, mas há necessidade de ser ampliado.

Neste contexto, Cláudia Marques<sup>1</sup> observa que:

“ao ampliar a oferta de educação profissional para outras categorias da saúde na perspectiva política e ideológica da educação permanente, o PROFAPS também amplia os espaços de reflexão crítica no interior dos serviços de saúde articulando novos atores aos processos de mudança institucional, ao mesmo tempo em que fortalece a própria PNEPS” (MARQUES, 2011).

---

<sup>1</sup> Representante da OPAS - Organização Panamericana de Saúde na Comissão Geral de Coordenação da RET-SUS. Revista RET-SUS, 2011.

## 2.2 Currículo: interfaces conceituais

Etimologicamente, o termo currículo quando referido à escola: do latim, *currere*, que significa corrida, “pista de corrida”, pode ser entendido como sendo o percurso a ser percorrido pelo estudante segundo um plano a ser cumprido, monitorado e avaliado pelo professor.

Ao final deste percurso, o resultado deve corresponder aos objetivos que foram previamente estabelecidos. Currículo pode também ser relacionado com a concepção de “identidade”, pois na medida em que se avança “no curso dessa corrida, que é o currículo, acabamos por nos tornar o que somos” (SILVA, 2007, p. 15).

Contextualizando, na Resolução nº 4, de 13 de julho de 2010 que define Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para Educação Básica, no Art.13, diz que currículo é o conjunto de valores e práticas que proporcionam a produção, a socialização de significados no espaço social e contribuem intensamente para a construção de identidades sócio culturais dos educandos.

Ainda no Art.13 § 2º, na organização da proposta curricular, deve-se assegurar o entendimento de currículo como sendo experiências escolares que se desdobram em torno do conhecimento, permeadas pelas relações sociais, articulando vivências e saberes dos estudantes com os conhecimentos historicamente acumulados e contribuindo para construir as identidades dos educandos.

Ao se discutir currículo, se faz necessário, olhar a sua história, bem como a história da educação no Brasil, em que o processo educativo formal tem início na época da colonização, com os jesuítas na catequização dos nativos.

Ao longo da história da educação brasileira, desde o início, quem determina o que será ensinado, a forma e importância social daquilo que se ensina, são os grupos que detêm a hegemonia econômica, política e social, conforme seus interesses.

Para Dermeval Saviani, “[...] currículo é o conjunto das atividades nucleares desenvolvidas pela escola” (SAVIANI, 2008, p. 16), e complementa afirmando:

“Trata-se das atividades essenciais que a escola não pode deixar de desenvolver, sob pena de perder a sua especificidade”. O processo de “seleção do conhecimento” a ser incorporado ao currículo não deve se dar de maneira aleatória, mas com base no que é necessário ao ser humano conhecer para enfrentar os problemas que a realidade apresenta. A problematização da realidade pelo professor como parte do método da prática pedagógica é fundamental, pois a seleção do conhecimento que se vincula à definição dos objetivos de ensino implica definir “prioridades” (distinguir o que é principal do que é secundário), o que é ditado “[...]”

pelas condições da situação existencial concreta em que vive o homem” (Saviani, 2004, p. 39).

Alice Casimiro Lopes e Elizabeth Macedo (2002) nos trazem que o currículo é um espaço de inclusões ou exclusões, que ocorre num campo onde os contextos sociais e políticos, produzem significados e que a construção desta educação só pode acontecer numa relação entre currículo e sociedade, de maneira a não mais ignorar as diferenças culturais, de gênero, de raça, de cor, de sexo, potencializando a diversidade cultural, reconhecendo e convivendo com os diferentes, possibilitando as pessoas a serem mais humanas.

Segundo as autoras, este currículo contextualizado passa necessariamente pelo rompimento com os discursos vindos “de fora” que negam os saberes locais, mas que são esses saberes locais que legitimam, re-significam e reconstróem os saberes e conceitos globais e não o contrário (LOPES e MACEDO, 2002).

José Gimeno Sacristán (1998) diz que o currículo escolar, entendido como uma confluência de muitas práticas políticas e culturais determina e é determinado por vários campos que se desenvolvem simultaneamente. Segundo o autor:

“o currículo é uma práxis, expressão da função socializadora e cultural que determina o que a instituição tem, que reagrupa em torno dele uma série de práticas diversas, entre as quais se encontra a prática pedagógica desenvolvida em instituições escolares, denominada de ensino. O currículo é uma prática na qual se estabelece diálogo, entre agentes sociais, elementos técnicos, alunos que reagem frente a ele, professores que o modelam” (SACRISTÁN, 2000, p.15-16).

Nas diferentes concepções curriculares, segundo o autor, estão contidas também diferentes opções políticas, diferentes concepções psicológicas, epistemológicas, valores sociais, filosofias e modelos educativos, fontes que ajudam a formatar os currículos escolares.

Reforça ainda mais essa ideia Antônio Flávio Barbosa Moreira e Tomaz Silva, colocando que:

“O currículo não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social. O currículo está implicado em, relações de poder transmitindo visões sociais particulares e interessadas, produzindo identidades individuais e sociais particulares. O currículo não é um elemento transcendente e atemporal – ele tem uma história, vinculada às formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação” (MOREIRA e SILVA, 1995, p. 7-8).

E por não ser um elemento neutro, o currículo carrega consigo várias definições, que, dependendo da área de estudo de cada autor, irá direcionar a definição do currículo

se está baseada em características sociais, culturais, políticas, históricas entre outras. Mas em qualquer conceituação de currículo é importante ressaltar que ele é o veículo de ideologia, da filosofia e da intencionalidade educacional e sempre está comprometido com algum tipo de poder.

Em seu livro *Teorias do Currículo*, Lopes e Macedo (2013), na tentativa de fixarem sentidos para o campo do currículo, afirmam que, “não existe apenas uma história intelectual do campo e sim uma suposta história com vários pensamentos de diversos autores” e ainda que não é possível responder “o que é currículo”, apontando para algo que lhe é intrinsecamente característico, mas apenas para acordos sobre os sentidos de tal termo, sempre parciais e localizados historicamente” (LOPES e MACEDO, 2013, p.15).

Segundo as autoras, a cada tentativa de se definir currículo, surge um argumento novo e mais amplo, a definição vai então sendo inserida de diferentes maneiras. Torna-se um “movimento de criação de novos sentidos para o termo currículo, sempre remetendo a sentidos prévios para de alguma forma negá-los ou reconfigurá-los” (idem, p.15-16).

As autoras ainda relatam que a primeira menção ao termo currículo foi em 1633, registrada na Universidade de Glasgow nos Estados Unidos, dando a ideia inicial de um plano de aprendizagem e “organização da experiência escolar de um agrupamento de sujeitos, característica presente em um dos mais consolidados sentidos do currículo” (ibidem, p. 16).

Como podemos perceber existem várias definições acerca do termo currículo, e sua adoção irá depender da concepção adotada pela instituição escolar. Cabe a escola a produção do conhecimento junto com os alunos, para que eles entendam qual o seu papel dentro da escola e conseqüentemente dentro da sociedade.

LOPES (2013) como estudiosa de currículo, nos traz que ao longo do tempo da escolarização, nem sempre o ensino envolveu planejamento na seleção dos conteúdos, apenas nos anos de 1920 com o movimento da Escola Nova no Brasil, iniciaram os estudos curriculares.

Também neste momento, surgem para a escola as demandas de resolução dos problemas sociais em decorrência da industrialização. O quê será útil ensinar? Como ordenar esse ensino? Por onde começar? Para responder essas questões, têm sido criadas diferentes teorias curriculares.

É na construção das propostas curriculares que se define que tipo de sociedade e de cidadão se quer construir, o que a escola faz para quem faz ou deixa de fazer. É também na definição das propostas curriculares, que são selecionados conteúdos, que vão ajudar as pessoas a entenderem melhor a sua história e a compreenderem o mundo que as cercam.

Tomaz Tadeu Silva, em *Documentos de identidade: uma introdução às teorias curriculares* menciona que: “talvez mais importante e mais interessante do que a busca da definição de “currículo”, seja a de saber quais questões uma “teoria” do currículo busca responder”. A reflexão do autor é corroborada por:

“A questão central que serve de pano de fundo para qualquer teoria do currículo é a de saber qual o conhecimento deve ser ensinado. O quê? Para responder a essa questão, as diferentes teorias podem recorrer a discussões sobre a natureza humana, sobre a natureza da aprendizagem, do conhecimento, da sociedade e da cultura” (SILVA, 2007, p. 14).

A teoria do Currículo significa um desvendar da realidade, a partir da prática do ensino busca-se desvendar o que está na realidade, mas que para o aluno ainda não se tornou uma realidade. A teoria do currículo possibilita gerar novos conceitos.

Para melhor compreensão, devemos recorrer às conceituações das teorias curriculares, mencionadas pela totalidade dos autores estudiosos do currículo: teoria acrítica (tradicional ou estruturalista), teoria crítica e teoria pós-crítica (pós-estruturalista). Na teoria acrítica ou tradicional, o currículo não possui criticidade, está voltado praticamente na transmissão de conteúdos, focado no professor e para suprir a necessidade do mercado. Esta teoria permite a manipulação do homem por quem está atrás deste currículo.

Ainda na teoria acrítica o indivíduo tem a ilusão que conhece muito. É um currículo que fornece muitas informações, mas faz com que o indivíduo fique alienado, pois, sempre está muito ocupado estudando matérias e disciplinas, acaba desconhecendo a realidade que o cerca.

Nesta teoria, a escola serve para padronizar os indivíduos, funciona como uma fábrica (modelo Fordista), o currículo está organizado de forma multidisciplinar, não se correlaciona entre si. A avaliação é classificatória, produz a massificação, suprime a criatividade, prende a mente humana, o aluno é submisso, não questiona. Quando ele quer ser crítico é visto como insubordinado e acaba sendo excluído.

É sabido que o currículo de natureza acrítica gera alto grau de evasão escolar e repetição. Este currículo impede que a aprendizagem mecânica se torne uma

aprendizagem significativa. O indivíduo formado pela teoria curricular acrítica, não age, apenas reage (mecanicista). Conclui mas não aprende. Sua visão de mundo é limitada, é pautada no idealismo, acha que o mundo acontece conforme aquilo que se determina dentro dele.

Em contra ponto, a teoria crítica visa assegurar a transcendência, o indivíduo muda de classe social. Esta teoria se pauta principalmente na psicologia histórico cultural e no materialismo histórico dialético. Não é o que acontece dentro do indivíduo que transforma a sua realidade, mas o que acontece na realidade que está a sua volta é que gera a sua forma de pensar, de agir, de reagir frente a estímulos ambientais.

As teorias críticas têm seu início nas primeiras décadas do século XX, com base no marxismo que reconhece na sociedade capitalista a luta de classes, propõe mostrar ao homem como o mundo é realmente (com suas estruturas e super estruturas). Quando somos capazes de compreender como o homem produz seus bens e serviços, somos capazes de entender como a sociedade funciona e seremos então capazes de transformá-la.

Dentro da visão da teoria crítica, Michel W. Apple (2012) questiona o porquê de alguns conhecimentos serem selecionados em detrimento de outros, então o currículo acaba refletindo uma seleção de poder. O currículo não é uma mera colagem objetiva de informações, pois estas são sempre frutos de determinados agrupamentos sociais, que decidem o que será transmitido nas salas de aula. Desta forma não é fundamental saber como o conhecimento será disseminado, mas sim qual saber deve ser ensinado, e porque este e não outro. A quem serve determinados interesses? A escola pode alienar as pessoas?

Dermeval Saviani propõe que a educação é, sim, determinada pela sociedade, mas que essa determinação é relativa e na forma de ação recíproca, o que significa que o determinado também reage sobre o determinante. Consequentemente, a Educação também interfere sobre a sociedade, podendo contribuir para sua própria transformação (SAVIANI, 1989).

O currículo trabalha com a questão do poder e não simplesmente o conteúdo pelo conteúdo, também os fatores sócio políticos, observa a realidade e trabalha aquilo que acontece na sociedade. Na teoria acrítica o problema que acontece na sociedade fica na sociedade, na teoria crítica o que acontece na sociedade é problema também da escola.

É evidente, que a escola irá receber influências de órgãos externos, mas se a sociedade influencia a escola, a escola influenciará a sociedade. Porém isso dependerá

principalmente do modo que se conduz a educação, ou seja, se o ensino vai ser mera reprodução dos ideais da sociedade ou se este vai ser uma inovação a partir das contradições e desigualdades da mesma.

Nesse sentido, os autores APPLE e WEIS (1982) colocam que:

“A escola desempenha seu papel ideológico na reprodução, na produção e na legitimação do conhecimento. Ou seja, enquanto reprodutora a escola atua na seleção e distribuição do conhecimento, da mesma maneira estratificada pela qual está constituída a sociedade. Enquanto produtora o que a escola faz é criar conhecimento técnico-administrativo em alto nível para empresas econômicas, além de produzir formas culturais ideológicas a serviço dos grupos que estão no poder e enquanto legitimadora, a escola cumpre o papel de mascaramento das desigualdades, veiculando ideias que façam parecer natural e justo o sistema econômico-social vigente e que possibilitem a justificação e aceitação do domínio de determinado(s) grupo(s)” (APPLE e WEIS, 1982 apud SAVIANI, 1998, p. 39).

As teorias pós - críticas olham o indivíduo, o ser humano, os grupos sociais e seus direitos. O currículo vai incluir as questões da identidade. Na sociedade brasileira espera-se que o currículo contribua para formar o indivíduo autônomo, capaz, emancipado, competente, preparado para o mercado de trabalho. Principalmente o cidadão que sabe conviver com outros grupos, que tem a capacidade de se colocar no lugar do outro, compreender sua realidade social, suas necessidades, sem julgar e sem emitir juízo de valores. De modo democrático, preservando a heterogeneidade e a multiculturalidade. Para os pós - críticos saber é poder, a informação é poder.

Estudando as teorias curriculares, observo que o grande desafio do currículo presente na teoria pós – crítica é eliminar preconceitos, valorizar o relativismo cultural com a compreensão das diferenças.

É sabido que somos seres que nascemos meramente biológicos, mas a partir de entrarmos em contato com a educação, desenvolvemos cultura e nos tornamos seres históricos nos apropriando do que foi construído ao longo dos anos. A cultura representa valores que se ligam ao multiculturalismo e deve ser respeitado, ser considerado um patrimônio. Portanto deve ser valorizado e representado no currículo de forma a ser o ponto de partida para a construção da identidade e a subjetividade tanto no educador como no educando.

O currículo não é um veículo que transporta algo a ser transmitido e absorvido, mas sim um lugar em que, ativamente, em meio a tensões, (se) produz e reproduz a cultura. Currículo refere-se, portanto, a criação, recriação, contestação e transgressão (Moreira e Silva, 1994).

Fazemos aqui uma tentativa de sintetizar o termo currículo dizendo que currículo pode ser compreendido como um conjunto de princípios educacionais e de valores fundamentais que são trabalhados na Escola, bem como a soma dos componentes curriculares que deve ser abordada de forma interdisciplinar e transversal, perpassado por eixos temáticos como cidadania, direitos humanos, sustentabilidade, diversidade e multiculturalidade, integrando e incluindo os educandos, superando o isolamento das pessoas e a compartimentalização dos conteúdos.

Portanto, o currículo não envolve só conteúdos, processos ou estratégias escolares, mas provoca impacto sobre os alunos, gerando mudanças na forma de agir do indivíduo, revelando o que ele pode fazer com aquilo que aprendeu.

Desta forma, o currículo contribui para a formação integral do homem, no aspecto físico, emocional/afetivo, mental, social e político. A partir da educação ocorre a emancipação do indivíduo, através do conhecimento adquirido, o sujeito sente-se liberto.

### **2.3 Modelos Assistenciais ou de Atenção à Saúde**

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde - SUS (MATTA & MOROSINI, 2008, p.39).

As Políticas de Saúde no Brasil sempre estiveram atreladas aos processos políticos, econômicos, culturais e sociais, na implementação de seus variados modelos.

A atenção à saúde se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde (MATTA & MOROSINI, 2008, p.43).

A estratégia da Política Nacional de Saúde, representada pelo PSF - Programa de Saúde da Família, busca a integralidade das ações e permanente defesa da vida do cidadão. Este modelo está estruturado na lógica básica de atenção à saúde, afinado à indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Para tanto, torna-se necessária uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas.

Diferentemente do modelo biomédico tradicional deverá ser uma nova concepção de trabalho permitindo a busca permanente do consenso e maior diversidade das ações.

Uma relação deve ser baseada na interdisciplinaridade, com abordagem questionadora das certezas profissionais e que estimule a comunicação horizontal e permanente entre os componentes de uma equipe.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica.

A ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, amplia a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Um ponto importante foi o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico em enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (PNAB, 2017).

Para que ocorra, de fato, efetiva implantação de novo modelo de atenção à saúde, serão necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade. Tradicionalmente a atuação do setor saúde sempre contemplou a atenção ao indivíduo de uma forma isolada dos valores socioculturais e de seu contexto familiar, fragmentando-o e descontextualizando-o de suas realidades familiar e comunitária.

O indivíduo visto de forma fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, perde sua integralidade e acaba relacionando-se, repartidamente, com os serviços de saúde.

O papel do técnico em enfermagem junto à equipe da Unidade de Saúde da Família é o de proporcionar o apoio necessário ao exercício desta nova prática construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento.

Mas como exercer essa nova prática, em um contexto de saúde no qual o saber encontra-se fragmentado, compartilhado por diversos profissionais do setor que

dominam parcela do conhecimento e encontram-se divididos em diferentes níveis de complexidade de atuação?

E, quando tais profissionais, atuam de forma compartimentada e de acordo com princípios técnico-científicos, alijando, em grande parte, a participação do próprio indivíduo e da família no processo de manutenção e recuperação de sua saúde?

Neste contexto, o trabalho dito em equipe, ocorre pelo simples compartilhar do mesmo espaço físico em unidades de saúde, significando apenas uma abordagem multiprofissional, sem que haja a real inter ou transdisciplinaridade.

Por esta razão, para que se exerça uma nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde, com vistas à construção da equipe de saúde como a verdadeira unidade produtora desses serviços.

A especificidade das responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe, e sua prática democrática e construtiva precisa estar direcionada a uma maior motivação, satisfação e eficiência de seu trabalho.

O objetivo geral da estratégia Saúde da Família é de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

E, para atingir este objetivo, há necessidade que o técnico em enfermagem tenha desde a sua formação, uma base curricular que permita a compreensão do modelo de atenção à saúde, a partir da Atenção Básica.

Bastante importante é ele conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária, podendo desenvolver um processo de planejamento do trabalho, incluindo o usuário nas discussões e pactuações em cada uma das fases: na programação, na execução e na avaliação.

A complexidade dos problemas de saúde requer para o seu enfrentamento a utilização de múltiplos saberes e práticas. “O sentido da mudança do foco dos serviços e ações de saúde para as necessidades individuais e coletivas, portanto para o cuidado, implica a produção de relações de acolhimento, de vínculo e de responsabilização entre os trabalhadores e a população, reforçando a centralidade do trabalho da equipe multiprofissional” (EPSJV, 2005, p. 75).

## 2.4 O princípio da integralidade

De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (Carvalho & Santos, 2002).

Esta, entretanto, seria apenas uma das dimensões do conceito da integralidade. No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2007).

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva.

Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF – Programa de Saúde da Família. Uma noção de integralidade também relacionada à organização dos serviços e das práticas encontra-se associada à necessidade de horizontalização dos programas de saúde.

A política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização destas ações. As respostas governamentais às doenças, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública. Em consequência, estas respostas, que assumiam a forma de programas especiais de saúde pública (Paim, 2003), caracterizavam-se pela "*centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário*" (Mattos, 2003, p.49). Estas respostas atravessavam os serviços e as práticas de saúde atropelando muitas vezes as necessidades específicas e reais da população assistida.

Neste nível, a assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas repercutiria na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde a partir do horizonte da população atendida.

No contexto da estratégia do PSF, esta perspectiva está de acordo com o princípio da vigilância da saúde, com o qual se propõe trabalhar. Sustentado em três pilares básicos: o território-processo, os problemas de saúde e a intersectorialidade (Mendes, 1996), o princípio da vigilância da saúde contribui para a reorientação do

modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (Paim, 2003b).

Na perspectiva de Boff (2005), o trabalho possui uma dimensão ontológica, associado ao cuidado, que se constitui deste modo, na essência do ser humano. Sua proposta é associar a ontologia do trabalho com a ontologia do cuidado. Essa reflexão do autor pode auxiliar na compreensão da relação entre integralidade e cuidado em saúde.

Ainda contextualizando, Boff traz a seguinte reflexão: Mas há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas. Algo que surgiu há milhões de anos no processo evolucionário quando emergiram os mamíferos, dentro de cuja espécie nós nos inscrevemos: o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado (BOFF, 2005).

Segundo Merhy:

“O agir em saúde em sua micropolítica, traz à cena as tensões autonomia versus controle em meio às quais se constroem as ações humanas nos ambientes produtivos em saúde. O ponto de inflexão de suas análises se faz no entendimento que é na efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, expresso por relações intercessoras que têm como operação chave o encontro usuário/trabalhador de saúde, que se faz o território de disputa da reestruturação produtiva em saúde. Nesse território impreciso é que se expressam os modelos tecnoassistenciais em disputa da saúde como bem de mercado regido pela acumulação do capital e os projetos de saúde como bem público e patrimônio coletivo e individual de uma sociedade” (MERHY, 2002, p.45).

Merhy (2002) aborda a diferença entre trabalho vivo e trabalho morto, caracterizando o primeiro pela criatividade e autonomia e o segundo pelas ferramentas utilizadas e pelo produto final. O trabalho expressa em si mesmo, de modo exclusivo, o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com “grau de liberdade máxima”.

A tecnologia de saúde de que o usuário necessita depende de cada momento. Assim, pode haver o momento em que a tecnologia considerada complexa seja essencial para se garantir a integralidade da atenção. Noutra momento, a simples participação em grupos educativos pode ser a tecnologia que melhor responde a determinadas necessidades. Por isso, a garantia da integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual dos usuários (CECÍLIO, 2001).

Portanto, abordar a integralidade na saúde exige que todo tipo de tecnologia seja considerado. A fim de que o profissional de saúde tenha um olhar amplo sobre o usuário, é preciso que o mesmo desenvolva certas habilidades que o preparem para lidar com o dia a dia dos serviços, o que inclui o contato permanente com outros sujeitos.

Partindo da premissa de que o encontro entre trabalhador e usuário, ou mesmo entre os diversos trabalhadores pressupõe o encontro entre várias histórias de vida, faz-se necessário aprofundarmos tal questão.

Sabemos que o modelo biomédico reforça o aprimoramento das tecnologias duras e leve- duras sem, muitas vezes, incluir as tecnologias leves como uma soma de esforços para a conquista da assistência de qualidade. Assim, haveria o empobrecimento do cuidado a partir do enfraquecimento da tecnologia das relações.

Nesse sentido, é inegável a importância da tecnologia leve, já que na saúde o consumo do serviço se dá no ato do encontro entre trabalhador e usuário, conforme já exposto através do pensamento de Merhy (2002). O autor refere-se à expressão “encontro de subjetividades” para expressar a ideia de que dois ou mais sujeitos, carregando suas subjetividades, se encontram e exercem suas influências uns nos outros.

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Sob o princípio da integralidade no SUS, para haver uma relação profissional/paciente que privilegie o respeito, a escuta e a responsabilização, a formação deste profissional deve estar baseada numa concepção de educação que valorize as experiências de vida, incentivando o respeito ao outro, sem supervalorizar os saberes científicos, sem dúvida, necessários, porém não suficientes para um atendimento voltado para o cuidado integral em saúde.

Identifica-se então, a necessidade de construir novas práticas de formação e trabalho em saúde. Não podendo esquecer as questões que envolvem a saúde mental. A aprovação do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 2607), em dezembro de 2004, estabeleceu como diretriz a atenção no território e a integração das ações de saúde mental à atenção básica.

O processo teve como efeito a aproximação da atenção em saúde mental com o território de relações, subjetividades, tensões e vulnerabilidades presentes no rol de possibilidades da vida humana.

Esse processo de capilarização da atenção em saúde mental, integrado e próximo à comunidade, passou então a revelar problemas antes pouco visíveis, como os casos de violência.

A integralidade da assistência é compreendida como um dos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro – SUS. Esse princípio, constitui uma das principais formas de se alcançar uma assistência de qualidade e humanizada.

A ordenação da formação do pessoal para a saúde é um dever do SUS. Assim se faz necessária a integração entre os campos da Saúde e Educação.

Essa integração visa formar os profissionais da área técnica em enfermagem de maneira que se sintam verdadeiramente compromissados, não só para atender as demandas de saúde da população, mas que o entendimento desse princípio contribua também para o seu desenvolvimento profissional e pessoal.

### 3. METODOLOGIA

A presente investigação destaca em que bases se efetiva a qualificação que permeia a atuação do Técnico em Enfermagem na Estratégia da Saúde da Família.

Para traçar o perfil desse profissional, optou-se em termos metodológicos, pela pesquisa documental, onde foram consultados os documentos do acervo da Escola, sobre os dados relativos a sua criação/historicidade, bem como, nos documentos que norteiam seu funcionamento (PPP- Projeto Político Pedagógico / Regimento Único / Plano Escolar e outros); Também foram analisadas as Legislações, Normas, Decretos e Portarias de Órgãos Governamentais Federais / Estaduais, Programas da Saúde (PNAB) e da Educação, que dizem respeito ao processo de formação e profissionalização do Técnico em Enfermagem.

Neste estudo bibliográfico e documental as leituras foram selecionadas de forma analítica, utilizando o material do acervo do CEFOR, instituição pesquisada. Também analisadas as portarias e as orientações dos Ministérios da Educação e da Saúde que são norteadoras da formação em saúde. Além dos livros, artigos de autores que tratam do tema Currículo.

Ao tratar da pesquisa bibliográfica, é importante destacar que ela é sempre realizada para fundamentar teoricamente o objeto de estudo, contribuindo com elementos que subsidiam a análise futura dos dados obtidos.

Portanto, difere da revisão bibliográfica uma vez que vai além da simples observação de dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles a teoria, a compreensão crítica do significado neles existente.

Utilizar-se de um desenho metodológico circular ou de aproximações sucessivas no encaminhamento da pesquisa bibliográfica, permite, através da flexibilidade na apreensão dos dados, maior alcance no trato dialético desses dados, pois o objeto de estudo pode ser constantemente revisto, garantindo o aprimoramento na definição dos procedimentos metodológicos, como também a exposição mais eficiente do percurso de pesquisa realizado.

No entanto, a flexibilidade na obtenção dos dados não torna a pesquisa bibliográfica mais fácil. Ao contrário, requer mais trabalho do pesquisador, pois exige disciplina e atenção tanto no percurso metodológico definido quanto no cronograma de estudos proposto para que a síntese integradora das soluções não seja prejudicada.

É um movimento incansável de apreensão dos objetivos, de observância das etapas, de leitura, de questionamentos e de interlocução crítica com o material bibliográfico que permite, por sua vez, um leque de possibilidades na apreensão das múltiplas questões que envolvem o objeto de estudo.

Foram analisados os documentos norteadores do CEFOR: Regimento Único, Projeto Político Pedagógico, Plano de Curso do Técnico em Enfermagem, com enfoque na matriz curricular, além dos documentos normativos do SUS, destacando o princípio da Integralidade do SUS.

Também foi realizada pesquisa bibliográfica dos teóricos e leituras específicas sobre a trajetória da educação profissional, com ênfase na área da saúde, como também revisão da literatura pertinente à temática pesquisada: currículo do técnico em enfermagem do CEFOR.

A análise documental da legislação educacional: Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional Técnica de Nível Médio, Leis, Decretos, Resoluções e documentos da escola e documentos da saúde: Ministério da Saúde (MS) / Secretaria de Estado da Saúde (SES) – SP / Região de Atenção à Saúde – (RAS).

No trabalho foram utilizados dados recolhidos de: pesquisas realizadas anteriormente no país, legislações Ministeriais da Educação, Material extraído das aulas do mestrado em Educação Profissional em Saúde na EPSJV.

No desenvolvimento do trabalho, foram utilizados os conhecimentos adquiridos no curso do mestrado, utilizada também a experiência profissional acumulada junto ao CEFOR, e ainda a experiência relacionada ao exercício de facilitadora nas Oficinas de Trabalho (GT) municipais e regionais. Estas Oficinas possibilitaram coletar dados sobre as impressões dos participantes, quanto à sua atuação na ESF.

As Oficinas (GT) acontecem mensalmente nos municípios, com o aval dos gestores que pactuam agenda com datas e horários protegidos. O TE participa como integrante da equipe da ESF e, através de metodologia da EP – Educação Permanente os processos de trabalho das Unidades, são planejados, construídos e monitorados.

Finalizando, reafirma-se a pesquisa bibliográfica como um procedimento metodológico importante na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras futuras pesquisas.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da Região do Vale do Ribeira

Detalhando as características geográficas, culturais, educacionais, sociais, econômicas e políticas da Região podemos avaliar os desafios que ainda hoje se apresentam para suprir as necessidades de saúde da população.

#### 4.1.1 Características Sócio-demográficas

O Estado de São Paulo, situado na região Sudeste do Brasil, com uma área de 248.221.996 km<sup>2</sup>, possui uma população estimada em 2016 de 44.749.699 (IBGE, 2017) habitantes, distribuídos em 645 municípios.

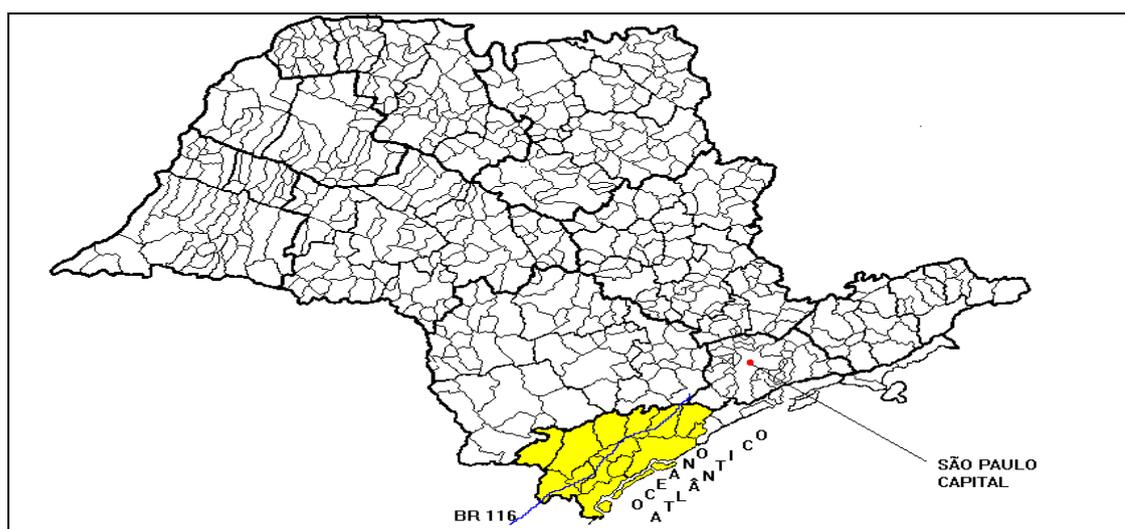


Figura 2: Mapa do estado de São Paulo – em destaque, a Região do Vale do Ribeira

Vinte e seis municípios do estado de São Paulo compõem o Vale do Ribeira, localizado na região sul do estado de São Paulo e a leste do estado do Paraná. Recebe este nome em função da bacia hidrográfica do Rio Ribeira de Iguape e ao Complexo Estuário Lagunar de Iguape, Cananéia e Paranaguá.

Sua área é de 2.830.666 hectares, abriga uma população de 481.224 habitantes, formada por indígenas, caiçaras, quilombolas, portugueses, franceses, poloneses, judeus, húngaros, eslovacos, italianos, ingleses, russos, alemães e japoneses formando uma diversidade cultural raramente encontrada, um patrimônio cultural preservado.

O Vale do Ribeira abriga 61% da mata atlântica remanescente no Brasil com restingas e manguezais. Em 1999 a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura declarou a região Patrimônio Natural da Humanidade.



Figura 3: **Mapa da região administrativa do Vale do Ribeira**

Além dos municípios apresentados no mapa, fazem parte também da região administrativa Itanhaém e Mongaguá da DRS IV de Santos, (15) DRS XII – Registro, (03) DRS IV – Santos, (06) DRS XVI – Sorocaba e (02) DRS I – Grande São Paulo.

Do ponto de vista econômico destacam-se a pesca artesanal, as culturas de banana, representando mais de 50% da produção no estado de São Paulo, maracujá, pupunha, plantas ornamentais e as atividades pecuárias de rebanho bovino e bubalino tanto na área serrana como ao longo da rodovia BR 116, além do cultivo de chá (predomínio da cultura japonesa na região) exportado para diversos países.

Também se destaca na economia o município de Cajati onde há uma grande mineradora (Vale) e unidade industrial que exploram uma mina de rocha fosfática para a fabricação de cimento e complemento mineral para ração animal.

O turismo no Vale do Ribeira vem crescendo ao longo dos anos e tem servido de estímulo ao setor terciário da economia da região, sendo o ecoturismo mais popular. O valor ecológico da região foi reconhecido internacionalmente com a classificação de Sítio do Patrimônio Histórico da Humanidade, pela Organização das Nações Unidas (ONU).

O Parque Estadual Turístico do Alto Ribeira (PETAR) se localiza ao sul do estado, entre os municípios de Apiaí, Eldorado e Iporanga, contém uma das maiores concentrações de cavernas do planeta, um ponto muito importante para o ecoturismo

brasileiro. O parque estadual da Ilha do Cardoso é habitado por caiçaras e indígenas que vivem da pesca e da cultura de subsistência.

Segundo a Agenda Ambiental de Comunidades Quilombolas do Vale do Ribeira editada em 2008 pelo Instituto Sócio Ambiental- ISA, o Vale do Ribeira é a região do Estado de São Paulo onde se encontra a maior parte das comunidades quilombolas.

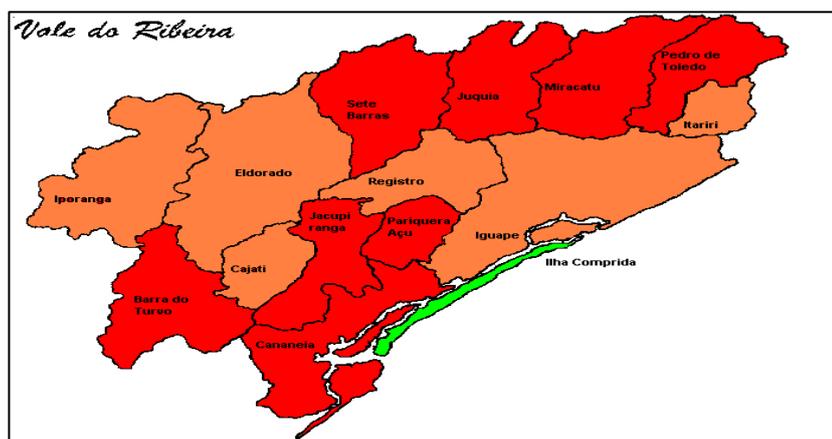
Há grande diversidade social, ambiental e cultural, são trinta comunidades remanescentes de Quilombos, cerca de oitenta vilas de pescadores na região Lagamar e no Anexo B, encontramos os nomes das oito aldeias Indígenas, do polo de Registro e das cinco aldeias do polo de Miracatu.

Tal especificidade se justifica pelo fato de que no Vale do Ribeira se concentra um dos últimos remanescentes de Mata Atlântica do Brasil. Há na região conflitos de sobreposições entre os territórios tradicionais destas populações com Unidades de Conservação (Parques Estaduais e outras áreas protegidas). Vivem na região 68 espécies ameaçadas de extinção, como a onça pintada, o papagaio da cara roxa, e mais de 40 espécies só encontradas no Vale do Ribeira. As enchentes, consequentes da imensa bacia hidrográfica, vez por outra paralisa quase tudo, obriga a reconstruir estradas, pontes, caminhos, casas e lavouras.

Embora o Vale do Ribeira faça parte do Estado de São Paulo, considerado um dos mais ricos e desenvolvidos do Brasil, possui características parecidas com a Região Amazônica, portanto as políticas públicas de uma forma geral, não atendem suas especificidades e influenciam no desenvolvimento socioeconômico da região.

Os indicadores do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS, 2017) sintetizam a situação de cada município e região no que diz respeito a riqueza, escolaridade e longevidade, classificando os municípios do Estado de São Paulo em cinco grupos.

Figura 4 **Municípios segundo grupos do IPRS (DRS XII).**



Fonte: Fundação Seade em parceria com a Assembleia Legislativa de SP

GRUPO 2 – embora com níveis de riqueza elevados, não existem bons indicadores sociais.	
GRUPO 4 – de baixo nível de riqueza e nível intermediário de longevidade e/ou escolaridade	
GRUPO 5 – mais desfavorecido, tanto em riqueza como nos indicadores sociais.	

O DRS de Registro não tem municípios nos Grupos 1 e 3 do IPRS, que corresponde aos municípios com índice elevados de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais, e apenas um no Grupo 2 (Ilha Comprida) que são aqueles com níveis de riqueza elevados, mas indicadores sociais insatisfatórios.

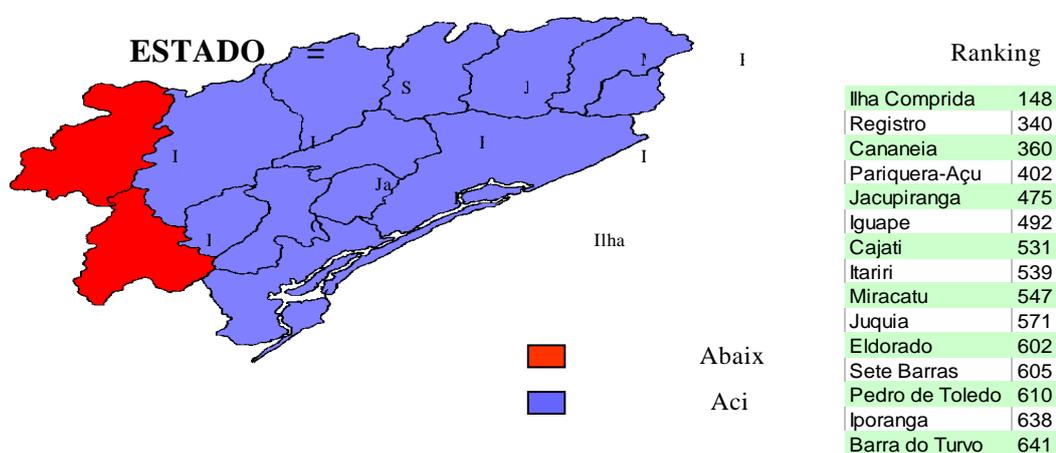
Recentemente comparando-se as dimensões que compõem o IPRS da região com o parâmetro apresentado pelo SEADE, observa-se que todos os municípios se enquadram na categoria baixa. As taxas de mortalidade infantil e perinatal se mantiveram em patamares superiores aos observados para o Estado.

O indicador escolaridade evoluiu no conjunto da Região, apesar disso, em comparação com as demais regiões do Estado, o Vale do Ribeira mantém-se em último lugar em escolaridade, indicando a necessidade de políticas que propiciem melhorias em seu sistema educacional.

#### 4.1.2 Índice de desenvolvimento humano municipal (IDH, 2017) por município

Baixo IDH e grande riqueza ambiental caracterizam os municípios do Vale do Ribeira. Desde 1999 foi declarado pela UNESCO como Patrimônio natural, socioambiental e cultural da humanidade.

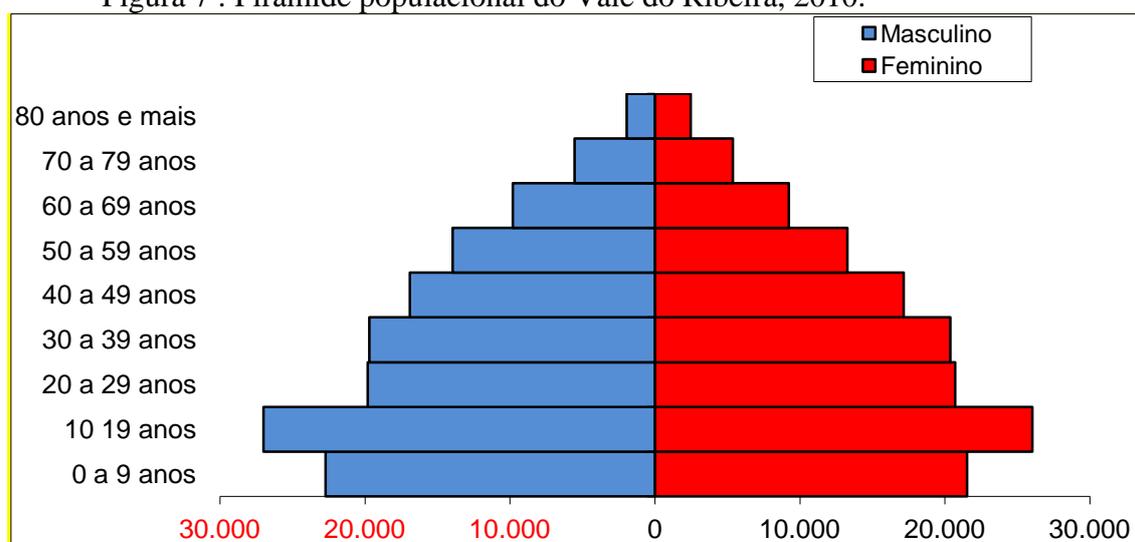
Figura 5: Mapa e ranking municipal segundo o IDH - Índice de desenvolvimento humano / região do Vale do Ribeira



Fonte: SEADE, 2017

Para a formação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira (CONSAÚDE) foram integrados 26 municípios, incluindo as regiões: Sorocaba, Grande São Paulo e Baixada Santista, fazem parte da Bacia Hidrográfica do Rio Ribeira de Iguape. Somados, são 498.623 hab., em comum, além da beleza natural, têm a realidade sócio - econômica de menores Índices de Desenvolvimento Humano - IDH do Estado.

Figura 7 : Pirâmide populacional do Vale do Ribeira, 2010.



Fonte: Fundação SEADE

A pirâmide etária mostra que apesar da tendência estadual, de alteração em sua estrutura etária (no estado de São Paulo tem ocorrido menor proporção de crianças, maior população em idade ativa e uma proporção crescente de idosos), verifica-se, um perfil etário mais jovem na região. Embora a população com 60 anos e mais é um pouco maior na região se comparada a do estado, 12,6% contra 11,5% no estado, o percentual da população com menos de 15 anos é 26,6% enquanto no estado fica em torno de 21% (SEADE, 2010).

A maior concentração dos empregos ocupados na região (45%) são os serviços e, destes, a grande parte nos estabelecimentos de saúde. A agropecuária expressa característica rural da região sendo a taxa de ocupação (17%) expressivamente maior que a do Estado (3%). A taxa de ocupação da indústria é muito pequena (9%). De modo geral a região carece de empregos formais, principalmente para o primeiro emprego, gerando grande número de vulnerabilidades entre a população jovem.

## 4.2 Caracterização da Rede de Serviços de Saúde do Vale do Ribeira

A RAS - Rede de Atenção a Saúde que compõe o DRS XII de Registro, está configurada por quinze municípios, totalizando uma população de 284.893 habitantes, destes, noventa e cinco por cento depende do atendimento do SUS.

A rede é composta pelas seguintes unidades públicas regionais e filantrópicas: Laboratório Regional, Complexo Ambulatorial Regional (CAR), Hospital Regional Leopoldo Bevilacqua (HRLB), Hospital São João (HSJ), Hospital Santo Antonio (Juquiá), AME, Luci Montoro, Hospital Municipal de Cajati, Unidade Mista de Iguape e Santa Casa de Eldorado.

Na rede pré-hospitalar os serviços existentes SUS são: duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), treze unidades de Pronto Socorro, uma unidade de Urgência e Emergência e um serviço de atendimento médico de urgência (SAMU Regional/Vale do Ribeira/SES).

Dos quinze municípios, apenas quatro realizam internações clínicas, sendo a maioria das internações encaminhadas aos hospitais da referência (HRLB e HSJ).

Quanto à Atenção Básica, todos os municípios possuem Unidades Básicas de Saúde (UBS) na modalidade tradicional, com as seguintes especialidades: pediatria, ginecologia e clínica geral.

Apenas o município de Registro, com maior porte populacional, possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e três UBS localizadas em distritos. Soma-se a essas unidades, as noventa e cinco unidades de Estratégias da Saúde da Família (ESF) distribuídas nos quatorze municípios restantes do Vale, compostas por médicos generalistas, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos em enfermagem, também em algumas estratégias possuem dentistas e auxiliares ou técnicos de saúde bucal na Estratégia da Saúde Bucal (ESB).

Na região a Atenção Básica predomina com o modelo da ESF, alguns municípios já implantaram o NASF – Núcleo Ampliado da Saúde da Família e CAPS – Centro de Atenção Psicossocial / RT - Residências Terapêuticas, outros se encontram em fase de credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, os dados mais recentes de 2018 indicam que existem no país 43.741 equipes de Saúde da Família dando cobertura para 134.765.691 habitantes, ou seja, 64,9 % da população.

A cobertura do número de ESF = 95 equipes com cobertura de 99,78% / ESB = 36 equipes com cobertura de 51,93 / NASF = 09 / CAPS = 05 e RT= 03 Residências Terapêuticas no Vale do Ribeira.

Pode se observar que a região possui praticamente 100% de cobertura na ESF, mas ainda apresenta baixa cobertura na ESB (51,93%). Muito incipiente é o número de equipamentos nos municípios (CAPS e RT) para subsidiar a Atenção Psicossocial e a cobertura do NASF também (60%) torna-se insuficiente para a realização de apoio e matriciamento nas equipes da ESF.

Para atender a formação dos trabalhadores de nível médio destes serviços, não há na região Universidades Públicas na área da saúde. Apenas a Universidade do Estado de São Paulo (UNESP) mantém dois cursos no município de Registro: Agronomia e Engenharia da pesca. O CEFOR situado no município de Pariqueira Açu é a única escola pública na região que fornece cursos na área da saúde.

#### 4.3 Características dos municípios do DRS XII – REGISTRO / SP.

Quinze municípios integram o Departamento Regional de Saúde de Registro – DRS XII, situado no Vale do Ribeira, litoral sul do Estado. O conjunto destes municípios ocupa um território pouco inferior a 5% da área do Estado de São Paulo com baixa densidade demográfica, 22,22 hab/km<sup>2</sup>. A densidade demográfica do Estado é 167,9 hab/km<sup>2</sup>, segundo dados da Fundação SEADE do ano 2011.

Figura 8



A região é composta por dois municípios com população menor de 10 mil habitantes, nove municípios com população entre 10 e 20 mil, três municípios com

população entre 20 e 30 mil, e apenas o município de Registro com população acima de 50 mil habitantes, sendo este o município sede da Regional de Saúde.

A taxa de urbanização é 71,4% bem inferior a média do Estado que é de 95,9%, havendo uma parcela importante da população vivendo ainda na área rural, 28,9%. Os municípios de Barra do Turvo e Eldorado, por exemplo, contam com uma população rural maior que urbana. Há muitas barreiras geográficas que dificultam o acesso, resultando no isolamento territorial.

#### 4.3.1 Barra do Turvo

População de 7.781 hab., 25 TE, 04 ESF (100%), 02 de ESB (88%), espalhadas em território de difícil acesso (7,67 hab/km<sup>2</sup>). No município estão várias aldeias quilombolas, há mais de trinta cachoeiras cadastradas, cinco cavernas ainda não exploradas e rios com corredeiras para a pesca e prática esportiva. O “Pico da Arara” é ideal para saltos de asa delta.



Ilustração 5

#### 4.3.2 Cajati



Ilustração 6

População de 28.870 hab., 59 TE, 08 ESF (98%), 02 de ESB (24%), 01NASF, 01CAPS, (62,43 hab/km<sup>2</sup>) Cidade que concentra o principal parque industrial da região formado, principalmente, por mineradoras. É, ao mesmo tempo, local ideal para a prática do ecoturismo.

### 4.3.3 Cananéia

População de 12.609 hab., 53 TE, 05 ESF (100%), 04 de ESB (100%), (9,84 hab/km<sup>2</sup>). Fundada em 1502 alia natureza e história num dos mais belos cenários do litoral paulista. É um dos principais berçários de vida marinha do país e um dos mais prestigiados destinos para a prática do ecoturismo em duas de suas principais ilhas – Bom Abrigo e Cardoso. Passeios de barcos e escunas levam às praias de pescadores desertas e à apreciação de golfinhos.

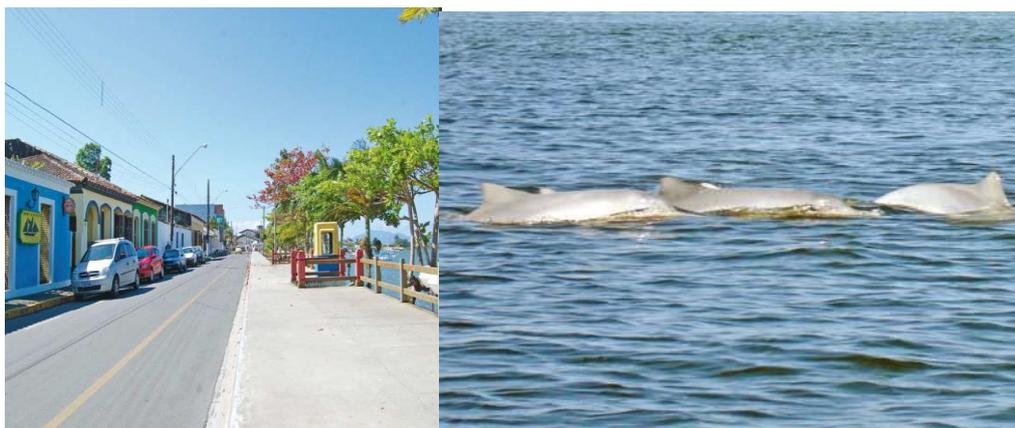


Ilustração 7

### 4.3.4 Eldorado

População de 15.436 hab., 60 TE, 01 NASF, 04 ESF (100%), 0 de ESB (0%), espalhadas em território de difícil acesso (8,85 hab/km<sup>2</sup>). Possui população quilombola. O município possui mais de 300 cavernas entre elas, a caverna do Diabo, com 600 metros, de seus 8 km de extensão abertos à visitação. Fora da caverna há também inúmeras atrações ecológicas como o Vale das Ostras, formado por doze cachoeiras, a Queda de Meu Deus, com 53 metros, opções para práticas esportivas e passeios por trilhas, além de visita aos remanescentes de quilombos.

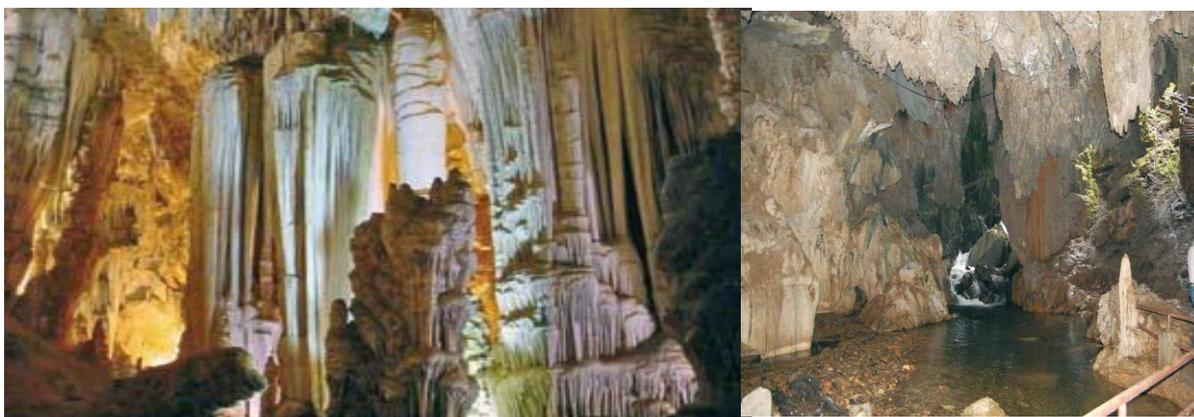


Ilustração 8

### 4.3.5 Ilha Comprida

População de 10.656 hab., 42 TE, 01 NASF, 05 ESF (100%), 03 de ESB (99%), (48 hab/km<sup>2</sup>). Tem praticamente uma única praia, com 74 km de extensão. O município, que é considerado área importante para a conservação de aves, tem diversos roteiros ecoturísticos, como observação de guarás vermelhos e outras espécies em seus ninhais. Ilha Comprida tem programação cultural o ano todo.



Ilustração 9

### 4.3.6 Iguape

Município com população de 30.644 hab., 110 TE (escola particular de TE), 01 NASF, 01 CAPS e 01 Residência Terapêutica, 09 ESF (100%), 01 de ESB (11%), (14 hab/km<sup>2</sup>). Aproximadamente 70% do território de Iguape é área natural protegida, incluindo a Estação Ecológica dos Chauás e a Estação Ecológica Juréia-Itatins. Além das belezas naturais, Iguape possui ainda os casarões coloniais dos ciclos do ouro e do arroz, tombados como patrimônio nacional pelo IPHAN, é considerado “Cidade Berço da Colonização Japonesa no Brasil” e abriga uma das principais festas religiosas do Estado – do Bom Jesus de Iguape.



Ilustração 10



Ilustração 11 Casarões tombados são patrimônio Histórico.

#### 4.3.7 Itariri

População de 17.062 hab., 13 TE, 05 ESF (100%), 03 de ESB (61%), (56hab/km<sup>2</sup>). Itariri possui aldeia Indígena e concentra belezas da mata atlântica como rios e cachoeiras de fácil acesso. A potencialidade do local para a prática de esportes de natureza já fez da cidade palco de corridas de aventura.



Ilustração 13

#### 4.3.8 Jacupiranga



Ilustração 14

População de 17.900hab., 53 TE, 04 ESF (99%), 02 de ESB (39%), (24hab/km<sup>2</sup>). Jacupiranga tem grande potencial para o ecoturismo com várias cachoeiras: do Desemboque, do Roncador, da Figueira, Setúbal, da Queda, Ribeirão do Salto e as corredeiras dos rios Pindaúba Grande e Guaraú. Realiza anualmente a Expojac, feira que mostra o potencial econômico do município.

### 4.3.9 Juquiá

População de 19.192 hab., 62 TE, 01 NASF, 06 ESF (100%), 04 de ESB (72%), (23 hab/km<sup>2</sup>). A cidade apresenta grande potencial turístico por ser uma região preservada e detentora de belíssimas paisagens compostas por cerca de cem cachoeiras. Possui duas represas de grande porte: a do Iporanga e a do Alecrim, pertencentes a Companhia Brasileira de Alumínio.



Ilustração 15

### 4.3.10 Miracatu



Ilustração 16

População de 20.288 hab., 48 TE, 01 CAPS e 01 RT, 06 ESF (100%), 01 de ESB (17%), (20hab/km<sup>2</sup>). A cidade possui cachoeiras como a do Fau e a Canta do Galo, as corredeiras de Biguá, têm infraestrutura para receber turistas. Miracatu também abriga o Museu Municipal Pedro Laragnoit e o Centro Tuzino de Educação Ambiental, única reserva de palmito plantado do país. Possui um Polo Indígena.

### 4.3.11 Pedro de Toledo



Ilustração 17

População de 11.136 hab., 21 TE, 05 ESF (100%), 02 de ESB (62%), (15 hab/km<sup>2</sup>). É uma cidade bucólica em meio à Mata Atlântica. Oferece, além de lindas paisagens, cenários naturais como rios e cachoeiras. Localiza-se estrategicamente próxima ao litoral.

#### 4.3.12 Registro



Ilustração 18

População de 56.430 hab., (75 hab/km<sup>2</sup>), 215 TE, 01 NASF, 01 CAPS, 01 RT, 01 CEO, 01 UPA, 19 ESF (100%), 13 de ESB (79%), 01 Laboratório Regional, 01 CAR – Centro Ambulatorial Regional, 03 Hospitais (01 Regional, 01 Particular e 01 Filantrópico). Registro é a sede administrativa do Vale do Ribeira, é o maior pólo comercial e prestador de serviços da região. Tem boa infraestrutura para realização de eventos. Marco da imigração japonesa, Registro sedia o Museu da Imigração e vários pontos de turismo, cultural relacionados ao tema. Realiza, anualmente, a Expovale – exposição cultural, artesanal e comercial, que mostra o potencial econômico da região. Possui um Polo Indígena e população quilombola.

#### 4.3.13 Sete Barras



Ilustração 19

População de 13.053 hab., 28 TE, 01 NASF, 05 ESF (100%), 01 de ESB (26 %), (12 hab/km<sup>2</sup>). A cidade dá acesso ao Parque Estadual “Carlos Botelho”, onde há cursos

d'água, flora e fauna silvestre preservada. Nos bairros rurais há inúmeras cachoeiras. Possui aldeia Indígena.

#### **4.3.14 Iporanga**



Ilustração 20

População de 4.299 hab., 10 TE, 02 ESF (100%), 02 de ESB (100 %), (3 hab/km<sup>2</sup>). É um dos principais destinos eco turísticos de São Paulo. Junto com Apiaí, Iporanga abriga o Petar (Parque Estadual Turístico do Alto Ribeira), que possui a maior concentração de cavernas do Brasil. Seguindo por uma estrada de terra, a 14 km do centro, rodeada por rio com corredeiras e morros, ficam as principais pousadas e o acesso ao Núcleo Santana, onde estão as cavernas e trilhas mais visitadas do Petar. Pop. Quilombola.

#### **4.3.15 Pariquera-Açu**

População de 19.537 hab., 241 TE, 01 NASF, 01 CAPS, 07 ESF (100%), 0 de ESB (0%), (51 hab/km<sup>2</sup>). Pariquera-Açu é de colonização Polonesa, sedia o Parque Campina do Encantado, uma das atrações locais. É a cidade da região que abriga as principais unidades de saúde do governo de São Paulo, como o Hospital Regional Leopoldo Bevilaqua, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), o Centro de Recuperação “Lucy Montoro” e o CEFOR.



Ilustração 21

#### 4.4 Número de profissionais de enfermagem em SP e no Vale do Ribeira.

É sabido que a Enfermagem compreende a somatória das categorias profissionais do Enfermeiro, dos Auxiliares / Técnicos em Enfermagem, Obstetizes e ainda um pequeno número de Atendentes de Enfermagem, representando em termos numéricos a maior força de trabalho do país.

Do total de 529.358 profissionais da enfermagem inscritos no COREN SP, 129.589 são Enfermeiros, representam 24% da categoria, 204.683 são Técnicos de Enfermagem (38%), os Auxiliares são 194.616 (37%), 252 são Obstetizes (5%) e os Atendentes de Enfermagem são 218 (4%). (COREN SP, Data de referência: 28/02/2019)

O número de técnicos e auxiliares de enfermagem juntos somam 75% do total de profissionais da enfermagem no Estado de São Paulo, representando a maior parcela dos profissionais inscritos no COREN-SP. Observamos que ainda hoje existem 0,4% de Atendentes com as inscrições ativas no estado.

Quadro: Quantitativo de profissionais de enfermagem inscritos no COREN -SP

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Inscrições Ativas</b>
Enfermeiros	129.589
Técnicos em Enfermagem	204.683
Auxiliares de Enfermagem	194.616
Obstetizes	252
Atendentes	218
<b>TOTAL</b>	<b>529.358</b>

Fonte: COREN SP - data de referência: 28/02/2019

Tendo como foco de análise a formação do Técnico em Enfermagem, cabe ressaltar inicialmente, aspectos relacionados ao número de profissionais da enfermagem que atuam na Região do Vale do Ribeira.

Observamos que o total de Técnicos em Enfermagem nos quinze municípios do Vale do Ribeira somam o total de 1.040. Os municípios de Pariquera Açu (23%) e Registro (20%) concentram os maiores nº de Técnicos em Enfermagem, na região. A explicação é que estes municípios são sede do HRLB - Hospital Regional Leopoldo Bevilaqua (P. Açu) e do Hospital São João (filantrópico) / Hospital São José (particular) ambos em Registro. Iguape é um município que mesmo não possuindo hospital, se destaca pelo grande nº de técnicos em enfermagem, devido a proximidade que residem em Iguape e se deslocam para trabalhar no HRLB.

Tabela: Quantitativo de técnicos em enfermagem no Vale do Ribeira SP

<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
BARRA DO TURVO	25	3%
CAJATI	59	6%
CANANEIA	53	5%
ELDORADO	60	6%
IGUAPE	110	10%
ILHA COMPRIDA	42	4%
IPORANGA	10	0,9%
ITARIRI	13	0,1%
JACUPIRANGA	53	5%
JUQUIA	62	6%
MIRACATU	48	5%
PARIQUERA-ACU	241	24%
PEDRO DE TOLEDO	21	2%
REGISTRO	215	20%
SETE BARRAS	28	3%
<b>TOTAL</b>	<b>1.040</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ouvidoria COFEN / Felipe Alves – Ouvidor (início da solicitação da informação em 26/10/2018, concluída Janeiro de 2019)

Como a construção do Hospital Regional de Registro é recente e ainda se encontra em fase de implantação, os técnicos em enfermagem que não estão com as inscrições ativas no COREN, provavelmente providenciarão para a seleção desse hospital, então esse número de profissionais pode aumentar expressivamente, pois se trata de um hospital de alta complexidade que além de atender a população do Vale do Ribeira, irá atender a demanda de acidentados da BR 116.

#### **4.5 Competência do profissional de enfermagem em nível médio**

O processo de trabalho da enfermagem inclui o cuidar em todos os seus aspectos, portanto os profissionais desta área deverão estar preparados para considerar a

totalidade das necessidades do ser humano, principalmente no que se refere aos aspectos éticos, sócio/comunicativos e relacionais com o cliente/paciente e equipe.

#### **4.5.1 Competências do auxiliar de enfermagem**

O Auxiliar de Enfermagem é um profissional que compõe a equipe de saúde, cuja formação e exercício profissional estão regulamentados nacionalmente, seu perfil de conclusão tem por base o processo de trabalho nas unidades e serviços de saúde – hospitais, policlínicas, unidades básicas de saúde, Estratégia de Saúde da Família - ESF, assistência domiciliar e outros.

Nesse sentido, o perfil do Auxiliar de Enfermagem proposto envolve a articulação de seis competências, que incorporam as três dimensões do saber – saber ser, saber e saber fazer, ou seja, dimensão ética-política, dimensão conceitual e dimensão técnica.

Entre outras atribuições e competências esse profissional deverá trabalhar em equipe para a promoção da saúde e prevenção de agravos, visando a melhoria da qualidade de vida da população, organizando o próprio trabalho, considerando a natureza, as finalidades, os resultados e os riscos das ações.

#### **4.5.2 Competências do Técnico em Enfermagem**

As atividades desenvolvidas pelo Técnico em Enfermagem pressupõem a compreensão dos princípios do SUS; do processo saúde/doença, seus determinantes e condicionantes.

Nesse sentido, o perfil de conclusão do Técnico em Enfermagem além de envolver a articulação de três competências, expressando a dimensão ética-política, dimensão conceitual e dimensão técnica, incorpora, aquelas que serão adquiridas durante a realização desta etapa formativa.

O perfil do Técnico em Enfermagem a ser desenvolvido tem como base as competências específicas previstas no âmbito da atuação deste profissional. São previstas atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos ao indivíduo nas diferentes faixas etárias, a famílias, a grupos e a comunidade.

Essas atividades são desenvolvidas em clínicas, em ambulatórios e, especialmente, em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Pressupõe ainda que esse profissional desenvolva em equipe, as atividades de recuperação, reabilitação da saúde de pacientes/clientes de qualquer faixa etária que estejam

em estado crítico e que exigem procedimentos de maior complexidade e suporte tecnológico.

Espera-se que ele exerça ações de gestão, planejamento e administração, com vistas à eficiência e eficácia do processo de trabalho da enfermagem.

#### **4.6 Formação Profissional em Enfermagem em Nível Médio - CEFOR**

O Curso Técnico de Nível Médio em Enfermagem está dividido em dois Módulos, fundamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais e nos Referenciais Curriculares definidos e difundidos pelo Ministério da Educação. As competências, habilidades e bases tecnológicas são os elementos que embasam a organização dos currículos.

A estrutura curricular permite a saída do sistema de ensino com a Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem (terminalidade parcial) e, na etapa subsequente, com a Habilitação Profissional de Técnico em Enfermagem.

O Currículo Integrado deverá ser uma opção educativa que permite a efetiva e real integração entre ensino e prática profissional, possibilita a integração ensino-trabalho-comunidade, propicia maior integração professor-aluno. Procura adaptar a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Um dos enfoques de grande importância no desenvolvimento de currículo dessa modalidade é, não só a especialização requerida dos docentes na área do Ensino Médio Profissional em Saúde, mas de sua capacitação específica in loco sobre o Plano de Curso e Plano Escolar, com a aplicação prática da metodologia recomendada com o planejamento didático diário e/ou semanal das atividades, quer sejam teóricas ou práticas (elaboração de Planos de Aula ou Plano de Trabalho Docente).

Com base na legislação vigente, a proposta curricular completa para o Curso de Técnico de Nível Médio em Enfermagem dos CEFOR é de 1.800 horas, sendo 1.200 horas de carga horária, teórico-prática e 600 horas de estágio supervisionado:

A Qualificação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem (Módulo I) corresponde ao Auxiliar em Enfermagem, com 710 horas de teórico – prático / 400 horas dedicadas para o estágio supervisionado. Totalizando 1.110 horas.

A Habilitação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem (Módulo II) corresponde ao Técnico em Enfermagem, com 490 horas de teórico-prático / 200 horas dedicadas para o estágio supervisionado. Totalizando 690 horas.

#### 4.6.1 Estrutura Curricular

O desenho curricular para formação do Auxiliar e do Técnico em Enfermagem, considerando o universo de complexidades e especificidades que envolvem o processo de trabalho bem como o desenvolvimento das competências profissionais, contempla nove grandes áreas nas quais habilidades, bases tecnológicas e valores se articulam formando uma arquitetura pedagógica norteada por princípios que possibilitam a construção do conhecimento de forma mais abrangente.

Considerando que o aluno é agente ativo do seu processo formativo, a metodologia pedagógica deve utilizar estratégias como: desenvolvimento de projetos de trabalho e situações problemas, simulações contextualizadas, estudo de casos, visitas técnicas, estágio supervisionado e outros, que serão especificadas no plano de trabalho dos docentes. Esta flexibilidade permite agilidade à escola na proposição, atualização e incorporação de inovações necessárias à contemporaneidade e a contextualização da educação profissional.

O estágio supervisionado integra a estrutura curricular do curso e deve propiciar oportunidades de aprendizagem ao aluno. Cabe à escola a responsabilidade pelo seu desenvolvimento, supervisão e o cumprimento da legislação vigente, a ele relativas.

Tabela 3: Matriz Curricular: Módulo I / Módulo II

MÓDULO	COMPONENTE CURRICULAR	CARGA HORÁRIA	
		Teórico Prática	Estágio Curricular Obrigatório
<b>Módulo I</b>	Homem e sua relação com o mundo	60	
	Enfermagem no contexto histórico, social e profissional	70	
Qualificação Técnica do Auxiliar em Enfermagem	Biossegurança e segurança nas ações de saúde	50	20
	Promoção da saúde	100	100
	Organização do trabalho em enfermagem	30	
	Cuidados de enfermagem em conforto, higiene e monitorização dos dados vitais	60	40
	Ações de enfermagem em promoção, recuperação e reabilitação do paciente / cliente	340	240
<b>Módulo II</b>	Promoção da saúde e prevenção de agravos	170	64
Habilitação Técnica do Técnico em Enfermagem	Assistência aos pacientes/clientes críticos e que exigem cuidados que envolvem ambientes e procedimentos de maior complexidade e suporte tecnológico	200	100
	Gestão, planejamento e administração em enfermagem	120	36
<b>TOTAL</b>		<b>1200</b>	<b>600</b>

#### **4.6.2 Indicações metodológicas dos CEFORs**

As indicações metodológicas pautam-se pelos princípios da aprendizagem com autonomia e do desenvolvimento de competências profissionais entendidas 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.

As competências profissionais descritas na organização curricular foram definidas com base no perfil profissional de conclusão, considerando processos de trabalho na área de enfermagem. Assim, para o alcance dessas competências é necessária uma pedagogia que focalize metodologias ativas, dinâmicas centradas no aluno, enquanto agente de seu processo formativo, o que pressupõe a prática pedagógica contextualizada, aliando ensino/serviço/comunidade, colocando o aluno frente a situações problematizadoras, com variadas atividades e recursos didáticos, que permitam o exercício contínuo da mobilização e articulação dos saberes.

Nesse sentido, o percurso formativo proposto pressupõe a incorporação de eixos estruturantes com base na transversalidade e interdisciplinaridade e referenciada na dimensão concreta do trabalho desenvolvido pelo Auxiliar de Enfermagem e pelo Técnico em Enfermagem.

#### **4.6.3 Perfil de conclusão do técnico em enfermagem**

Conforme programas do MS e normas da UBS, o TE acompanha, orienta e realiza ações de enfermagem a pacientes (individualmente e em grupos) na promoção da saúde e prevenção de agravos e recuperação/ reabilitação da saúde

O TE realiza os cuidados de enfermagem com base nas informações e dados contidos no prontuário, na observação do paciente e no plano de cuidados de enfermagem.

Faz ações de avaliação, controle e orientação dentro do Programa de Saúde da Família (PSF) e desenvolve as atividades conforme normas e protocolos definidos na programação da UBS. Integra comissões de organização de atividades: seminários, palestras (CIPA, esterilização, atenção à saúde do trabalhador, planejamento familiar).

Faz registros em prontuários, procura garantir a segurança, conforto e privacidade dos pacientes internados e dos clientes/ usuários nas UBS. Observa as reações do paciente durante a realização de exames, administração de medicamentos ou qualquer outro

procedimento interrompendo o procedimento quando o paciente manifesta reações adversas, registrando e comunicando (à enfermeira e/ou ao médico) a ocorrência.

O Técnico em Enfermagem também atua na Gestão, Planejamento e na Administração dos serviços, supervisionando e orientando os auxiliares de enfermagem na realização de procedimentos de enfermagem. Administra, planeja, e avalia o trabalho da equipe de enfermagem junto com a enfermeira ou por sua delegação.

#### **4.7 Atribuições dos profissionais da Atenção Básica - ESF**

Segundo a portaria da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, “*as atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal*”.

Pelas especificações desta Portaria, o Técnico de Enfermagem - TE, integrando a equipe da ESF, deverá:

a) participar de ações que organizem os processos de trabalho da unidade, como o de acolher o usuário e familiares, identificando riscos e vulnerabilidades;

b) cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica;

c) utilizar as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

d) realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, realizar no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);

e) adequar as ações de atenção à saúde, conforme a necessidade de saúde local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

f) promover ações de atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

g) participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo entre a equipe da ESF e a pessoa/família /comunidade;

h) responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

i) praticar cuidado de saúde individual, familiar e para grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar nos processos saúde-doença individual e da comunidade;

j) manter o vínculo com a população adscrita, realizando a coordenação do cuidado mesmo quando a população necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

k) utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

l) realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

m) articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada, realizando ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

n) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde;

o) promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

p) identificar os parceiros e recursos na comunidade, potencializando ações intersetoriais;

q) acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

r) participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

s) realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;

#### **4.8 Análise do perfil de conclusão do curso TE versus às atribuições preconizadas para o TE da ESF.**

Considerando o material exposto sobre os conteúdos curriculares do curso Técnico em Enfermagem do CEFOR, podemos observar que há certa disparidade, no que se refere ao que está proposto na Matriz Curricular do curso, e o que é esperado desse profissional pela política vigente, através da PNAB para atuar na ESF.

Ressaltamos que o Regimento Único dos CEFORs é aprovado para as seis Escolas do Estado de SP de forma indistinta, sendo que cada região possui uma diferente caracterização. No caso do Vale do Ribeira a rede hospitalar é pequena e os serviços da Atenção Primária sobressaem e há necessidade dos conteúdos curriculares serem específicos para contemplar as atribuições desejadas nesses serviços de saúde.

Portanto proponho na sequência, a discussão do caso e forneço sugestão de um Curso Pós Técnico para aqueles que já atuam na área, aguardando futura possibilidade de organização do atual currículo.

## 5. DISCUSSÃO

O trabalho se insere, em uma vertente de estudos que se dedica à análise da matriz curricular do curso e às implicações desta, sobre esses trabalhadores. Aborda o fato da qualificação profissional do técnico de enfermagem estar ainda, centrada no modelo biomédico, sendo que o campo de trabalho ofertado na região está voltado para o modelo da Atenção Primária em Saúde, que tem a ESF como a porta de entrada, prioritária do sistema de saúde no território.

Tão importante quanto saber se a qualificação profissional do Técnico em Enfermagem está ou não apta ao mercado de trabalho local, é saber qual o conceito que o TE tem de si mesmo. Considerando que na medida do possível, ele aperfeiçoa-se para executar os procedimentos de enfermagem no ambiente hospitalar, mas competindo na luta para sua sobrevivência, ele necessita também trabalhar na Atenção Básica, trabalho este que exige um comprometimento diferente daquele para o qual foi preparado na maior parte do Curso.

Questiona-se então, se o currículo permite aos docentes trabalharem a proposta de integração ensino-serviço, adequando o ensino à necessidade local, além de contribuir para o desenvolvimento pessoal desse formando, ampliando os seus horizontes de vida.

Nessa perspectiva, o presente estudo buscou também respostas para as questões relativas ao conhecimento pedagógico do enfermeiro, que assume o papel de professor frente à formação desses profissionais.

Se ele tem conhecimento sobre os princípios e diretrizes do SUS e sobre as políticas educacionais voltadas à formação docente dos profissionais que atuam na Educação Profissional Técnica de Nível Médio (EPTNM) na área da saúde.

A partir dessas indagações e tendo como pano de fundo a relevância dessas questões vivenciadas pela pesquisadora, tanto no exercício da docência do curso TE, quanto na função de Articuladora Regional da AB – Atenção Básica no DRS XII de Registro, onde apoia tecnicamente os Gestores e Coordenadores da AB, nos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nos quinze municípios da região do Vale do Ribeira, é que surgiu o interesse por desenvolver a pesquisa sobre o assunto.

Considerando que o perfil de ações do técnico em enfermagem apresentado é bastante extenso e abrange atividades na promoção da saúde e prevenção de agravos / na recuperação / reabilitação da saúde/ na gestão, planejamento e administração, como o docente irá dar conta de incorporar no seu plano de trabalho, metodologias que contemplem todo o conteúdo curricular e dentro da carga horária estabelecida no plano de Curso do Técnico em Enfermagem do CEFOR? Realmente torna-se uma missão desafiadora para todos os envolvidos nesse processo formativo.

Nota-se nesse perfil de ações que, embora estejam previstas atividades na promoção da saúde, as demais atividades elencadas na recuperação/reabilitação e na gestão se encontram em maior número envolvendo procedimentos específicos e técnicos.

Em contraponto, a portaria MS Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ela define a organização na RAS – Rede de Atenção à Saúde, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

Importante ressaltar que a Atenção Básica caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, reconheça as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A RAS serve como base para o ordenamento da AB e para a efetivação da integralidade. Para tanto é necessário que a AB tenha alta resolutividade, com incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da AB com outros pontos da RAS.

Para que as equipes da Atenção Básica no modelo da Estratégia da Saúde de Família possam contribuir com as diretrizes no âmbito do SUS, os profissionais inclusive o técnico em enfermagem deverá seguir as normativas atribuídas a cada profissional pela PNAB.

Considerando que o estudo do processo formativo do Técnico em Enfermagem no CEFOR de Pariquera Açu, além de propor uma formação alicerçada nos princípios da integralidade do SUS, também deverá estar pautado nos desafios profissionais enfrentados, depois de formado e, atuando no modelo de Atenção à Saúde, Estratégia da Saúde da Família (ESF), deverá ser considerada a região, com suas singularidades e características próprias: sociais, culturais e políticas, entre outras.

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e a Constituição de 1988, afirmam que é competência do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, atribuição originalmente de responsabilidade do setor educação. E segundo o Ministério da Saúde, a integração entre ensino e serviço constitui-se como o eixo estruturante da política de formação de recursos humanos na saúde (BRASIL, 1990).

Portanto, se a integralidade da atenção deve ser um princípio norteador das políticas de saúde e a formação para a área da saúde, uma responsabilidade do SUS, cabe relacionarmos as duas questões, partindo da ideia que, uma maneira de formar os profissionais da área da saúde voltados para a realidade do SUS é pensar essa formação alicerçada no princípio da integralidade.

A integralidade é definida como: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Entretanto, essa diretriz foi se ampliando e hoje está relacionada a características mais abrangentes do SUS, aos objetivos de profissionais comprometidos com a atenção à saúde, com isso, a integralidade transformou-se em um conjunto de valores que junto com outros princípios, tais como universalidade e equidade, traduzem os ideais da Reforma Sanitária Brasileira (CECÍLIO, 2001).

Neste contexto, para que os profissionais sejam formados na perspectiva da integralidade, atendendo assim às necessidades de saúde da população, faz-se necessário a união de esforços, tanto da Educação, quanto do sistema de saúde, que é de onde surgem as reais necessidades da população e demanda o investimento na qualidade da formação dos profissionais de saúde.

Não podemos esquecer que em uma sociedade de classes, a dualidade estrutural vai refletir-se na dualidade educacional. Ao mesmo tempo duas educações se manifestam, uma que teoriza, pensa e que constrói os dirigentes e outra educação que pratica, obedece e constrói os trabalhadores.

Campello faz a seguinte reflexão:

A dualidade estrutural expressa uma fragmentação da escola a partir da qual se delineiam caminhos diferenciados segundo a classe social, repartindo-se os indivíduos por postos antagonistas na divisão social do trabalho, quer do lado dos explorados, quer do lado da exploração (CAMPELLO, 2009, p.136).

Sabemos que ainda hoje na formação profissional em saúde, o modelo biomédico aparece fortemente centrado na prática tecnicista. As limitações deste modelo de assistência expressam prioritariamente o foco na doença, em detrimento das múltiplas dimensões do ser humano: políticas, sociais, psicológicas, culturais e biológicas.

Desta forma, o corpo é dissociado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida, desconsiderando que a prática em saúde entra em contato com homens e não apenas com os seus órgãos e funções. Além do exposto, esse modelo dá extrema valorização às tecnologias.

Merhy (2002) propõe a valorização de tecnologias utilizadas na saúde que sejam diferentes das relacionadas diretamente ao uso de equipamentos e máquinas, que são supervalorizadas no modelo biomédico. A superação do modelo médico hegemônico neoliberal implica um gerenciamento das organizações de saúde de forma mais coletiva e coerente com ações em saúde centrada no usuário, permitindo a construção de vínculos e compromissos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

Pensar na assimilação do princípio da integralidade em favor da reorientação do modelo assistencial é reconhecer a necessidade de integrar ações preventivas das doenças, ações promocionais à saúde e ações assistenciais para as patologias já instaladas.

Torna-se ponto importante a integração dos profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais para a compreensão mais abrangente dos problemas de saúde da população e das possíveis intervenções, que resultem em efetiva atenção à saúde.

O Curso Técnico em Enfermagem deverá propiciar uma formação que seja na perspectiva da educação emancipatória, libertadora, observando os princípios da integralidade, não apenas para refletirem e intervirem nas ações no mundo do trabalho, mas que contribua também para a sua emancipação humana.

O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo implantado em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF prioriza

as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada.

Em contrapartida na educação formal, a discussão sobre currículo tem sido uma busca constante e, nos últimos anos, nota-se que diferentes propostas de currículo surgem, no intuito de proporcionar uma formação adequada às necessidades da população.

As Políticas de Saúde no Brasil sempre estiveram atreladas aos processos políticos, econômicos, culturais e sociais, na implementação de seus variados modelos.

O SUS está voltado hoje na atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores Sistemas Público de Saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a população, com cobertura de 70% e em certas regiões até 100% como é o caso da Região do Vale do Ribeira.

Não é um sistema pronto e acabado, ele vem se aprimorando e sendo construído em curso, onde gestores, trabalhadores, sociedade civil e usuários contribuem decisivamente na sua concretização. *“As intervenções na área de saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas não alcançaram de forma similar, os responsáveis, pela execução dessas políticas - os recursos humanos”* (PIERANTONI, 2001).

Pela própria ampliação da definição de saúde contida na Constituição de 1988, para a formação de trabalhadores, é preciso incorporar nos cursos conceitos trabalhados da Politecnia onde, pretende-se formar o técnico em uma perspectiva, para que o mesmo além de adquirir habilidades pertinentes a sua profissão desenvolva também um caráter crítico-reflexivo da realidade social na qual esteja inserido e possa contribuir como agente transformador desta realidade.

Inúmeros outros aspectos emergem no SUS, como autonomia no tipo de gestão, variadas formas de contratações, prestação de serviços, relações de trabalho, avanço tecnológico, interesses privados e corporativistas, fragmentação de ações e serviços, formação generalista e especialista, controle social e muitos outros novos desafios, em pauta no dia a dia, como os profissionais de saúde devem colaborar, participar e interferir também como usuários e cidadãos.

A estratégia de Saúde da Família, busca a integralidade das ações e permanente defesa da vida do cidadão. Este modelo está estruturado na lógica básica de atenção à saúde, afinado à indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Para tanto, torna-se necessária uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas. Diferentemente do modelo biomédico tradicional, deverá ser uma nova concepção de trabalho permitindo a busca permanente do consenso e maior diversidade das ações. Uma relação deve ser baseada na interdisciplinaridade, com abordagem questionadora das certezas profissionais e que estimule a comunicação horizontal e permanente entre os componentes de uma equipe.

Para que ocorra, de fato, efetiva implantação de novo modelo de atenção à saúde, serão necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade. Tradicionalmente, a atuação do setor saúde sempre contemplou a atenção ao indivíduo de uma forma isolada dos valores socioculturais e de seu contexto familiar, fragmentando-o e descontextualizando-o de suas realidades familiar e comunitária.

O indivíduo visto de forma fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, perde sua integralidade e acaba relacionando-se, repartidamente com os serviços de saúde. O papel do técnico de enfermagem junto à equipe da Unidade de Saúde da Família é o de proporcionar o apoio necessário ao exercício desta nova prática construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento.

Mas como exercer essa nova prática, em um contexto de saúde no qual o saber encontra-se fragmentado, compartilhado por diversos profissionais do setor que dominam parcela do conhecimento e encontram-se divididos em diferentes níveis de complexidade de atuação?

E quando tais profissionais atuam de forma compartimentada e de acordo com princípios técnico-científicos, alijando, em grande parte, a participação do próprio indivíduo e da família no processo de manutenção e recuperação de sua saúde?

Neste contexto, o trabalho dito em equipe, ocorre pelo simples compartilhar do mesmo espaço físico em unidades de saúde, significando apenas uma abordagem multiprofissional, sem que haja a real inter ou transdisciplinaridade.

Por esta razão, para que se exerça uma nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde, com vistas à construção da equipe de saúde como a verdadeira unidade produtora desses serviços. A especificidade das responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão

comum da equipe, e sua prática democrática e construtiva precisa estar direcionada a uma maior motivação, satisfação e eficiência de seu trabalho.

O objetivo geral da estratégia Saúde da Família é de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

E para atingir este objetivo, há necessidade que o técnico em enfermagem tenha desde a sua formação, uma base curricular que permita a compreensão do modelo de atenção à saúde, a partir da Atenção Básica, propiciando a ele conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária.

Pensando no processo formativo do técnico em enfermagem dentro desse contexto de ação integral, há necessidade de refletir sobre a questão de como esse profissional está sendo formado. Como a falta de conhecimentos, que ele deveria ter recebido durante a formação, sobre as várias demandas que surgem no cotidiano de seu trabalho na ESF e como isso irá afetá-lo, no que se refere a sua satisfação profissional e pessoal?

Nas Oficinas realizadas com os profissionais técnicos de enfermagem, as informações colhidas sobre a sua satisfação profissional atuando na ESF, observa-se que desconhecem a APS mais profundamente, deixando - os em posição deslocada do restante da equipe, no cotidiano e quando necessitam realizar procedimentos instrumentais, se sentem mais empoderados quando realizam orientações em um grupo de gestantes por exemplo.

O stress frequente dos profissionais pela questão deles não se sentirem plenamente capacitados para desenvolver atividades na ESF, externalizam ‘quem cuida do cuidador?’

Considera-se então que o processo formativo do Técnico em Enfermagem, além de definir o perfil desejado para este profissional exercer suas funções com êxito, deverá propor uma formação alicerçada nos princípios da integralidade, incluindo atitudes e posturas antes sequer discutidas na formação deste profissional, como construir ações intersetoriais e abordagens interdisciplinares para a produção de saúde e qualidade de vida.

De acordo com a Portaria da PNAB, as atribuições dos profissionais na Atenção Básica sobre as atribuições comuns a todos os membros das equipes na AB, bem como

as atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica, resumem o fazer cotidiano dos profissionais.

A questão recorrente desse estudo foi refletir sobre o processo formativo do aluno do curso técnico em enfermagem que será o profissional integrante da equipe na ESF, devendo realizar atividades atribuídas a ele.

Embora o Plano de Curso da Escola faça menção às práticas pedagógicas serem na perspectiva da metodologia problematizadora, o perfil de ações/atribuições esperadas para o técnico, fica contraditório se compararmos a distribuição de horas ao componente curricular referente aos assuntos de promoção de saúde e prevenção de agravos. O número de horas é superior para os temas que tratam dos cuidados de enfermagem em conforto, higiene, monitorização dos dados vitais e assistência aos pacientes / clientes críticos e que exigem cuidados que envolvem ambientes e procedimentos de maior complexidade e suporte tecnológico.

Portanto, atualmente se faz necessária uma complementação no componente curricular do técnico em enfermagem para tentar suprir essa diferença. Durante a construção do Plano Regional de Educação Permanente (2017) na região do Vale do Ribeira, quando se discutia a validade dos cursos versus mudanças de práticas para o desenvolvimento da política de educação permanente, foi apontado que um dos fatores que dificulta esse processo é a falta de um olhar ampliado do técnico em enfermagem para o acolhimento dos usuários que procuram os serviços de saúde.

Como estratégia para a ressignificação do trabalho desses profissionais visando a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida por meio de ações de cuidados à saúde das pessoas, respeitando as características, situação e singularidade de cada usuário do SUS, surgiu a proposta de um curso de aprimoramento para os trabalhadores com formação de técnico em enfermagem.

Neste curso, pretende-se contemplar ações reais do cotidiano num processo permanente de assistência integral e de melhoria da qualidade de vida das pessoas, em especial às particularidades de nossa população constituída também de comunidades indígenas, quilombolas e caiçaras.

O CEFOR/ ETSUS – Pariquera-Açu, será o parceiro nesta proposta de educação permanente e buscará oferecer condições para ampliar a compreensão do técnico em enfermagem por meio da reflexão crítica e análise dos contextos onde se desenvolvem as práticas de saúde, planejando e articulando a execução do projeto proposto em cooperação técnica/financeira com outras instituições como o Ministério da Saúde,

Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde e outras.

Terá como base valores e princípios norteadores tais como a educação, como ação transformadora, descentralização da execução, a integração ensino/serviço/comunidade, valorização profissional, incentivo à cidadania, compromisso com a melhoria da qualidade de atenção à saúde da população e consideração da prática de trabalho e as expectativas do aluno como elementos norteadores do processo pedagógico, visando a consolidação do SUS.

Os objetivos do curso serão para despertar no aluno, as potencialidades e a capacidade de intervir na realidade. Também promover o aprimoramento profissional para atuarem junto às equipes multiprofissionais, desenvolvendo para além da técnica, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para indivíduos e grupos sociais, fortalecendo e ampliando a qualidade do atendimento às demandas da população.

Será desenvolvida a visão crítica contextualizando os problemas locais, considerando a estrutura social, política, cultural e econômica da região, com vistas à promoção da qualidade no atendimento.

Outro objetivo é contribuir para que o técnico em enfermagem compreenda a importância do atendimento singular, humanizado, resolutivo e que propicie a responsabilização com a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e o usuário, legitimando este ponto, como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS, por meio de um processo de trabalho centrado no usuário, levando em consideração o imperativo ético-político para organização e intervenção técnico-científica.

O público alvo é o Técnico em Enfermagem trabalhador do SUS inserido na rede de serviços de saúde da região.

A proposta pedagógica: Para os eixos transversais, os elementos utilizados devem perpassar todos os conteúdos, compreendidos como um instrumento significativo, de tal forma que se constituam em elementos motivadores (ética pessoal e profissional / atribuições do técnico de enfermagem na equipe da ESF / princípios e diretrizes do SUS: universalidade/ integralidade/ equidade/ descentralização/ regionalização e participação social).

Os componentes propostos:

- Atenção Primária da Saúde: (Planificação da Atenção Primária);
- Redes de Atenção – Modelo de Atenção às Condições Crônicas;

- Os 7 atributos fundamentais: (Starfield, 2002)
  - ✓ 4 atributos essenciais: (Primeiro Contato/ Longitudinalidade/ Integralidade/ Coordenação)
  - ✓ 3 atributos derivados: Focalização na Família/ Orientação Comunitária e Competência Cultural
  - ✓ funções: (Resolubilidade/ Comunicação e Responsabilização)
- Redes temáticas: Rede Cegonha/ RUE/ RAPS/ Rede da Pessoa com Deficiência/ Rede das doenças e condições Crônicas/ Idosos/ População Negra/ População indígena/ Quilombola/ Pessoa privada da liberdade;
- Acolhimento (busca ativa / atendimento humanizado (independente de diversidades culturais, raça, gênero, credo religioso ou político, financeiro) / diagnóstico / análise / planejamento das intervenções / monitoramento / avaliação);
- Sistemas de informação em Saúde: SISAB/ SISPRENATAL/ SISCOLO/ SISMAMA / SISVAN / E-SUS / SIM / SINASC / SINAN / SIS API / SISHIPERDIA / SIASUS / SCNES/ PEC – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO;
- Monitoramento da alta responsável na Atenção Básica;
- Linhas de Cuidado: gestante, puépera e criança (Primeiríssima Infância)/das doenças crônicas/ dos portadores de deficiências.

Os temas propostos:

- Protocolos da Atenção Integral à Saúde da Mulher: rastreamento de cânceres / pré-natal, puerpério e aleitamento materno, planejamento reprodutivo, climatério);
- Comitê de Investigação de Mortalidade Materno Infantil e de Sífilis Congênita;
- Saúde da Criança e do Adolescente: Primeiríssima Infância/ Saúde do Escolar (PSE) / Rede Amamenta e Alimenta Brasil;
- Comitê de Violências (criança/ adolescente/ mulher/ idoso);
- Saúde do Homem (Pré Natal do Homem);
- Causas de Condições Sensíveis à Atenção Básica / Doenças Crônicas;
- Saúde do Idoso (Caderneta do Idoso)
- Saúde Mental: (CAPS / RT- residência terapêutica)
- Projeto Terapêutico Singular (aplicação de ferramentas de coleta de dados para diagnóstico e intervenções – Escala de Coelho / Genograma / Ecomapa)
- Programas do MS e da SES : PMAQ / MAIS MÉDICO / Programa Melhor em Casa / Academia da Saúde / Brasil Sorridente / NASF / Práticas Integrativas e Complementares / Bolsa Família / Requalifica UBS / Qualis UBS / Ouvidoria na Saúde / Agita / Qualis Mais/ Sorria SP ...
- Ações executadas pelas Vigilâncias em Saúde (Sala de Situação das Arboviroses: Dengue /Zika e Chikungunya / Programa de Imunização).

Ressalto ser necessária a busca de um modelo de ensino que busque a transformação das situações de desigualdades encontradas na região.

A situação quantitativa de profissionais técnicos em enfermagem no Brasil, no Estado de São Paulo e no Vale do Ribeira, pode ser vista como uma possibilidade de mudança na qualidade da atenção à saúde.

A região ainda se sobressai pelas características sociais com índices baixos de IDH e IPRS em relação ao restante do Estado de São Paulo. Altas taxas de mortalidade Materna Infantil, com uma RAS - Rede de Serviços de Saúde, tentando se estruturar devido à escassez de recursos investidos na saúde.

A área geográfica é extensa com dificuldade de acesso e fixação de profissionais. Assim, em que pese todos os aspectos positivos já apontados, será necessário aprimorar o processo de educação permanente da equipe de profissionais que já atuam na ESF, para que eles possam desenvolver o diálogo e a construção conjunta na qualificação da Atenção Básica e pensar também a inclusão desses temas nos conteúdos curriculares do curso técnico em enfermagem.

Pela natureza da tarefa exigida do TE, no modelo de atenção (ESF), ele deve ser capaz de atuar não só com os casos de morbidades individuais e biológicas de saúde (para as quais é formado), mas também, com problemas coletivos, socioculturais e históricos adstritos a um território com suas singularidades e características próprias: sociais, culturais e políticas, entre outras.

Diante do exposto, o questionamento é: se houver uma melhor adequação dos conteúdos curriculares do curso do TE, este aluno se tornará um profissional capacitado para desenvolver em seu território, além dos procedimentos de enfermagem no tratamento e na reabilitação dos pacientes hospitalizados, ações de promoção à saúde, de prevenção das doenças, utilizando o processo de Educação Permanente (EP) aos usuários do SUS?

Analisando as teorias de aprendizagem, percebe-se que dentro de um contexto significativo, elas têm em comum o fato de assumirem que educadores e educandos são agentes ativos na busca e construção de conhecimento. Ou seja, o currículo só pode ser entendido perto de suas condições reais de construção, sendo esses educadores e os educandos, os sujeitos protagonistas do processo educacional.

Considera-se que o atual Currículo do Curso Técnico em Enfermagem do CEFOR de Pariqueira Acu, na abordagem das propostas curriculares para este Curso, já preconiza teoricamente, temas das teorias pós – críticas (citadas na página 44). Mas a questão é se está sendo suficiente para atender às necessidades da formação integral deste profissional, de acordo com a proposição desse estudo?

Reforço a ideia quanto a minha preocupação com o processo de reformulação ou revisão deste currículo, ou seja, em todas as suas fases de planejamento: quem irá participar da construção? As decisões de inovações para atender as reais necessidades do aprendizado destes alunos serão contempladas e respaldadas?

Atualmente se encontram oficializadas nos documentos da escola, que as indicações metodológicas dos CEFORs, pautam-se pelos princípios da aprendizagem com autonomia e do desenvolvimento de competências profissionais. – entendidas 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”.

As competências profissionais descritas na organização curricular foram definidas com base no perfil profissional de conclusão, considerando processos de trabalho na área de enfermagem. Assim, para o alcance dessas competências, é necessária uma pedagogia que focalize metodologias ativas, dinâmicas centradas no aluno, enquanto agente de seu processo formativo, o que pressupõe a prática pedagógica contextualizada, aliando ensino/serviço/comunidade, colocando o aluno frente a situações problematizadoras, com variadas atividades e recursos didáticos, que permitam o exercício contínuo da mobilização e articulação dos saberes.

Nesse sentido, o percurso formativo proposto pressupõe a incorporação de eixos estruturantes com base na transversalidade e interdisciplinaridade e referenciada na dimensão concreta do trabalho desenvolvido pelo Técnico em Enfermagem.

Sacristán (1998), diz estar ciente que as práticas curriculares vividas no processo educativo dos educandos e educadores mostram que este processo implica em vários fatores inter-relacionados que permeiam a concepção de currículo e a bagagem social, histórica e cultural dos envolvidos, entre outros, e assim a proposta de construção ou de reformulação deste currículo atingirá o objetivo.

“É com essa intenção de se concretizar em situação real que o currículo na ação é a última expressão de seu valor, pois, é na prática que todo projeto, adquire significado e valor, independentemente de declarações e propósitos de partida. Às vezes, também, à margem das intenções a prática reflete pressupostos e valores muito diversos” (SACRISTÁN, 1998, p. 201).

O autor denomina currículo em ação a prática pedagógica desenvolvida por professores no interior da sala de aula, essa prática imprime um caráter que está para além do fazer técnico. Esse currículo expressa valores e intenções, ele “é construído

também a partir dos elementos constituídos na profissionalidade do professor ao longo de sua trajetória, podendo configurar-se como prática reprodutora ou prática inovadora” (SACRISTÁN, 1998).

Gómez corrobora dizendo que, em uma prática pedagógica onde há trocas de conhecimentos científicos e de experiências entre os educandos, orientados e motivados pelo professor, como “uma rede viva de troca, criação e transformação de significados”, (GÓMEZ, 1998, p. 85) esses construam e reconstruam os seus significados, autonomamente. Esta proposição do autor nos aproxima da compreensão de um currículo que pode ser construído com indicativos emancipatórios.

O currículo deve assumir o seu processo de criação social e, como tal, é permeado de conflitos causados pelos diferentes sistemas de valores, de crenças e de ideias que sustentam ou servem de base ao sistema curricular. Ao considerar esses princípios, queremos olhar para uma prática curricular específica, a fim de identificar nela elementos que nos ajudem a compreendê-la como possibilidades de práticas curriculares em uma perspectiva inovadora, com indicativos emancipatórios. Ou seja, aquela que nos ajuda a entender o currículo em ação por meio da “práxis, que adquire significado definitivo para os alunos e para os professores nas atividades que uns e outros realizam”. (SACRISTÁN, 2000, p. 201).

Ao considerar que o currículo está condicionado socialmente ao contexto de condições e aos atores que intervêm no processo, para uma análise das práticas curriculares, devem ser observados alguns elementos essenciais.

1) a prática curricular deve ser vista no seu contexto social, para isso, devem ser incluídos os aspectos políticos, econômicos e sociais de um determinado tempo histórico. Estes interferem na prática de uma instituição e nas escolhas que faz em termos curriculares;

2) quais as características que identificam os educandos, levando-se em conta as questões de gênero, o perfil étnico-racial, a origem, a condição econômica e outras;

3) culturalmente, devem ser consideradas as referências do grupo na qual a instituição educacional se insere, a cultura do próprio educando que tem seu modo de olhar e interferir na cultura, seja como consumidor ou produtor desta.

4) ideologicamente, é necessário que se perceba o sistema de valores, de crenças e de ideias que sustentam ou que servem de base ao sistema curricular. Tendo definida a sua não neutralidade, fica mais fácil a percepção de qual ideologia está presente no currículo.

5) a formação acadêmica dos docentes e como esta é traduzida na ação pedagógica com os educandos, seja do ponto de vista dos conteúdos e da metodologia.

A análise da prática curricular pressupõe formular um panorama para contribuir com os responsáveis pela prática curricular, na proposta de avaliar, de forma crítica, o seu trabalho e encontrar saídas para os possíveis problemas encontrados no percurso.

A partir de uma perspectiva crítica, outros aspectos também são considerados na análise de práticas curriculares:

- a) se a natureza das práticas curriculares são identificadas pelas ações que norteiam o currículo em questão;
- b) se os caminhos que o currículo percorre até chegar ao educando passam necessariamente pelos âmbitos, político-administrativo, de gestão e de sala de aula.

O enquadramento conceitual da prática curricular: a concepção de educação e de currículo presente nas práticas curriculares se expressa nos princípios que norteiam o currículo. A partir daí é possível fazer uma análise da concepção subjacente à prática curricular, possibilitando uma reflexão entre as intenções do currículo e o currículo real.

Espera-se então, que um profissional competente, além de conhecer e saber executar a sua profissão, também que ele tenha a sensibilidade para inovar e disposição para aprender e rever conceitos.

Para o atendimento das muitas demandas do mundo do trabalho contemporâneo e com as novas tecnologias, se faz necessária uma revisão dos currículos, tanto no que se refere à educação básica, como na educação profissional.

Esta revisão deverá contemplar no planejamento pedagógico das instituições que oferecem educação profissional, as diferentes áreas do conhecimento estimulando a relação entre os diversos saberes, introduzindo mudanças com vistas a superar as históricas distorções herdadas.

Priorizar os princípios da educação que preconizam a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, a liberdade de aprender e ensinar, a diversidade de concepções pedagógicas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme salientamos em nossas notas metodológicas, a análise documental realizada no CEFOR de Pariqueira Açu nos leva a conclusão quanto às concepções político-pedagógicas hegemônicas nesta escola, considerando, especialmente, as orientações das políticas oficiais.

Descrevemos, a seguir, o que pôde ser captado com essa análise, bem como as principais conclusões dela extraídas. Inicialmente identificamos que o processo de ensino-aprendizagem se centra na problematização do cotidiano e da experiência prática do aluno, especialmente a de trabalho, buscando-se estabelecer uma relação entre seu conhecimento cotidiano e o conhecimento científico.

O CEFOR, ao discutir o processo de ensino-aprendizagem que nele se produz, destaca a finalidade de se transformar o processo de trabalho, também mediante a relação entre seu conhecimento cotidiano, ou seus saberes prévios, e o conhecimento científico.

Destaca ser este o sentido da aprendizagem significativa, proporcionada pela relação dialógica entre professor e alunos, e também entre os professores. O perfil profissional dos alunos é a referência para a seleção de conteúdos e para as avaliações.

Esses conteúdos aparecem sempre relacionados aos conhecimentos científicos e voltados para o desenvolvimento da compreensão. A historicidade do processo de trabalho e dos conhecimentos é também destacada.

A finalidade da educação é voltada para a formação técnica de profissionais capazes de transformar sua prática no serviço. Portanto os conteúdos são definidos, não só em função do perfil profissional, mas também considerando a sua relevância em relação à prática de serviço.

O processo de ensino-aprendizagem focaliza a problematização da prática e das experiências do aluno, tendo como finalidade formar profissionais críticos, com uma visão ampla e que reflitam sobre a sua ação habitual e sobre a realidade.

Os conteúdos são selecionados a partir das competências e habilidades, baseando-se nos referenciais curriculares nacionais.

O processo formativo na instituição tem por base os princípios emanados do SUS, considerando, especialmente, a concepção ampliada de saúde. Nela, o processo de ensino-aprendizagem tem por finalidade desenvolver competências que permitam ao

aluno-trabalhador transformar sua prática de trabalho à medida que passa a se perceber como sujeito desta.

O currículo organizado de forma participativa propõe ao aluno possibilidade de partilhar experiências profissionais em sala de aula, e ao professor caberia a mediação do conhecimento científico.

A finalidade deste processo é a formação de sujeitos críticos, inseridos em um contexto social, político e econômico, capazes de identificar problemas no cotidiano de trabalho, visando à sua transformação. A integração ensino-serviço é o meio de fazer com que o aluno comece, desde o estágio, a contribuir para essa melhoria, sempre com a mediação do professor, seja em sala de aula ou no estágio.

Nota-se, que o método da problematização se dá muito mais em função da capacitação dos professores do que do processo de ensino-aprendizagem. O principal desafio consiste em buscar estratégias que auxiliem a repensar a prática docente. Entretanto a instabilidade do quadro docente dificulta que a maioria das iniciativas tenha continuidade.

Devem ser objetivos da Escola, habilitar profissionais Técnicos em Enfermagem, preparados para atender não só ao mercado de trabalho local, mas que recebam capacitação adequada à realidade dos serviços de saúde atuais, e às necessidades de expansão dos mesmos.

Construir um processo educativo, baseado na experiência profissional docente/discente, com visão crítica da realidade de saúde, considerando a estrutura social, política, cultural, econômica das comunidades, onde os futuros profissionais irão trabalhar. Partir do cotidiano, possibilitando que a formação técnica e profissional, contribua para o trabalhador ressignificar sua prática e modificar seu processo de trabalho.

Atender as necessidades na formação profissional com vistas a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n.º 9394/96 e colaborar para o cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

Garantir dentro do possível ao cliente /paciente do SUS, a assistência de enfermagem adequada, eficiente, competente, humana, reforçando e respeitando seus direitos como cidadão.

Sem dúvida alguma está longe do ideal, mas a escola está em busca dele. Vários cursos abertos, direcionados aos jovens das comunidades, que não tinham oportunidades no mercado de trabalho local, permitiram o acesso de excluídos à qualificação profissional, para

atender às necessidades regionais dos serviços públicos, privados e filantrópicos. Estes foram praticamente empregados em sua totalidade.

O conhecimento científico é necessário para realizar as respectivas atividades do processo de trabalho, mas não é suficiente para a formação integral do profissional Técnico em Enfermagem. A avaliação deve aferir além do que o aluno aprendeu o que ele compreende o saber científico da área da saúde.

O percurso formativo pressupõe a incorporação de eixos estruturantes com base na transversalidade e interdisciplinaridade e referenciada na dimensão concreta do trabalho desenvolvido pelo Técnico em Enfermagem especificamente na Atenção Primária – ESF.

Após análise do currículo, concluímos que o técnico de enfermagem ainda tem a sua formação voltada para um modelo de atenção à saúde que contempla mais as ações curativas na assistência hospitalar (modelo biomédico).

Os resultados conforme identificamos, indicaram que o técnico em enfermagem é um profissional que, para atuar diretamente nas equipes de saúde dos territórios, necessita dentre as suas atribuições, ser um conhecedor sobre saúde coletiva, relações humanas, da metodologia de educação permanente em saúde. Saber trabalhar com a educação no âmbito dos serviços de saúde mediante problematização, com uma relação de amizade, harmonia e de participação.

Portanto, do meu do ponto de vista, considero ser fundamental o debate sobre as questões mais abrangentes da formação do técnico de enfermagem com a finalidade de que os docentes, coordenadores pedagógicos, alunos, gestores e profissionais da área educacional e da saúde, façam reflexões sobre a concepção de formação profissional, relacionando teoria – prática, ensino – serviço, crescimento pessoal, intelectual e humano da pessoa no processo formativo.

Nessa perspectiva, entendemos que esta é uma discussão que precede a qualquer proposta de mudanças, seja no sentido de inclusão ou exclusão de temas no Plano de Curso desta escola.

Minha expectativa é de que a explanação dessas questões sobre o itinerário formativo do técnico de enfermagem possa contribuir para a construção no CEFOR, de concepções e práticas pedagógicas coerentes com a visão de mundo, na qual a educação profissional em saúde deverá ser considerada pelos docentes uma mediação importante para a emancipação dos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. Política. São Paulo: Martins Fontes, 1997. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. 2.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2008, p.145.
- AYRES. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.
- APPLE, M, Educação, Poder e Currículo: Uma análise da relação entre escola, currículo e dominação a partir de Michael Apple, revista Pesquisa em Foco: Educação e Filosofia ISSN Volume 5, Número 5, Ano 5, Março 2012.
- BRASIL. Constituição Federal. 1988.
- BRASIL. O Sistema Nacional de Educação Tecnológica, Brasília, 1991.
- \_\_\_\_\_. LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, df. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- \_\_\_\_\_. Lei de Diretrizes e Bases. 1991
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde: promovendo educação profissional. Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE. DF. Brasília; 2002.
- \_\_\_\_\_. Portaria Nº 2.436 (2017) - aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- BOFF, L. O cuidado essencial: principio de um novo ethos. Inclusão Social, Brasília, v.1, n.1, p. 28-35, out./mar., 2005.
- CAMPELO, A. M. M. B; FILHO, D.L.L. *Educação Tecnológica*. In: Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- CARNEIRO, M.G.C. Os (dês) caminhos dos Cursos Técnicos no Brasil. Educação on line, [www.educaçãoonline.pro.br](http://www.educaçãoonline.pro.br). RJ. 1996 a 2005.
- CASTORIADIS, C. A pólis grega e a criação da democracia. In: Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008,p.15.
- CARVALHO. Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p.137-170.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p.33-53.

CASSIN, B. Paideia, cultura, Bildung: nature et culture. In: Vocabulaire Européen des Philosophes. Paris: Seuil, 2004, p. 200-201. In: Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades De Saúde Como Conceito Estruturante Na Luta Pela Integralidade E Equidade Na Atenção Em Saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). Os Sentidos Da Integralidade Na Atenção E No Cuidado À Saúde. Rio De Janeiro: UERJ, Ims: Abrasco, 2001, P.113-126.146.

CECCIM, R B; PINHEIRO, R. Experienciação, Formação, Cuidado e Conhecimento Em Saúde: Articulando Concepções E Sensações Para Efetivar O Ensino Da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araujo de. (Org.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006, p. 13-35.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. Boletim Técnico do SENAC, mar., 2001 (Número especial).

FRIGOTTO, G. A Produtividade da Escola Improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista. São Paulo: Cortez, 1986.

GOMES, C.M. Processo de trabalho e processo de conhecimento. In: GOMES, C.M. et al. Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1987.

GÓMEZ, A. I. Pérez. Ensino para a compreensão. In: SACRISTÁN, J. Gimeno e Pérez. Compreender e Transformar o Ensino. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 67-98.

GRAMSCI, A. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. 2.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2008, p.118.

IBGE, População do Estado de São Paulo, 2017, disponível no site: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017#targetText=Fonte%3A%20IBGE%2C%20Diretoria%20de%20Pesquisas,MT\)%2C%20com%20931%20habitantes.](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017#targetText=Fonte%3A%20IBGE%2C%20Diretoria%20de%20Pesquisas,MT)%2C%20com%20931%20habitantes.)

IPRS, Índice Paulista de Responsabilidade Social, Classificação dos Municípios do Vale do Ribeira, 2017, disponível no site: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=384545>

ISA, Agenda Socioambiental de Comunidades Quilombolas do Vale do Ribeira, 2008, disponível no site: [https://www.mma.gov.br/estruturas/fnma/publicacao/1\\_publicacao25112010121520.pdf](https://www.mma.gov.br/estruturas/fnma/publicacao/1_publicacao25112010121520.pdf)

IDH, ranking municipal do Vale do Ribeira segundo IDH/ SEADE, 2017, disponível no site: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeira/panorama>

JAEGER, W. Paidéia: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes, 1995. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. 2.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2008, p. 3.

LIMA, J. C. F. Memória de Educação Profissional em Saúde no Brasil, Anos 1980 – 1990 / Relatório Final, Rio de Janeiro: EPSJV/LATEPS, 2006.

LOPES, Alice Casimiro & MACEDO, Elizabeth. O Pensamento Curricular no Brasil, In Currículo: debates contemporâneos. Rio de Janeiro: Petrópolis: Ed. Cortez, 2002.

LOPES, Alice Casimiro; MACEDO, Elizabeth. *Teorias de currículo*. São Paulo: Cortez, 2013.

MAGALINE, A. D. Luta de Classes e Desvalorização do Capital. Lisboa: Moraes, 1977. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. 2.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2008. p.190.

MANACORDA, M. A. Marx e a Pedagogia Moderna. São Paulo: Cortez /Autores Associados, 1991. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. 2.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2008, p.9.

MARQUES, C. Revista RET SUS:10 anos, Representante da OPAS - Organização Panamericana de Saúde na Comissão Geral de Coordenação da RET-SUS. Revista, rio de Janeiro, 2011.

MARX, K. & ENGELS, F. Textos sobre Educação e Ensino. São Paulo: Moraes, 1983. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. 2.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2008, p. 60.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. 2.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-44.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. 1.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2005. p. 75.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.45-59.

MATTOS R.A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco; 2007, p. 369-383.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MERHY E.E. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2 Cartografando na saúde os “*inconscientes que protestam*”

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

MINAYO, M.C. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: \_\_\_\_\_. (Org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 09-30.

MOREIRA, A.F.B. (Org.) Conhecimento educacional e formação do professor. Campinas: Papirus, 1995.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa; SILVA, Tomaz Tadeu da. Sociologia e Teoria Crítica do Currículo: uma introdução. In: MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa; SILVA, Tomaz Tadeu da. (Orgs.); tradução de BAPTISTA, Maria Aparecida- Currículo, cultura e sociedade. São Paulo: Cortez, 1995.

MOREIRA, A.F.B. e SILVA, T.T. (Orgs.). Currículo, cultura e sociedade. São Paulo: Cortez, 1994.

PAIM, J.S. *Modelos de atenção e vigilância da saúde*. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) Epidemiologia e saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. p. 567-86.

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

PEREIRA, I. B. Possibilidades da Avaliação Produzir Conhecimento para a Formação em Saúde. In: Seminário de Avaliação de Integralidade em Saúde, 2006, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro, 2006, p.185.

PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. Educação profissional em saúde. Coleção Temas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.188.

PEREIRA, I.B; LIMA, JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, I.B. Textos de Apoio em Políticas de Saúde: Políticas de Saúde e Formação do Trabalhador. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005, p. 117-141.

PIERANTONI, C.R. As Reformas do Estado, da Saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ver. Ciência, Saúde Coletiva. Vol. 6. nº. 2, Rio de Janeiro, 2001, p. 341-360.

PINHEIRO, E F C, et al. Profissional de Saúde: a inter-relação entre a formação e prática. Formação. MS/SGTES/DEGES. Vol. 3 nº.8, DF. Brasília, 2003, p. 45-58.

RAMOS, M. A pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001, pp. 171-197.

RAMOS, M. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (Orgs.) Ensino Médio Integrado: concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005.

RAMOS, M. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ 2012. (Capítulo 1, p. 35-91).

RESOLUÇÃO Nº 4, DE 13 DE JULHO DE 2010 - Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Básica

REVISTA RET-SUS: 10 anos Resgate da trajetória da rede, análise do presente e avaliação do futuro, Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz, 2011.

RODRIGUES, J. Ainda a educação politécnica: o novo decreto da educação profissional e a permanência da dualidade estrutural. Trabalho, Educação e Saúde, 3 (2): p. 259-282, 2005.

SACRISTÁN, J. Gimeno. Plano do currículo, plano do ensino: o papel dos professores/as. In: SACRISTÁN, J. Gimeno e GÓMEZ, A. I. Pérez. Compreender e Transformar o Ensino. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 197-232

SACRISTÁN JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SÃO PAULO. Decreto nº 52.701. Cria a Escola de Auxiliar de Enfermagem de Pariquera-Açu. 1991.

SAVIANI, D. Escola e Democracia. 32. ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1989.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnicidade. Trabalho, Educação e Saúde, 1(1): p. 131-152, 2003.

SAVIANI, D. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 10ª ed. Campinas: Autores Associados; 2008.

SAVIANI, D. Educação: do senso comum à consciência filosófica. 15ª ed. Campinas: Autores Associados; 2004.

SEADE, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, Pirâmide Populacional do Vale do Ribeira, 2010.

SILVA, Tomaz Tadeu da, Documentos de identidade – Uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte, Autêntica, 2007.

SORIO, R.E.R. Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. Formação Técnica em Saúde no contexto ao SUS. Formação. MS/PROFAE. Vol.2 nº. 5, DF. Brasília, 2002, p. 45-58.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003, p. 89-112.

VALLE, L. do. A Escola Imaginária. Rio de Janeiro: DP&A, 1997.

VALLE, L. Modelos de Cidadania e discursos sobre a Educação, Rio de Janeiro, Teias: ano 2, nº 3, jan/jun 2001, p.1.

VIEIRA, M. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa. MAS/IBGE –Formação. Ministério da Saúde. Vol. 3. nº. 8, DF Brasília, 2003, p. 29-46.

VIEIRA, M.; CHINELLI, P.; LOPES, M.R. O trabalho e a educação na saúde: a "questão dos recursos humanos". In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Orgs.). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p.79-118.

## ANEXOS

### A.. DECRETO N. 52.791, DE 20 DE AGOSTO DE 1971

#### Cria Escola de Auxiliar de Enfermagem na Secretaria de Estado da Saúde

##### Retificação

LAUDO NATEL, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais e nos termos do artigo 89. da Lei n. 9.717 de 30 de janeiro de 1967,

##### Decreta:

**Artigo 1º** — Fica criada, no Hospital Regional do Vale do Ribeira, do Departamento de Hospitais Gerais e Especiais da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde, uma Escola de Auxiliar de Enfermagem.

**Artigo 2º** — O Coordenador da Coordenadoria de Assistência Hospitalar tomará todas as providências necessárias à instalação e funcionamento da Escola a que se refere o artigo anterior, propondo à autoridade competente as medidas que excederem de sua alçada.

**Artigo 3º** — Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 20 de agosto de 1971.

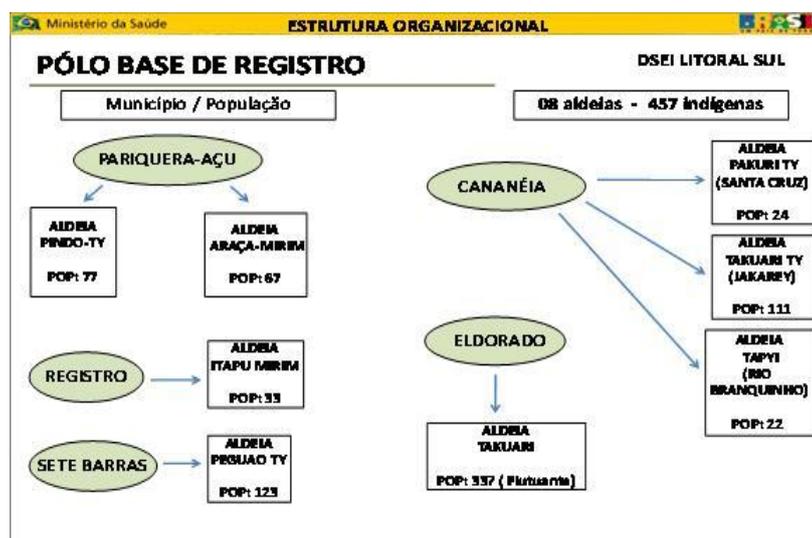
LAUDO NATEL

Mário Machado Lemos, Secretário da Saúde

Publicado na Casa Civil, aos 20 de agosto de 1971.

Maria Angélica Galiuzzi, Responsável pelo S.N.A.

### B. Quadro da estrutura organizacional do Pólo Base – aldeias indígenas



### C. ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS MEMBROS DAS EQUIPES QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA (PNAB, 2017)

---

I- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

IV- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

---

---

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

---

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

---

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

---

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

---

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

---

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

---

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

---

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

---

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

---

XXII. Articular/participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

---

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

---

XXIV. Participar gerenciamento insumos necessários p/ adequado funcionamento da UBS;

---

XIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colégiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

---

XXV. Identificar parceiros na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

---

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

---

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

---

D.- ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem (PNAB, 2017)

I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

---

II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;

---

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

---