

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Luciana de Lourdes Queiroga Gontijo Netto-Maia

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Belo Horizonte - MG

2016

Luciana de Lourdes Queiroga Gontijo Netto-Maia

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração – Saúde e Enfermagem
Linha de pesquisa – Educação em Saúde e Enfermagem

Orientadora – Profª Drª Kênia Lara Silva
(EE/UFMG - Brasil)

Co-orientadora – Profª Drª Marília dos Santos Rua
(ESSUA/UA - Portugal)

Belo Horizonte – MG

2016

Netto-Maia, Luciana de Lourdes Queiroga Gontijo.
N476d Desenvolvimento de competências para a promoção da saúde
na formação do enfermeiro [manuscrito]. / Luciana de Lourdes
Queiroga Gontijo Netto-Maia. - - Belo Horizonte: 2016.
130f.: il.
Orientador (a): Kênia Lara Silva.
Coorientador (a): Marília dos Santos Rua.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Promoção da Saúde. 2. Recursos Humanos em Saúde. 3.
Educação Baseada em Competências. 4. Enfermagem. 5. Dissertações
Acadêmicas. I. Silva, Kênia Lara. II. Rua, Marília dos Santos. III.
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV.
Título

NI M: WA 590

ATA DE NÚMERO 69 (SESSENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA LUCIANA DE LOURDES QUEIROGA GONTIJO NETTO MAIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de junho de dois mil e dezesseis, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 430 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO", da aluna *Luciana de Lourdes Queiroga Gontijo Netto Maia*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kênia Lara Silva (orientadora), Cláudia Maria de Mattos Penna, Maria José Menezes Brito, Anna Maria Chiesa e Marta Lenise do Prado, sob a presidência da primeira. As professoras Anna Maria Chiesa e Marta Lenise do Prado participaram da sessão por meio de videoconferência e Skype, respectivamente. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(x) APROVADA;

() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de junho de 2016.

Profª. Drª. Kênia Lara Silva
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



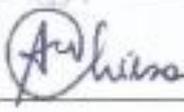
Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna
(Esc.Enf/UFMG)



Profª. Drª. Maria José Menezes Brito
(Esc.Enf/UFMG)



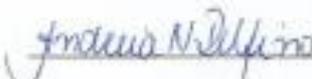
Profª. Drª. Anna Maria Chiesa
(EEUSP)



Profª. Drª. Marta Lenise do Prado
(UFSC)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04/07/2016


Profª. Dra. Andréa Gazzinelli
Sub-Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Ao Fabiano, à Maria Luísa e à Maria Clara, pela família que somos.

Dedico esta obra à minha família, onde tudo começa e tudo termina...

A realização desse trabalho só foi possível com o apoio que recebi de muitas pessoas, a quem manifesto os meus sinceros agradecimentos.

De modo especial, agradeço a Deus, pelos dons da sabedoria e fortaleza, que me permitiram perseverar nesse caminho de pedras...

Aos meus pais, pela vida e irmãs, pelo carinho, apoio e incentivo constantes, que me estimularam a enfrentar os desafios com coragem e determinação.

Ao Fabiano, pelo apoio incondicional, por compreender a minha ausência e por me ajudar a manter a calma em meio a esse processo desgastante.

À Maria Luísa e à Maria Clara, pelo amor incomensurável e por me fornecer fontes inesgotáveis de energia e inspiração. Vocês são a razão da minha vida!

Às orientadoras, pelo acolhimento, pela convivência salutar e pela criatividade, espírito crítico e competência com que me conduziram nesse trabalho.

Aos membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições ao estudo.

Aos participantes desse estudo, por acreditar na proposta e torná-la factível.

Aos colegas e amigos(as) que, verdadeiramente, me apoiaram nessa caminhada e colaboraram diretamente nessa obra e em seus desdobramentos.

A todos vocês, meu muito obrigada!

RESUMO

A pesquisa toma como objeto as competências para promoção da saúde na formação do enfermeiro. Considerando os domínios apresentados nos consensos e padrões internacionais como os Consensos de Galway e o CompHP, estudos demonstram que a formação dos profissionais de saúde, de modo geral, não os prepara para atuar na promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo e pouco articulado das práticas em saúde. Investimento em currículos inovadores, com articulação ensino-serviço e utilização de metodologias ativas de ensino pode ser uma aposta nesse campo. O estudo objetiva analisar o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação acadêmica do enfermeiro. Trata-se de estudo qualitativo ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética. Os dados foram obtidos de análise de documentos, entrevistas com egressos e grupos focais com docentes de uma instituição de ensino superior de Minas Gerais, Brasil. Para gerenciamento dos dados utilizou-se o software webQDA, de apoio à análise de dados qualitativos. Os dados foram submetidos à Análise Crítica de Discurso na perspectiva de Fairclough. Os resultados são discutidos em três eixos: O contexto de um curso: permanências e rupturas para um novo modelo assistencial e de ensino; A promoção da saúde e suas competências: conceito e prática em construção e As estratégias curriculares para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde. Os achados indicam que o curso em análise aposta numa organização curricular na qual a integralidade é destacada como objetivo da formação, sem especificidade para a promoção da saúde. Apesar disso, as competências para a promoção da saúde definidas em consensos específicos foram trabalhadas ao longo do processo de formação do enfermeiro. O foco do desenvolvimento das competências centrou-se na execução e na vivência permitindo ao estudante o exercício da prática reflexiva sobre contextos e situações experienciadas. As atividades práticas representaram a principal estratégia para o desenvolvimento das competências para a promoção da saúde. A unidade curricular Prática de Integração Ensino-Serviço-Comunidade é apontada como o momento do curso que realça a articulação teoria-prática, a inserção na realidade social, a integração ensino-serviço-comunidade, a interação professor-estudante e o trabalho em equipe, constituindo-se espaço para o desenvolvimento ampliado das competências. Os resultados indicam a necessidade de superar a inserção pela imersão do estudante no contexto das práticas profissionais para produzir contexto, foco e finalidade para o exercício da reflexividade. Ademais, a formação de docentes e na sistematização das estratégias consideradas diferenciadas no currículo são desafios apontados no estudo. Conclui-se que a promoção da saúde, como movimento contra hegemônico, ainda não ocupa lugar de destaque na formação do enfermeiro. A mudança dessa realidade pode ser alcançada com apostas na reflexividade como princípio orientador da educação em enfermagem e com o direcionamento do ensino para o pleno desenvolvimento das competências para a promoção da saúde, construindo uma nova prática social.

Descritores: Promoção da saúde. Recursos humanos em saúde. Educação baseada em competências. Enfermagem.

ABSTRACT

The research takes as object skills for health promotion in nursing education. Considering the domains presented in consensus and international standards such as the Consensus of Galway and CompHP, studies have shown that the training of health professionals in general, does not prepare them to work in health promotion, due to the focus still predominantly biologicist, dressing and inarticulate of health practices. Investment in innovative curricula, with teaching-service and use of active learning methodologies can respond to this reality. The study aims to analyze the development of skills for health promotion in an undergraduate degree in Nursing. It is a qualitative research anchored in the theoretical and methodological framework of dialectics. Data were obtained from document analysis, interviews with graduates and focus groups with teachers of a higher education institution of Minas Gerais, Brazil. For supporting the analysis of qualitative data used the webQDA software. Data were submitted to Discourse Analysis Critical in Fairclough perspective. The results are discussed in three dimensions: The context of a course: continuities and ruptures to a new care model and teaching; Health Promotion and their skills: concept and practice in construction and Curricular strategies for the development of skills for health promotion. The findings indicate that the ongoing analysis bet a curricular organization in which comprehensiveness is highlighted as a goal of training without specificity for health promotion. The results show that skills for health promotion defined in specific consensus on the subject have been worked over the nurse training process. The focus of skills development focuses on implementation and experience allowing the student to the exercise of reflective practice on contexts and situations experienced the practical activities represented the main strategy for the development of skills for health promotion. The Teaching-Service-Community Integration Practice is seen as the moment of course that emphasizes the theory-practice articulation, early integration services into social reality, the teaching-service-community integration, teacher-student interaction and teamwork, constituting space for development expanded skills. The results indicate the need to overcome the insertion by the student's immersion in the context of professional practices to produce context, focus and purpose to the exercise of reflexivity. In addition, teacher training and systematization of different strategies considered in the curriculum are challenges identified in the study. It is concluded that the promotion of health as a movement against hegemonic, not yet occupied a prominent place in nursing education. To change this reality can be achieved with bets on reflexivity as a guiding principle of nursing education and the direction of education for the full development of skills for health promotion, building a new social practice.

Keywords: Health promotion. Health manpower. Competency-Based Education. Nursing.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	10
2. MARCO CONCEITUAL	15
2.1 A promoção da saúde e a formação de profissionais competentes	15
2.2 As competências para atuar na promoção da saúde	17
2.3 Os domínios de competências para a promoção da saúde – CompHP	21
2.4 Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem	25
3. MÉTODO	32
3.1 Opção metodológica	32
3.2 Percurso metodológico	35
3.2.1 Cenários, sujeitos e procedimentos para a coleta dos dados	35
3.2.2 Análise dos dados	45
3.2.3 Considerações éticas	49
4. A CONSTRUÇÃO REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	51
4.1 O contexto de um curso: permanências e rupturas para um novo modelo assistencial e de ensino	51
4.2 A promoção da saúde e suas competências: conceito e prática em construção	63
4.3 As estratégias curriculares e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde	90
4.3.1 Imersão precoce? Ou a termo?	97
4.3.2 Teoria e prática: proporcionando o encontro entre dois mundos	100
4.3.3 PIESC: o sagrado e o profano	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	121

APRESENTAÇÃO

Esta tese, construída no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Doutorado Interinstitucional em Enfermagem UFMG/UFSJ, toma como objeto as competências para a promoção da saúde na formação acadêmica do enfermeiro.

A construção do estudo parte do reconhecimento de que existem lacunas quanto às competências desenvolvidas no processo de formação e quanto às estratégias de ensino que resultam em padrões profissionais adequados à transformação das práticas de atenção a favor da promoção da saúde.

Com essa problematização, questionou-se: como ocorre o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação acadêmica do enfermeiro? Quais estratégias pedagógicas funcionam como dispositivo para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde?

Esse estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação acadêmica do enfermeiro. Justifica-se o estudo pela necessidade de tornar conhecidas as abordagens e as competências para a promoção da saúde desenvolvidas na formação de enfermeiros, ainda pouco analisadas nas propostas curriculares.

Parte-se do pressuposto de que o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde ocorre nos cursos de formação profissional. Pressupõe-se, ainda, que estratégias pedagógicas diferenciadas e inovadoras, como expressão da insatisfação dos formadores de profissionais de saúde ao paradigma tradicional de ensino, podem favorecer a prática reflexiva, condição para o desenvolvimento das competências para a promoção da saúde.

Nesse estudo, as categorias analíticas foram as Competências para promoção da saúde e a Reflexividade. A Teoria da Reflexividade apresenta-se como escolha teórica para fundamentar diferenciações e inovações curriculares que pretendem o ensino do conhecimento contextualizado e autoelaborado que se liberta ao

longo do caminhar (KELLER-FRANCO; KUNTZE; COSTA, 2012; MORIN, 2007a; SANTOS, 2003). Essas duas categorias permitiram a construção da tese defendida nesse estudo, que busca demonstrar quais competências para a promoção da saúde são ensinadas ao longo da formação do enfermeiro, tendo como principais estratégias de ensino o aprender mediado pela experiência cotidiana da integração ensino-serviço, favorecido pela prática reflexiva.

Os resultados do estudo estão organizados em três eixos. O primeiro eixo analisa o contexto, os avanços e os desafios da implantação e consolidação do Curso. Considera-se, também, o caso de estudo e sua relação com o desenvolvimento das competências para a promoção da saúde e a mudança do modelo assistencial e de ensino. O segundo eixo traz os atributos de competências para a promoção da saúde desenvolvidos na formação acadêmica do enfermeiro, fazendo uma relação entre o (pre)escrito e o vivido. O terceiro apresenta os achados referentes ao currículo e o seu potencial como dispositivo para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde, destacadamente a inserção precoce no exercício profissional e a articulação da teoria com a prática.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A promoção da saúde pode ser compreendida como um processo de capacitação do indivíduo para que ele assuma a corresponsabilidade em melhorar, controlar e gerir o seu processo de saúde e qualidade de vida (GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008; GREINER; EDELMAN, 2010; WHO, 1986). Para se manter saudável, tomando por base o conceito ampliado e complexo de saúde, o indivíduo ou o grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e aprender a modificar ou lidar com seu ambiente. Toda ação de promoção da saúde no trabalho colaborativo se sustenta em valores e princípios éticos, na igualdade, na justiça social e no respeito à autonomia e à escolha dos indivíduos e do grupo (BARRY et al., 2012). Nesse processo, a saúde é vista como um meio de vida e não como um objetivo a ser alcançado (PINHEIRO et al., 2015; WHO, 1986).

Os marcos legais e institucionais contemporâneos da promoção da saúde ocorrem a partir da Conferência de Ottawa, em 1986, no Canadá. Revisitando os documentos dessa Conferência, percebe-se que a Carta de Ottawa enuncia o eixo central de direcionamento das correntes e as concepções sobre a promoção da saúde em todo o mundo. A Carta considera as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país e estabelece os campos estratégicos para a saúde, nomeadamente: política pública de promoção da saúde, criação de ambientes favoráveis à saúde, estímulo à participação comunitária, criação de habilidades pessoais e desenvolvimento de autonomia dos indivíduos, além da reorientação dos serviços de saúde (HEIDMANN et al., 2006; PINHEIRO et al., 2015; WHO, 1986).

Na atualidade, assiste-se a inserção dessas estratégias no cotidiano das pessoas. Mesmo de forma incipiente, políticas públicas para a promoção da saúde têm sido implementadas em diversos países como estratégia de mudança dos modelos tecno-assistenciais, possibilitando aceitar o desafio de atuar com pertinência face aos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seu ambiente (BRASIL, 2006; BUSS, 2000).

Sinergicamente aos movimentos internacionais, no Brasil, a promoção da saúde ganhou impulso a partir da Reforma Sanitária Brasileira que configurou as bases para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios de equidade, integralidade e universalidade se encontram incorporados na Constituição da República de 1988 (BRASIL, 2006; SILVA et al., 2010; SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011). Nessa direção, foi proposta a reorganização do sistema de saúde ao adotar a atenção primária como estratégia para a substituição do modelo assistencial hegemônico, utilizando-se dos pressupostos da promoção da saúde por meio de uma nova concepção de saúde, que não se limita a um enfoque centrado na doença (BRASIL, 2012; BUSS; CARVALHO, 2009).

Essa tendência foi reforçada com a elaboração, pelo Ministério da Saúde, em 2005, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), compreendida como um marco para a incorporação da promoção da saúde no SUS. Destaca-se a promulgação dessa política como o reconhecimento, na agenda pública, da relevância da promoção da saúde e das estratégias advindas do campo para a intervenção sobre os determinantes sociais (BRASIL, 2006). Em 2014, a Política é revisada reafirmando o objetivo de promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015, p. 28).

Para que os profissionais de saúde atuem efetivamente no cenário atual é imprescindível definir as competências necessárias, considerando a complexidade da política de saúde e de sua implementação. Assim, é preciso ter competências específicas para atuar na promoção da saúde.

Essas competências referem-se a uma combinação de conhecimento, habilidades e valores essenciais necessários para a prática efetiva de ações promotoras de saúde direcionadas aos indivíduos e aos grupos. A sua utilização está pautada na potencialidade dessas competências lograrem servir como um ponto de referência para: estabelecer padrões profissionais, criar mecanismos que assegurem a qualidade de trabalho, selecionar trabalhadores, identificar e estruturar programas de treinamento, além de nortear a formação acadêmica

(DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; PINHEIRO et al., 2015; SHILTON, 2009).

Destaca-se a construção de consensos e padrões internacionais que representam esforço para sistematizar os princípios fundamentais e de trabalho direcionados à promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; MCQUEEN, 2009). Adota-se, como ponto de partida, a Conferência realizada em Galway, Irlanda, em junho de 2008. Nessa Conferência, foram discutidos valores, princípios e domínios (núcleos) de competências centrais (*core competencies*) requeridas para o engajamento eficaz nas práticas de promoção da saúde (ALLEGIANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009; MCQUEEN, 2009; PINHEIRO et al., 2015).

Na mesma linha, tem-se a iniciativa estimulada pela União Internacional de Promoção e Educação para a Saúde (UIPES-IUHPE), iniciada em setembro de 2009, intitulado “*Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe (CompHP)*”, que teve como objetivo identificar e definir as competências centrais, além de estabelecer os padrões profissionais esperados para a promoção da saúde na Europa. A aplicação combinada de todos os domínios e dos valores éticos constituem o quadro de competências centrais do CompHP. Os valores éticos e conhecimentos são considerados os pilares de todas as ações de promoção da saúde e permeiam os outros nove domínios, a saber: advocacia em saúde, produção de mudanças, parcerias, liderança, comunicação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (BARRY et al., 2012; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; PINHEIRO et al., 2015; SPELLER et al., 2012).

No âmbito da América Latina, o Consórcio Interamericano de Universidades e Centros de Formação de Pessoal em Educação para a Saúde e Promoção da Saúde (CIUEPS), com o apoio da divisão de promoção da saúde da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), tem incentivado o levantamento de informações acerca dos enfoques, das competências e das características dos programas de formação de recursos humanos direcionados à promoção da saúde e à educação para a saúde na região (ARROYO, 2009).

No Brasil, há poucos registros de iniciativas que direcionam ou discutem um modelo de competências para a promoção da saúde, sendo ainda incipiente sua aplicação na formação de profissionais para atuar nesse campo (PINHEIRO et al., 2015).

Estudos têm demonstrado que a formação dos profissionais de saúde, de um modo geral, não os prepara para atuar no campo da promoção da saúde (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007; CHIESA et al., 2007), devido ao enfoque, ainda predominantemente biologicista, reducionista, biomédico e insuficientemente articulado com as práticas de saúde (CHIESA et al., 2007; SILVA et al., 2007). No caso da graduação em Enfermagem, nota-se que o modelo tradicional de ensino, descontextualizado, conteudista e desarticulado das práticas de saúde, não tem sido capaz de capacitar o enfermeiro generalista para atuar efetivamente na promoção da saúde, um dos eixos estruturantes do SUS (CHIESA et al., 2007). A proposta de substituição do sistema hegemônico de atenção à saúde por modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, ainda não foi conquistada e depende, em grande medida, do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; VILELA; MENDES, 2003).

Somam-se a isso, constatações de estudos que demonstram que, por vezes, o profissional enfermeiro relata dificuldades para operacionalizar as ações de promoção da saúde. Em parte, as dificuldades advêm de imprecisões quanto às competências para a promoção da saúde na formação desses profissionais, considerando o conceito híbrido, polissêmico e multifacetado do termo promoção da saúde, sustentado por diversas matrizes epistemológicas (PINHEIRO et al., 2015; SILVA; SENA, 2010).

De modo específico, trabalhos com o objetivo de analisar a promoção da saúde na formação acadêmica do enfermeiro mostram que, embora a incorporação seja incipiente e heterogênea quanto à formulação teórica, existem espaços de aprendizagem favoráveis à abordagem desse conteúdo e sua prática, mas ainda há a necessidade de propiciar aos estudantes experiências de imersão na realidade da vida profissional (SILVA et al., 2007, 2009, 2010). As mudanças assistenciais direcionadas à construção da promoção da saúde têm pequena

visibilidade no cenário das práticas de saúde, justificando, assim, a não percepção dessa como estratégia para a transformação, tanto do ensino quanto da gestão e do controle social. Logo, tomar os referenciais de promoção da saúde na (re)significação do ensino, implica em uma transformação das práticas, superando o modelo biologicista predominante e a natureza setorial e fragmentada que caracteriza a formação e a atuação dos profissionais de saúde (PINHEIRO et al., 2015; SILVA et al., 2009, 2010; VILELA; MENDES, 2003).

2. MARCO CONCEITUAL

2.1 A promoção da saúde e a formação de profissionais competentes

O termo promoção da saúde foi inicialmente usado por Leavell e Clarck (1976) para abordar medidas a serem adotadas para aumentar a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar social no que concerne a prevenção primária, considerando a História Natural das Doenças e seus determinantes como a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e os serviços de saúde (LALONDE, 1974).

Desde a década de 70 do século XX, o discurso da promoção da saúde tem sido elaborado sob diferentes paradigmas teóricos e conceituais. Tomando, por exemplo, a experiência dos chineses com relação às atividades realizadas para a melhoria da saúde populacional, diversos países adotaram as práticas de promoção da saúde, principalmente para sanar problemas econômicos e políticos como os elevados gastos com assistência médica (HEIDMANN et al., 2006). No Canadá, esse movimento repercutiu na divulgação do Relatório Lalonde (LALONDE, 1974; PINHEIRO et al., 2015), primeiro documento oficial que adota a promoção da saúde como proposta opositora ao sistema tradicional (HEIDMANN et al., 2006).

Na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, formaliza-se o ideário de “Saúde para Todos no ano de 2000” e “Estratégia de Atenção Primária de Saúde” (OMS, 1978). Paralelamente, ocorriam discussões nos países desenvolvidos, em especial no Canadá, que realiza, em 1981, sua Primeira Conferência Nacional de Saúde. Cinco anos depois, ocorre o evento que é considerado o marco da promoção da saúde atual: a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que gerou, como produto, a Carta de Ottawa (OPAS, 1986; PINHEIRO et al., 2015; WHO, 1986). Essa conferência inaugura a discussão da política mundial sobre o tema, com a inclusão na agenda dos governantes de cinco eixos centrais: políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de autonomia dos indivíduos;

estímulo à participação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (BARRY et al., 2012; PINHEIRO et al., 2015).

Outros espaços de debate sobre o tema reforçaram o movimento da área, como a Conferência de Adelaide, realizada na Austrália, em 1988; a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991; a Conferência de Bogotá, na Colômbia, em 1992; a I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, em 1993; a IV Conferência sediada em Jacarta, na Indonésia, em 1997; a Rede de Megapaíses criada em 1998; a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000; a VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Bangkok, em 2005; a VII Conferência Internacional sediada em Nairóbi, no Quênia, em 2009; a VIII Conferência Internacional realizada em Helsinque, na Finlândia, em 2013, que gerou como produto a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas (HELSINKI, 2013; PINHEIRO et al., 2015), dentre outros.

Em maio de 2016, o Brasil sediou a 22ª Conferência da IUHPE e, em novembro do mesmo ano, a China sediará a 9ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Xangai, apontando indícios da necessidade de se avançar na discussão sobre o tema.

O modelo assistencial no Brasil ainda se encontra em processo de transição, a partir do movimento da Reforma Sanitária e a implementação do Sistema Único de Saúde, incorporado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2012).

Acredita-se que os princípios norteadores do SUS, como a descentralização, a integralidade da atenção, a mobilização e a participação social, a equidade e a universalidade se assemelham a alguns princípios da promoção da saúde definidos na Carta de Ottawa. Essa proximidade facilita o diálogo sobre a promoção da saúde no Brasil, principalmente considerando a reorientação do modelo de atenção e implementação do Programa Saúde da Família, hoje nomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nota-se que a promoção da saúde no país tende a evoluir nos campos político, científico e tecnológico e nos movimentos sociais (BRASIL, 2006).

As ações de promoção da saúde consideram a influência dos fatores sociais, econômicos, políticos, ambientais, biológicos e culturais no processo de construção da saúde e/ou doença. Em termos práticos, a promoção da saúde tem acontecido ao longo das décadas por meio de trabalhos individuais e comunitários, além de formulações de políticas públicas que favoreçam a capacitação de pessoas para a obtenção de maior controle sobre os fatores que tenham impacto sobre a sua saúde (BARRY et al., 2012).

Essa concepção leva à necessidade de reorientação dos serviços como estratégia para a promoção da saúde e demanda uma atuação integral, com enfoque intersetorial e multidisciplinar. Essa, por sua vez, se desdobra em mudanças no processo de formação profissional para aquisição de competências específicas, exigindo propostas de reorganização de matrizes curriculares para os cursos da saúde (HEIDMANN et al., 2006; PINHEIRO et al., 2015).

O cenário internacional apresenta algumas iniciativas para o delineamento de competências em promoção da saúde, com destaque para o Consenso de Galway e o Projeto pan-europeu CompHP (ALLEGGRANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009, 2012; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; MCQUEEN, 2009; SPELLER et al., 2012).

2.2 As competências para atuar na promoção da saúde

Competência é um termo polissêmico sustentado por diferentes matrizes epistemológicas, oriundas da pedagogia, da psicologia e da sociologia. Destacam-se as orientações condutivistas (voltadas para a eficiência e o mercado), funcionalistas (voltadas para a obtenção de resultados), construtivistas (voltadas para a construção coletiva) e crítico-emancipatórias (voltadas para o interesse dos trabalhadores, evitando o reducionismo e o mecanicismo) (DELUIZ, 2001; LIMA, 2005; SHILTON et al., 2001).

No senso comum, o termo é utilizado para designar determinada qualificação para realizar alguma tarefa ou o saber agir em determinada circunstância, comumente associada a uma profissão ou cargo (CHIESA et al., 2007; FLEURY;

FLEURY, 2001). Do ponto de vista da saúde, o conceito é validado por diversos estudiosos como uma capacidade de mobilizar recursos afetivos, cognitivos e psicomotores conexos para atuar com pertinência e eficácia em uma série de situações, em uma combinação sinérgica de atitudes (saber-agir), habilidades (saber-fazer) e conhecimentos (saber), que conferem ao profissional condições para desempenhar sua função (CHIESA et al., 2007; FREITAS; BRANDÃO, 2005; PERRENOUD, 2002, 2008; SAUPE, 2006).

No campo da promoção da saúde, a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes possibilitam que um profissional desempenhe tarefas de acordo com um padrão (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; DEMPSEY et al., 2011; PINHEIRO et al., 2015), recebendo denominações de competências centrais ou essenciais (*core competencies*).

A promoção da saúde é um campo em evolução no cenário mundial, com diversa e crescente força de trabalho preparada mediante uma ampla gama de disciplinas. No entanto, apesar dessa diversidade, há um corpo específico de habilidades, conhecimentos e experiências para a prática da promoção da saúde (BARRY et al., 2012).

Nesse contexto de implementação de políticas públicas que visam a promoção da saúde da população, surgem diversas abordagens de acreditação para a capacitação, o desenvolvimento e o fortalecimento da força de trabalho. Tais abordagens buscam estimular a prática efetiva e eficaz da promoção da saúde mundial, na tentativa de garantir padrões de qualidade, estimular a inovação e as melhores práticas (BATTEL-KIRK et al., 2009).

As competências orientam os praticantes de promoção da saúde a melhorar a saúde e reduzir as desigualdades na área (BRASIL, 2015; OPAS, 1986; WHO, 1986), facilitando o recrutamento e a capacitação de trabalhadores e assegurando a qualidade do trabalho (CHIESA et al., 2007; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; OPAS, 1986).

Desde a década de 90 do século XX, a Austrália foi pioneira na definição de competências para a promoção da saúde, por meio do Centro Australiano para

Pesquisa de Promoção da Saúde, da *Curtin University* e de outras instituições de ensino da Austrália (PINHEIRO et al., 2015; SHILTON et al., 2001).

Diferentes iniciativas de construção e utilização de conjuntos de competências para a promoção da saúde se seguiram. Dentre estas, merecem destaque as iniciativas de *Melbourne World Conferência Workforce Development Stream*, de 2004, na Austrália, reconhecida pela União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES) e pelo Consórcio Canadense para Pesquisa em Saúde; pela Conferência de Galway, em 2008, na Irlanda, organizada pela UIPES e pela *Society for Public Health Education e Centers for Disease Control and Prevention*, nos Estados Unidos, com a participação de especialistas da Universidade Nacional da Irlanda.

Citam-se, também, o Consenso CompHP da Europa e o Consórcio Interamericano de Universidades e Centros de Formação de Pessoal em Educação para Saúde e Promoção da Saúde da América Latina, além das iniciativas para contextos específicos, considerando a diversidade cultural e étnica, como em Israel e na Nova Zelândia (ARROYO, 2009, 2010; MCCRACKEN; RANCE, 2000; MELVILLE, 2006; PINHEIRO et al., 2015). Todas essas iniciativas são reconhecidas por contribuições importantes à área (ALLEGGRANTE et al., 2009; BARRY et al., 2012; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

A Conferência de Galway, em 2008, foi construída sobre discussões de promoção da saúde e desenvolvimento da força de trabalho nas Conferências Mundiais financiadas pelo Programa da União Europeia para a Saúde de 2004, em Melbourne, e de 2007, em Vancouver. Essas Conferências reuniram um conjunto de especialistas internacionais com capacidade de identificar os domínios de competências essenciais para a promoção da saúde na tentativa de elaborar um documento consensual (ALLEGGRANTE et al., 2009; BARRY et al., 2012). Antes da Conferência de Galway, pesquisadores e profissionais elaboraram artigos de revisão sobre o tema que foram discutidos durante o evento e culminaram na definição da versão preliminar do conjunto de competências.

Após a Conferência de Galway, uma consulta pública global sobre a proposta de elaboração de consenso foi realizada. Após essa e outras consultas mundiais, a Declaração de Consenso foi refinada e lançada em 2009 e apresentada na Conferência Mundial da IUHPE, de 2010, em Genebra (ALLEGIANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009, 2012; MCQUEEN, 2009). Apesar da perspectiva de abrangência global na Conferência, a elaboração do consenso ficou limitada a participação de representantes de países europeus e norte-americanos, sem representação latino-americana (ALLEGIANTE et al., 2009; PINHEIRO et al., 2015).

A Declaração oriunda desse Consenso, além de um conjunto de normas profissionais, delinea valores e princípios fundamentais, bem como fornece uma definição comum e domínios de competência essenciais aos que se envolvem em práticas eficazes de promoção da saúde para a Europa, como: catalisação de mudanças, advocacia em saúde, parcerias, comunicação, liderança, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (ALLEGIANTE et al., 2009; BARRY et al., 2012; FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

O Projeto Europeu CompHP (*Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*), financiado pelo Programa da União Europeia para a Saúde, entre setembro de 2009 e outubro de 2012, objetivou contribuir para elevar o nível de competências da força de trabalho em relação à promoção da saúde. Estabeleceu-se a proposta de um sistema de acreditação pan-europeu baseado em competências, levando a um maior reconhecimento da contribuição distintiva de promoção da saúde para a melhoria da saúde da população europeia e para garantir uma maior qualidade, consistência e eficácia da força de trabalho no continente (BARRY et al., 2012; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; SPELLER et al., 2012).

O Projeto procura desenvolver a capacidade da força de trabalho de promoção da saúde, garantindo que os profissionais sejam equipados com o conhecimento e as habilidades necessárias para responder aos desafios de saúde atuais e futuros, dentro de ambientes que envolvem condições sociais, econômicas e políticas em um *continuum* e rápido processo de mudança (BARRY et al., 2012). Ressalta-se que nenhum projeto anterior articulou competências e propôs um

quadro de acreditação para a região, como fez o CompHP (BARRY et al., 2012; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; SPELLER et al., 2012).

A série de Manuais CompHP (Competências essenciais, padrões profissionais e acreditação), lançada na 9ª Conferência Europeia de Promoção da Saúde da IUHPE, em Tallinn, Estônia, em 2012, contou com a participação de organizações e profissionais de promoção da saúde, políticos e educadores de toda a Europa na sua elaboração e validação (BARRY et al., 2012). Para garantir a sua sustentabilidade, o projeto inclui a manutenção do site do CompHP, onde todos os relatórios do projeto e *frameworks* estão disponíveis, incluindo versão curta dos quadros em um número crescente de idiomas (BARRY et al., 2012).

O CompHP, mesmo criado para responder a uma demanda regional, é visto hoje como uma promessa e com expectativa de expansão global, visto que pode ser utilizado como um modelo para os praticantes de promoção da saúde, pois permite adaptação aos mais diversos países, contextos específicos e condições de trabalho (BARRY et al., 2012).

2.3 Os domínios de competências para a promoção da saúde - CompHP

As competências para a promoção da saúde podem ser entendidas como uma combinação de conhecimentos essenciais, capacidades, habilidades e valores necessários para a prática efetiva das ações de promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; SHILTON, 2009; SHILTON et al., 2001). Essas competências essenciais, por sua vez, representam o conjunto mínimo de capacidades que constituem uma base comum para todas as funções de promoção da saúde, ou seja, são competências que todos os praticantes de promoção da saúde são capazes de mobilizar de forma eficiente e eficaz nas suas atividades práticas (AHPA, 2009).

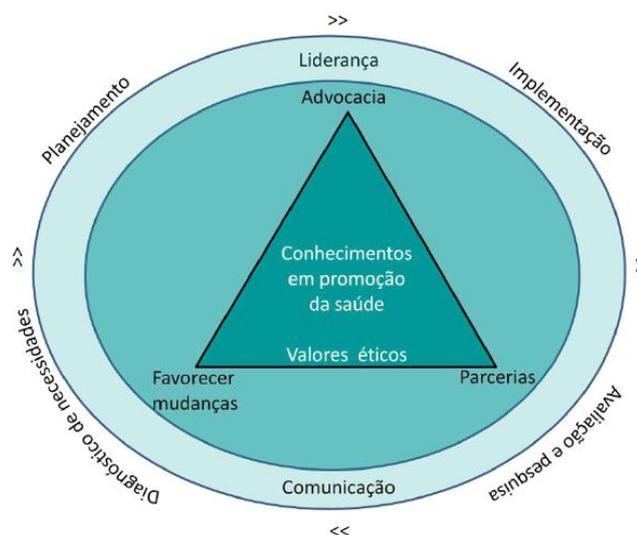
As competências essenciais ou centrais representam o nível mínimo exigido para o desempenho eficiente e eficaz das ações de promoção da saúde, mas não o seu limite máximo. Competências avançadas devem ser mobilizadas para se

trabalhar em contextos específicos, em um processo de aprendizagem contínua, por meio da experiência (BARRY et al., 2012).

As competências para a promoção da saúde têm papel central no desenvolvimento das boas práticas de saúde, já que possibilitam a formação de futuros profissionais, o desenvolvimento profissional contínuo por meio da educação permanente em saúde, o desenvolvimento de padrões profissionais que possibilitem gerar uma base para sistemas de acreditação, a consolidação da promoção da saúde como um campo especializado de prática e a facilidade de avaliação pelo usuário dos padrões da prática de promoção da saúde. Acredita-se que só haverá mudança nas práticas se houver mudança no discurso, mas mudar o discurso não garante, por si só, a mudança da prática. Ressalta-se que nenhuma mudança nas práticas é possível se não houver mudança na formação que leve à prática reflexiva.

O CompHP compreende 11 domínios (núcleos) de competências essenciais para a promoção da saúde, como mostra a Figura a seguir.

Figura 1 - Domínios de competências em promoção da saúde expressos no CompHP



Fonte: Adaptado de Dempsey et al. (2011)

Nessa perspectiva, verifica-se que os “Valores éticos” constituem parte integrante da prática de promoção da saúde, no contexto onde todas as demais

competências são praticadas. Esses valores incluem a crença na equidade e justiça social, respeito à autonomia e à escolha dos indivíduos e dos grupos e formas de colaboração no trabalho. Da mesma forma, o domínio “Conhecimento”, na promoção da saúde, traz consigo os conceitos e princípios fundamentais que permitem a prática da promoção da saúde. Esses dois domínios sustentam toda a ação de promoção da saúde e devem funcionar de forma conjunta com os demais (BARRY et al., 2012). São, portanto, transversais às competências que estão agrupadas aos nove domínios (BARRY et al., 2012; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

A “Catalisação de mudanças” permite ativar indivíduos, grupos, comunidades e organizações para desenvolver ações de promoção da saúde para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades. Trata-se de um domínio multidimensional relacionado com a reorientação dos serviços de saúde por meio da ação intersetorial e colaborativa, do desenvolvimento comunitário e da conscientização (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

A “Advocacia em saúde” permite atuação com e em nome de indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde e bem-estar. Trata-se de um processo de reivindicação de direitos, visando a sensibilização de atores-chave e da opinião pública para influir na definição ou na implementação de uma política pública favorável à promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Frequentemente, a advocacia em saúde encontra-se associada a princípios e estratégias da promoção da saúde, como intersetorialidade, gestão da clínica, integração dos sistemas de saúde, controle social e participação popular (ANDRADE; et al., 2011). Alguns autores acreditam que o desenvolvimento dessa competência, na formação profissional, deveria ter a participação colaborativa de instituições de ensino, associações profissionais, promotores e educadores em saúde, formuladores de políticas, dentre outros (RADIUS; GALER-UNTI; TAPPE, 2009). No cenário internacional, esse domínio tem sido apreciado entre os conjuntos de Competências para a Promoção da Saúde (CPS) (AHPA, 2009; HYNDMAN, 2007, 2009; MELVILLE, 2006; NEW ZEALAND, 2004).

O domínio “Parcerias” prevê o trabalho interdisciplinar e intersetorial de forma colaborativa para melhorar o impacto e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde. “Comunicação” é outro domínio imprescindível às práticas de promoção da saúde e envolve técnicas e tecnologias adequadas aos diversos públicos e contexto. Por sua vez, o domínio “Liderança” permite contribuir para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e para a orientação estratégica para a promoção da saúde (BARRY et al., 2012).

O domínio “Diagnóstico” se propõe a realizar a avaliação das necessidades e recursos, em parceria com as partes interessadas, considerando o contexto político, econômico, social, cultural, ambiental e determinantes biológicos que promovem a saúde. O “Planejamento” visa desenvolver metas e objetivos mensuráveis de promoção da saúde com base na avaliação das necessidades e recursos disponíveis, em parceria com as partes interessadas. O domínio “Implementação” favorece a prática, em parceria com as partes interessadas, de ações de saúde eficazes e eficientes, éticas e culturalmente sensíveis (BARRY et al., 2012).

Para determinar o alcance, o impacto e a eficácia das ações de promoção da saúde faz-se necessário proceder à “Avaliação”, por meio de métodos adequados de pesquisa (BARRY et al., 2012).

As competências em promoção da saúde exigem conhecimentos multidisciplinares dos principais conceitos e princípios da promoção da saúde e sua aplicação na prática. Assim, um profissional que atua na promoção da saúde deve ser capaz de demonstrar conhecimento de ética, direitos humanos, determinantes da saúde e suas implicações, diversidade cultural, gestão, evidências e métodos de pesquisa, tecnologia da informação e comunicação, dentre outros (BARRY et al., 2012).

Ressalta-se que as competências essenciais não são exclusivas de uma ou outra categoria profissional, podendo ser utilizadas nas mais diversas áreas de atuação, incluindo a educação em saúde, saúde pública, agentes comunitários, professores ou outros setores envolvidos na promoção da saúde ou na criação de ambientes saudáveis (BARRY et al., 2012).

Acredita-se que o processo de formação profissional deve ser capaz de preparar o profissional de saúde, independente da sua categoria profissional, para atuar na promoção da saúde, permitindo-lhe que desenvolva minimamente a capacidade para mobilizar as competências essenciais nesse campo (BARRY et al., 2012; FRAGELLI; SHIMIZU, 2012). As demais competências, conhecimentos, valores e habilidades para mudar as práticas e as políticas vigentes virão do processo de educação permanente.

2.4 Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem

Na atualidade temos vivenciado a expansão intencional e, aparentemente descontrolada, do conhecimento. Essa expansão se deve ao avanço das inovações tecnológicas, da mídia, da globalização econômica e das novas formas de conhecimento no cotidiano das pessoas. Isso tem proporcionado uma série de implicações sobre a cultura, o lazer, a educação e o trabalho, dentre outros (MORIN, 2009), revolucionando o dia-a-dia, transformando os relacionamentos e as formas de comunicação dos habitantes desse complexo mundo em que vivemos. Por outro lado, conduz-nos a uma série de problemas relacionados ao destino da humanidade (VILELA; MENDES, 2003).

As mudanças ocorridas em escala mundial nas últimas décadas geraram uma sociedade globalizada e globalizante, complexa e inovadora e uma nova concepção do tempo e do espaço relacional, em que é possível tratar qualquer tema sem olhar o todo. A hiperespecialização, comum nos tempos atuais, reduz a percepção do global, visto que os temas são fragmentados, além de suavizar no ser humano o senso de solidariedade, de responsabilidade e de cidadania (KELLER-FRANCO; KUNTZE; COSTA, 2012; MORIN, 2009; SÁ-CHAVES, 2005; SANTOMÉ, 1998; VILELA; MENDES, 2003).

O pensamento reducionista, condicionado hegemonicamente pelo paradigma cartesiano, vem sendo determinado culturalmente nos seres humanos, fazendo com que adotem posições de comando inconsciente do seu modo de pensar, de

conhecer e agir (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012; VILELA; MENDES, 2003). Apesar, ou devido à evolução científica e tecnológica, o que podemos observar, na atualidade, é um mundo marcado pelo racionalismo técnico (ALARCÃO, 1996a; KELLER-FRANCO; KUNTZE; COSTA, 2012).

A busca por romper com os limites impostos pelo racionalismo e pela fragmentação do conhecimento tem levado a uma série de consequências tecnológicas, educacionais e filosóficas. Na educação e no ensino, por exemplo, essa busca tem estimulado a criação de propostas pedagógicas atuais, com incorporação de novas tecnologias e metodologias ativas de ensino (COSTA et al., 2011; MARIN et al., 2010; MITRE et al., 2008).

Para alguns autores, a integração de novas tecnologias só terá resultados positivos e significativos, no âmbito educacional, se estiver integrado a um contexto de mudança do processo de ensino-aprendizagem que esteja ancorado em abordagens educativas consistentes (DEMO, 2000; MORIN, 2009). Ressalta-se que pessoas complexas, de uma sociedade igualmente complexa, só se tornarão cidadãos plenos mediante uma postura educacional que permita compreender o contexto e atuar verdadeiramente como agentes transformadores da sociedade.

O mundo carece de uma “reforma de pensamento” e, conseqüentemente, da educação, do ensino e das instituições, incluindo a formação acadêmica nas universidades (MORIN, 2009).

Salienta-se, ainda, a necessidade de formar pessoas e profissionais críticos e reflexivos, com uma visão caleidoscópica do mundo (SÁ-CHAVES, 2005). Nesse sentido, a prática reflexiva (*reflective practicum*) e o aprender a “fazer fazendo reflexivamente”, largamente estudada e defendida na teorização de Donald Schön, são temas em destaque no nosso tempo.

A reflexividade pode ser vista como um método específico, cujo objetivo é permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática laborativa. É possível definir esse método como a “arte de crescimento

intrínseco”, por meio de uma reflexão, com o propósito de achar uma solução (SCHÖN, 1983, 1987, 1994, 2000).

O pedagogo norte-americano Donald Alan Schön (1930-1997) foi um pensador influente no desenvolvimento da teoria e da prática da aprendizagem profissional reflexiva na década de 80 do século XX (ALARCÃO, 2000). Por anos, ele estudou sobre a reflexão na educação, com forte influência dos contributos do filósofo americano John Dewey (1859-1952) (FISHER, 2014; LALANDA; ABRANTES, 1996). Sua contribuição encontra força nesse constructo pela sua congruência ao pensamento complexo e sua aplicabilidade ao currículo diferenciado, visto que a reflexividade permite, tanto quanto possível, a inteligibilidade da variedade dos temas trabalhados simultaneamente na vida ou na prática profissional, convergindo as ciências, a técnica e a arte para a complexidade da condição humana, levando à autonomia e à tomada de consciência da coletividade (MORIN, 2009; SÁ-CHAVES, 2005; SCHÖN, 2000).

O autor propõe uma formação profissional que interaja com a teoria e a prática, pautada em um ensino reflexivo, baseado no processo de reflexão-na-ação, ou seja, um ensino cujo aprender seja privilegiado por meio do fazer e cuja capacidade de refletir seja estimulada por meio da interação professor-estudante, nas diferentes situações práticas (SCHÖN, 1987, 2000; VILELA; MENDES, 2003).

Donald Schön salienta que uma pessoa especializada em excesso pode tornar-se pobre de espírito (SCHÖN, 1983). Complementar a essa questão, Morin e Perrenoud dizem que “mais vale uma cabeça bem-feita do que uma cabeça bem-cheia”, enquanto Eliot questiona “onde foi parar a sabedoria que perdemos no conhecimento?” (MORIN, 2009; PERRENOUD, 1999, 2008).

Com base nesses posicionamentos, é possível perceber que o excesso de informação e a prática rotineira e repetitiva dos profissionais impede o profissional de refletir criticamente sobre sua atuação, fazendo com que perca importantes oportunidades de aprendizagem (FISHER, 2014). Essa rotina, por vezes massacrante, favorece a prática seletiva e desatenta aos fenômenos incompatíveis com o conhecimento durante uma ação e, por consequência, gera aborrecimento, desgaste, rigidez e pobreza de espírito nas relações. Para Schön,

se isso ocorre é porque o praticante “aprendeu demais o que sabe”, ou seja, tornou-se um superespecialista que não se interessa mais pelo todo, mas unicamente pela parte que lhe está sob domínio (ALARCÃO, 1996a; SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012; SCHÖN, 1983).

O culto à racionalidade técnica, ao currículo normativo, à aplicação da teoria e da técnica, derivadas do conhecimento sistemático, preferencialmente científico, à epistemologia da prática, além da separação entre ensino, pesquisa e a prática, ainda predominante nas universidades, não deixam espaço para a ação reflexiva e ameaçam a competência profissional (SCHÖN, 2000).

As universidades, como entidades formadoras, devem comportar-se como instituições regeneradoras e enriquecedoras do patrimônio cultural. A universidade conservadora, mas não cristalizada, deve ser capaz de preparar um futuro salvando um passado. As suas disciplinas e especialidades predeterminadas e artificialmente delimitadas precisam de uma visão ampla, com enfoque dos problemas em profundidade, rumo a novos progressos, que transgridam as fronteiras históricas das disciplinas (MORIN, 2007b; SCHÖN, 1983).

A reforma de pensamento exige a reforma da universidade, cujo enfoque deve recair sobre a união trans e multidisciplinar em torno de um núcleo temático organizador sistêmico que forma para a vida. Trata-se de uma reforma paradigmática, não pragmática, do contexto e do complexo relacional. Essa compreensão parte do entendimento de que o conhecimento do todo depende do conhecimento das suas partes e vice-versa, de que os fenômenos devem ser vistos na sua totalidade e não de forma isolada, de que deve-se reconhecer a dialogicidade das realidades e respeitar a diferença como unicidade (MORIN, 2007b, 2009; SCHÖN, 1983, 2000).

Para formar profissionais reflexivos não é necessário sobrecarregá-los com contingentes informativos específicos das diversas áreas (PERRENOUD, 1999, 2008). É preciso liberdade para aprender por meio do fazer, em um ambiente relativamente controlado, em um processo dinâmico, “[...] mesmo reconhecendo que os fatos, os procedimentos e as teorias são estáticos” (SCHÖN, 2000, p. 31),

e que o saber é um elemento em movimento, mudando os fenômenos à medida que experimenta.

Para além do conhecimento na ação (*know-how*), com suas raízes no contexto social institucionalmente estruturado, que favorece o refletir na ação, é preciso refletir sobre a ação e, posteriormente, refletir sobre a reflexão na ação para ajudar no planejamento e na determinação de ações vindouras, para compreender futuros problemas e apontar novos raciocínios e novas soluções (ALARCÃO, 1996a; SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012; SCHÖN, 1987, 2000). Para tanto, deve-se considerar que, em situações incertas, o profissional necessitará mobilizar competências genéricas, adquiridas ao longo do seu processo de aprendizagem, reconhecendo a situação como única, mas sendo capaz de aplicar a experiência adquirida em outras vivências, não necessariamente idênticas, mas similares, ajustando e adequando a situações isoladas (SCHÖN, 2000).

No contexto do fazer profissional, está uma visão construcionista da realidade com a qual ele lida – “[...] uma visão que nos leva a vê-lo construindo situações de sua prática, não apenas no exercício profissional, mas também em todos os outros modos de competência profissional” (SCHÖN, 2000, p. 39).

Com base no comportamento humano analisado por Schön, temos aportes de conhecimento no pensamento que determinam as concepções que se maturam com o percurso da vida. Esse conhecimento contém resíduos de informações implantadas ao longo da vida (SÁ-CHAVES, 1997, 2005) pelo núcleo social, cultural, político, religioso, comunitário, dentro de um contexto vivencial complexo, que se confronta com os dados científicos, gerando conflito e podendo comprometer a realidade, tal como deveria ser evidenciada. Dessa forma,

quando os profissionais respondem a zonas indeterminadas da prática, sustentando uma conversação reflexiva com os materiais de suas situações, eles refazem parte de seu mundo prático e revelam, assim, os processos normalmente tácitos de construção de uma visão de mundo em que baseiam toda a sua prática (SCHÖN, 2000, p. 39).

Por meio desse processo reflexivo, o profissional pode aprender a reconhecer e aplicar regras e competências, raciocinar a partir do seu repertório de experiências, construir novas formas de compreensão e ação, mudar sua prática, reforçar sua autoconfiança e desenvolver sua autoestima, em um processo evolutivo contínuo. Reforça-se, assim, a colocação de Schön (2000, p. 97) quando afirma que “quando a experimentação gera novos problemas, enigmas e confusões, esses também podem tornar-se material para a reflexão recíproca”.

É preciso garantir ao profissional o saber-fazer sólido, teórico e prático, perspicaz e criativo. Acredita-se que, pelo componente reflexivo dialogante sobre o observado e o vivido, por meio de situações práticas reais, é possível capacitar o profissional a enfrentar e tomar decisões apropriadas diante de situações instáveis e complexas, sempre novas, diferentes, ambíguas e confusas que se apresentam ao longo da vida (ALARCÃO, 1996a; SCHÖN, 1987, 2000). Essa aprendizagem, ativada pela experiência, deve ser reforçada nos processos de formação acadêmica e esse diálogo com a incerteza que gera conhecimento também é característico do pensamento complexo (MORIN, 2000, 2009; SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Não é sem motivo que, principalmente a partir da década de 80, a teoria da prática reflexiva de Donald Schön adquiriu popularidade como abordagem para o desenvolvimento profissional para a Enfermagem e outros profissionais de Saúde e de Assistência Social. A sua crítica aos currículos normativos atuais e à racionalidade técnica é uma tentativa de superar o pensamento dualista, no que se refere ao conhecimento profissional, e de valorizar a epistemologia da prática nos processos de desenvolvimento de competências profissionais (ALARCÃO, 1996a; KINSELLA, 2007, 2010; SCHÖN, 1983).

Nos tempos atuais, o processo de formação profissional deve ser mediado por uma nova matriz curricular capaz de escapar ao caráter formativo que lhe é peculiar, construído histórica e socialmente ao longo dos tempos (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

É preciso deixar de lado a lógica da dicotomia teoria-prática, a hierarquização dos conhecimentos, a construção do saber partindo da ciência de base para a

aplicada e finalizando com o estágio (KELLER-FRANCO; KUNTZE; COSTA, 2012). Deve-se partir para o conhecimento “[...] básico, teórico, proposicional, declarativo” (ALARCÃO, 1996a, p. 25), na seleção de técnicas apropriadas ao que se propõe aprender, com ênfase na construção teórica interdisciplinar das competências a partir da integração ação-reflexão na prática, na relação de diálogo e reflexão recíproco e construtivo entre professor e estudante, em uma abordagem “[...] formativa, construtiva, flexível, pessoal” (ALARCÃO, 1996a, p. 28, 1996b, p. 25).

Na formação em Saúde e Enfermagem, os conceitos de reflexividade e integração apresentam-se como alternativa para a formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e com a sua transformação (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012; VILELA; MENDES, 2003) capazes de atuar efetivamente no novo modelo de atenção à saúde proposto.

Nesse estudo propõe-se uma discussão tendo como aportes a prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. Abordados de forma imbricada, essas duas categorias analíticas podem dar subsídios e sustentação teórica para avanços no processo do ensino de Enfermagem.

3. MÉTODO

3.1 Opção metodológica

Trata-se de estudo de caso de abordagem qualitativa. Constata-se que o estudo de caso se constitui em metodologia de pesquisa consolidada que pode identificar aspectos gerais e possibilita evolução na construção de novos saberes. Trata-se de estratégia de pesquisa relevante no processo educativo, frequentemente utilizada para realçar características e atributos da vida social, já que permite a descrição e o aprofundamento sobre uma dada realidade social delimitada no tempo e no espaço. Pode ser definido como “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos” (GIL, 2010, p. 37).

Com o estudo de caso é possível conhecer a particularidade e a complexidade de um caso singular, gerando um conhecimento mais concreto e contextualizado, voltado para a interpretação do pesquisador e baseado em populações de referência determinadas pelo pesquisador. Assim, o estudo de caso atende a quatro características essenciais: particularidade (focaliza uma situação), descrição (detalhamento da situação investigada), heurística (compreende a situação) e indução (se baseia na lógica indutiva) (ANDRÉ, 2005).

O presente estudo de caso está ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética marxista (KONDER, 2004; MARX, 1983; MINAYO, 2013, 2015). Os princípios nos quais se funda o marxismo dialético - a totalidade, a historicidade e o caráter de abrangência da existência humana - constituem o método dinâmico de abordagem do real (MARX, 1983), da conexão recíproca dos acontecimentos, da inter-relação da tese com a antítese, “da abstratividade à concreticidade, [...] da parte para o todo e do todo para a parte; [...] da totalidade para a contradição e da contradição para a totalidade” (KOSIK, 1976, p. 30).

A dialética, como postura, concepção de mundo, *práxis* e método de investigação e análise, permite apreender profundamente a prática social dos

indivíduos em seu movimento essencialmente contraditório e em permanente transformação (KONDER, 2004; MARX, 1983). Considera a realidade vivida e condicionada à historicidade, possibilitando a existência simultânea “[...] de interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem” (MINAYO, 2015, p. 101).

O método dialético, cujo foco é a contraposição e a contradição de ideias para originar novas ideias, consiste na explicação e na interpretação de um pensamento e busca a compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos, tendo como pressuposto que o ser humano, como ser histórico, é finito e se complementa na comunicação (MINAYO, 2013).

A compreensão dialética se apoia na gênese da consciência histórica, ou seja, na capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo como unidade temporal o presente, no qual se marca o encontro entre o passado e o futuro (MINAYO, 2015), considerando os campos econômico, social, político, cultural e educacional. A pesquisa dialética também analisa os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação (MINAYO, 2013).

A dialética busca compreender, ao mesmo tempo, os consensos e as contradições do fenômeno estudado, que poderão ser explorados para a mudança, a unidade entre análise e síntese, as causalidades múltiplas, as interdependências e as relações entre quantidade e qualidade acerca das leis fundamentais que estruturam o fenômeno de cuja investigação se ocupa (MARX, 1983).

Nesse caminho, e com a utilização dessa abordagem, é possível compreender:

- a consciência e as atitudes fundamentais dos sujeitos e dos grupos em análise, em face dos valores da comunidade e do universo;
- as transformações dos sujeitos da ação dialética ser humano-natureza-sociedade, em uma busca da síntese entre passado, presente e projeção para o futuro;

- as ações humanas de todos os tipos e de diferentes lugares e dos acontecimentos inevitáveis ligados a elas, sejam quais forem as intenções dos atores sociais e os significados que atribuam aos eventos e a seu próprio comportamento;
- as estruturas que condicionam os seres humanos em seu processo individual ou coletivo como construções humanas objetivadas.

A dialética considera a ação como categoria epistemológica fundamental e representa um caminho teórico que aponta para a dinâmica do real na sociedade, contextualizando o processo histórico com seu movimento, provisoriedade e transformação, buscando apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos e classes sociais), além de realizar a crítica das ideologias, isto é, do embricamento do sujeito e do objeto, ambos históricos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo (MINAYO, 2013, p. 65).

O processo cognitivo da dialética é centralizado na relação dinâmica sujeito-objeto e na concreticidade. Compreende-se, assim, que as atividades do homem, frente à realidade e a si próprio, determinam suas ações como indivíduo e são frutos de um conflito de princípios, convicções e conceitos nos quais se baseiam as visões de mundo. Essas visões resultam em ações conscientes, capazes de transformar a realidade social e permitem, ao mesmo tempo, que o homem se transforme. Também de forma dialética, o homem, como ser social e histórico, é determinado por contextos diversos, ao mesmo tempo em que é o criador da realidade social, dotado da capacidade de transformar esses contextos ao seu entorno, atuando como reproduzidor da ideologia dominante ou como agente transformador da realidade social.

Entende-se, assim, que o objeto do estudo não é único, sendo construído a partir de múltiplos olhares, interpretações e reinterpretções. A dinamicidade da realidade e sua complexidade não permitem explicações únicas e só permitem que os achados sejam apresentados na sua transitoriedade, dando conta da contradição, da mediação, da ideologia, da *práxis*, da totalidade, do específico, do singular e do particular.

A opção por esse referencial revela uma crença no processo de movimento que existe permanentemente na sociedade, bem como na construção histórica e na capacidade de transformação e superação das contradições por meio da *práxis* (MARX, 1983). A partir da apropriação, organização e exposição dos fatos do fenômeno em estudo, procede-se à construção teórica, de forma mais completa possível, do conhecimento da realidade histórica, visto como “[...] um processo de apropriação teórica - isto é, de crítica, interpretação e avaliação dos fatos - processo em que a atividade do homem, do cientista é condição necessária ao conhecimento objetivo dos fatos” (KOSIK, 1976, p. 45).

3.2 Percurso metodológico

3.2.1 Cenários, sujeitos e procedimentos para a coleta dos dados

Para a coleta de dados, foi incluído, intencionalmente, um dos cursos de graduação em enfermagem que adota uma proposta curricular diferenciada para a constituição de estudo de caso sobre o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde, possibilitando investigar as diferenças quanto ao contexto do curso, relação com os serviços e com a prática profissional.

A justificativa para a escolha da Instituição de Ensino Superior (IES), cenário do estudo, considera o preconizado na literatura: o currículo diferenciado como modalidade pedagógica representa um mecanismo favorável para a formação profissional crítica e reflexiva. Assim, pressupõe-se que possa ser um dispositivo também favorável para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde já que busca a integração e a abordagem global, complexa e integrativa do conhecimento.

A IES de escolha abriga, há seis anos, o Curso de Graduação em Enfermagem, que busca o desenvolvimento e a construção de habilidades e competências inerentes à formação crítica e reflexiva, contextualizada às políticas públicas vigentes, indispensáveis ao pleno exercício da profissão e da cidadania (GUIMARÃES et al., 2009). O curso formou seis turmas até 2014, com entradas a

partir de 2008, sendo o processo seletivo para preenchimento de 50 vagas, em 2008, e de 40 vagas a partir de 2009 realizado uma vez por ano.

A proposta do curso preconiza a formação com uso de metodologia ativa, pautada nas sucessivas aproximações do sujeito com o saber e com a prática de enfermagem e saúde, consoante com a literatura da área (COSTA et al., 2011; MARIN et al., 2010; MITRE et al., 2008).

A matriz curricular é organizada de forma helicoidal em nove períodos e 4081 horas, sendo as disciplinas, denominadas unidades curriculares, integralizadas em regime seriado semestral, em turnos diurnos integrais, em 18 semanas por semestre, de segunda a sábado, para o bacharel. A estrutura modular do curso prevê seis unidades curriculares que acontecem de forma progressiva até o sétimo período e finaliza com dois períodos de estágio supervisionado e elaboração do trabalho de conclusão de curso. A distribuição das atividades obrigatórias ao longo do curso pode ser visualizada na Figura 2.

Figura 2 - Estrutura do curso de enfermagem

Semestre	UNIDADES CURRICULARES					
1	Urg/Em I	PCE I	BBPE I	BPPE I	PIESC I	MC I
2	Urg/Em II	PCE II	BBPE II	BPPE II	PIESC II	MC II
3	Urg/Em III	PCE III	BBPE III	BPPE III	PIESC III	MCIII
4	Urg/Em IV	PCE IV	BBPE IV	BPPE IV	PIESC IV	
5	Urg/Em V	PCE V	BBPE V	BPPE V	PIESC V	PIC I
6	Urg/Em VI	PCE VI	BBPE VI	BPPE VI	PIESC VI	PIC II
7	Urg/Em VII	PCE VII	BBPE VII	BPPE VII	PIESC VII	PIC III
8	ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO					TCC I
9	ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO					TCC II

Fonte: Adaptado do PPC (GUIMARÃES et al., 2009).

Urg/Em	Teoria e prática em Urgência e Emergência
PCE	Processo de Cuidar em Enfermagem
BBPE	Bases Biológicas da Prática em Enfermagem
BPPE	Bases Psicossociais da Prática em Enfermagem
MC	Metodologia Científica/ Bioestatística
PIC	Prática de Investigação Científica
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
PIESC	Prática de Integração Ensino, Serviço e Comunidade - Inclui AS e AT a partir do 4º período
ECS	Estágio Curricular Supervisionado

Ressalta-se que na instituição cenário do estudo, por meio de um projeto pedagógico consonante com as Diretrizes Curriculares Nacionais atuais, estimula-se o estudante a atuar como sujeito do processo de aprendizagem. Para isso, ele tem a oportunidade de cursar diversas áreas temáticas relevantes à sua formação de forma articulada, relacionadas, por exemplo, às dimensões do biológico (bases

biológicas), sociais e psicológicas (bases psicossociais do ser humano), à prática do cuidado em enfermagem, além de atividades acadêmicas complementares e/ou continuidade das práticas profissionalizantes. Para cada atividade integrada teórica disponibiliza-se uma aula prática, exceto na unidade de bases psicossociais da prática de enfermagem que é oferecida de forma essencialmente teórica.

Desde o primeiro período do curso, inicia-se a aproximação do estudante com o contexto prático da saúde, por meio da integração ensino-serviço-comunidade. Nos dois períodos finais do curso, o estudante desenvolve o estágio curricular supervisionado em instituições de saúde conveniadas à IES, na atenção primária e terciária do município e da região. Para as atividades práticas, preconiza-se a presença de um professor facilitador para cada dez estudantes na atenção primária e estágio supervisionado e um professor para cada sete estudantes na prática na atenção hospitalar, preceptorada por enfermeiro ou outro profissional do serviço de saúde cenário das práticas.

Constituem cenários de prática no contexto do estudo os laboratórios de simulação, as unidades básicas de saúde, as ESFs, os Centros de Educação Infantil, o Hospital Regional, o Serviço de Pronto Atendimento local, as instituições de longa permanência, as instituições de saúde mental, as praças, as igrejas, as academias da saúde e os espaços ocupados pelos grupos de apoio comunitários, além das escolas estaduais e municipais locais. Para os estágios supervisionados são utilizadas unidades hospitalares e de atenção primária de municípios da macrorregião. De modo complementar, são visitadas instituições de referência do Estado.

A IES tem como fundamento o compromisso com a formação de profissionais com uma nova compreensão do processo saúde-doença, capazes de atuar na concepção ampliada de saúde como agentes de transformação social e das práticas em saúde para consolidação do SUS. Trata-se, portanto, de um projeto socioeducacional capaz de trazer profundas mudanças na vida da população, pautado em uma nova lógica com ênfase na produção social da saúde. Portanto, faz-se necessário o diálogo da Enfermagem com a Promoção da Saúde para a

aquisição de conhecimento teórico-operacional e para a descoberta de interfaces entre essas áreas (GUIMARÃES et al., 2009).

O percurso metodológico do estudo foi organizado em duas fases: etapa exploratória e análise em profundidade com egressos e docentes. A coleta e a análise de dados de cada fase aconteceram de forma independente. Ao término da análise preliminar, os dados das duas fases foram confrontados para aprofundamento do processo analítico.

Para pontuar as competências para a promoção da saúde, facilitar a consolidação do amplo volume de material empírico e o gerenciamento de todos os dados a serem analisados, foi utilizado o *software* webQDA, versão 2013¹, de apoio à análise de dados qualitativos em um ambiente colaborativo (SOUZA; COSTA; MOREIRA, 2010). O *software* foi utilizado na análise de todos os dados a partir da consolidação do *corpus*, de modo a facilitar a criação das categorias de análise e a interpretação dos dados empíricos.

Fase 1 – Análise exploratória: nessa fase foi realizado o levantamento das competências para a promoção da saúde na formação acadêmica do enfermeiro a partir do Projeto Pedagógico do curso (PPC), tomando-se como eixos os domínios ou atributos de competências para a promoção da saúde definidos em padrões internacionais, como o Consenso de Galway e o CompHP (ALLEGGRANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009, 2012; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; MCQUEEN, 2009; SPELLER et al., 2012).

Para essa fase, os onze domínios de competências para a promoção da saúde dos Consensos de Galway e CompHP foram confrontados com as competências referidas no projeto pedagógico para verificar quais atributos, domínios, valores e princípios definidos nos padrões internacionais estavam presentes na proposta do curso ou no PPC.

¹ O webQDA é um *software* / serviço que foi desenvolvido, em parceria, entre a empresa *Esfera Crítica* e o *Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores* (CIDTFF) do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, Portugal, utilizado principalmente, mas não exclusivamente, como poderosa e sofisticada ferramenta na pesquisa qualitativa ou análise de dados qualitativos, pela interatividade entre os mais diversos tipos de material a ser analisado.

De forma complementar, para esclarecimentos de dúvidas ao longo do processo analítico, foram entrevistados informantes-chave, personagens que atuavam em cargos de destaque, que tiveram papel importante e ditaram as regras do texto formal no contexto de formulação do documento base desse estudo. As entrevistas aconteceram com autores do Projeto Pedagógico do Curso, representantes da administração e coordenação do curso da IES e docentes à época. A entrevista individual partiu da pergunta disparadora: “como foi a criação e o processo de implantação do curso de enfermagem dessa instituição?”

A abordagem dos informantes-chave procedeu-se mediante apresentação da pesquisa e convite para participação por meio de e-mail institucional. No caso de respostas positivas ao convite, foi realizado contato prévio para agendamento da entrevista individual, conforme disponibilidade dos participantes. Três autores do PPC aceitaram o convite. Apesar do interesse manifestado na pesquisa, os outros quatro autores declinaram o convite afirmando sobrecarga de trabalho ou afastamento para capacitação docente. Duas entrevistas ocorreram nas dependências da IES, em local reservado e com poucos ruídos e interrupções. A outra entrevista ocorreu por meio virtual, uma vez que o informante estava afastado da instituição na época da entrevista. As entrevistas aconteceram no mês de agosto de 2014, totalizando 41min e 20s de gravação.

Fase 2 – Análise em profundidade com egressos: nessa fase do trabalho de campo foram realizadas entrevistas com foco em competências com enfermeiros egressos do curso de Enfermagem, incluídos em uma amostra por conveniência. As entrevistas foram realizadas com o objetivo de identificar os atributos, os valores e os domínios das competências para a promoção da saúde e verificar quais as estratégias de ensino utilizadas para a abordagem dessas competências no processo de formação, apontando como e em que momento do curso foram trabalhadas cada uma das competências.

Foram considerados como população para esse estudo os 57 egressos que fizeram todas as disciplinas no referido curso, desconsiderando os que cursaram parte de sua formação em outra instituição.

Considerou-se como população os egressos que estiveram vinculados à IES no período de 2008 a 2012 (Turma 1) e 2009 a 2013 (Turma 2). A primeira turma, de 2008, apresentava um total de 51 estudantes e a segunda, de 2009, 52 estudantes matriculados. Dos 103 estudantes, seis (06) foram excluídos desse estudo, sendo dois indivíduos da primeira turma e quatro da segunda turma, já que a entrada na IES se deu por transferência externa. Também foram excluídos outros 40 indivíduos que se desvincularam do curso na IES por transferência externa (01), cancelamento de matrícula (02), mudança para outro curso na mesma IES - farmácia (01) e em Instituição particular - medicina (01), desistência (25) ou por retenção (10).

A Figura a seguir mostra o fluxo de entrada e de saída de estudantes no curso de Enfermagem da IES.

Figura 3 - Fluxo de entrada e saída de estudantes das turmas 1 e 2 no estudo

TURMA 1	Nº	Matriculados	TURMA 2	Nº	Matriculados
Entrada	50	51	Entrada	40	52
Excluído	02	-	Excluído	04	-
Saída	15	-	Saída	25	-
Graduado	-	34	Graduado	-	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Excluídos aqueles que não se adequavam aos critérios do estudo, tornaram-se aptos à entrevista com foco em competências 57 enfermeiros formados pela IES cenário do estudo.

A abordagem dos egressos procedeu-se mediante apresentação da pesquisa e convite para participação. Para garantir a participação de forma equânime, foi enviado o convite por e-mail ao mesmo tempo para todos os 57 egressos. Foram utilizados os endereços eletrônicos registrados no setor de registros acadêmicos da instituição de estudo. No caso de respostas positivas ao convite, foi realizado contato prévio para agendamento da entrevista individual, conforme disponibilidade dos participantes. Dez egressos aceitaram o convite. 17 egressos não responderam ao convite. Apesar do interesse manifestado na pesquisa, os demais declinaram o convite por estar trabalhando ou cursando mestrado/doutorado em outros municípios ou estados distantes do local do

estudo, o que inviabilizaria a disponibilidade de tempo para a entrevista com o pesquisador. As entrevistas ocorreram em locais reservados e com poucos ruídos e interrupções, no período de julho a outubro de 2014, totalizando 01h 27min 20s de gravação.

A entrevista com foco em competências, ou comportamental, é uma ferramenta da psicologia organizacional e tem sido utilizada no recrutamento e na seleção de recursos humanos. Diferente das tradicionais, a entrevista com foco em competências tem como premissa básica o conceito de que o comportamento passado prediz o futuro, envolvendo perguntas abertas específicas, com verbos de ação no passado, estruturada de maneira personalizada para um perfil de competências. O entrevistador procura, por meio dessa técnica de entrevista, coletar exemplos de situações vividas pelo entrevistado, procurando saber o que ele fez, sentiu e pensou e quais os resultados da ação em determinada situação.

Para a entrevista, o entrevistador seguiu um roteiro semi-estruturado com questões específicas, elaborado para essa finalidade. No planejamento da Entrevista por Competência, o entrevistador tem previamente um Perfil de Competências – no caso em estudo, as competências para a promoção da saúde elencadas nos Consensos Internacionais de Galway e CompHP (ALLEGIANTE et al., 2009; BARRY et al., 2012) - que serviram de subsídio na elaboração de perguntas específicas para investigar cada atributo da competência.

A entrevista partiu da pergunta norteadora: “descreva uma ação de promoção da saúde em que você tenha assumido a responsabilidade por realizá-la e indique como a graduação em enfermagem o preparou para essa ação”.

Essa questão serviu de eixo para abordar as situações vividas pelo entrevistado, procurando saber o que ele fez, sentiu e pensou e quais os resultados da ação de promoção da saúde em determinada situação.

Dos dez egressos entrevistados, oito encontram-se inseridos no mercado em um ou mais setores, atuando na atenção primária (n=4), em hospitais (n=4), em projetos de ensino e pesquisa (n=1) e em serviços de urgência e emergência (n=2), perfazendo uma média de sete meses de trabalho. Oito egressos estão

inseridos em programas de pós-graduação, nas modalidades residência e mestrado.

Fase 2 – Análise em profundidade com docentes: Para garantir a profundidade necessária ao estudo de caso, foram realizados dois grupos focais com professores da IES, permitindo discutir os aspectos relativos às estratégias de ensino utilizadas para a abordagem das competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro.

A opção pela utilização de grupos focais se deu pelo fato de que tal técnica permite o diálogo entre os sujeitos de forma não-diretiva, buscando a reflexão dos envolvidos e a coleta de informações. A obtenção de dados de natureza qualitativa se dá a partir de sessões grupais em que os participantes discutem vários aspectos de um tópico específico.

Como recurso metodológico em pesquisa qualitativa, o grupo focal obtém dados por meio de reuniões com grupos de pessoas que representam o objeto de estudo. A técnica, adequada aos propósitos do investigador e aos objetivos dessa pesquisa, erigiu na década de 1950 com os trabalhos do americano Robert King Merton. Foi redescoberta como técnica para uso na investigação científica no início dos anos 1980, e tem sido empregada internacionalmente em investigações nas diversas áreas da ciência (GATTI, 2012; GONDIN, 2002).

Para além de um processo de entrevista coletiva, o grupo focal favorece o processo interacional com características próprias ao grupo, que oferece oportunidade de trocas significativas entre os participantes. Além disso, permite ao grupo produzir posições mais aprofundadas e explicações mais contundentes e densas em relação ao tema abordado, quando comparada à entrevista individual cujo resultado apresenta uma opinião descritiva e particular dos participantes (GATTI, 2012).

O grupo focal permitiu a extrapolação do pensamento individual para uma visão coletiva da situação de estudo. Acredita-se que a energia gerada no grupo fomentou a diversidade de respostas originais, sendo essas mais interessantes,

profundas, criativas e inovadoras às questões do estudo que as coletadas nas entrevistas individuais.

A realização dos grupos focais permitiu a manifestação da fala livre dos envolvidos. Na organização do trabalho, contou-se com um moderador que assumiu a posição de facilitador do processo de discussão, evitando interferências e induções durante a elaboração e a expressão dos discursos dos sujeitos (GATTI, 2012; MORGAN O, 1997; SENA; DUARTE, 1999; WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). Os grupos focais contaram também com a participação do observador, cuja responsabilidade era a de registrar as comunicações durante a discussão.

Na utilização da técnica de grupo focal, para a visibilidade das interações grupais, não se busca um consenso ou discurso único. Em uma abordagem metacientífica compreensivista, o que se procurou foi a organização das opiniões, argumentos e pontos de vistas, concordantes ou conflitantes, críticos ou resignados. Além disso, a dinâmica do grupo revelou e permitiu inferir sobre as percepções, as atitudes e o tipo de relações existentes entre seus participantes, como orientado por Gondin (2002) e Gatti (2012).

Para constituição do grupo focal, visando garantir a representatividade e a heterogeneidade do corpo docente (SENA; DUARTE, 1999), foram convidados professores que atuaram no processo de formação acadêmica do enfermeiro ao longo dos anos de 2008 a 2013, de todos os grupos de atuação docente, considerando as áreas básicas e as específicas do curso.

Acredita-se que o tema proposto é transversal e pode ser discutido por todos os participantes, mesmo em um grupo heterogêneo. Pensa-se que é justamente na diferença que se pode criar um diálogo mais abrangente e interdisciplinar, intercambiar ideias e encontrar novas respostas (SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011). Dessa forma, acreditou-se ser possível provocar a polêmica necessária para alcançar os objetivos de explorar em profundidade a perspectiva do grupo sobre o tema, obtendo informações sobre um contexto específico.

Participaram das discussões nos encontros 15 dos 45 docentes da instituição cenário do estudo, sendo 11 mulheres e 04 homens, representantes de todos os períodos, que ministraram aulas em todas as unidades curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem. Os docentes foram distribuídos estrategicamente nos dois grupos focais, de forma a manter a heterogeneidade do grupo, mantendo a proporção por sexo, idade e tempo de serviço na IES. O tempo médio de trabalho dos docentes participantes, na instituição, era de 3,7 anos.

Os grupos focais aconteceram nas dependências da IES, no mês de outubro de 2014, em local reservado e com poucos ruídos e interrupções, totalizando 04h 07min 19s de discussão.

Cada grupo focal teve início com a apresentação do pesquisador e do objeto do estudo. Em seguida, para embasar a discussão, foi disponibilizado para os participantes do grupo um resumo dos domínios de competências para a promoção da saúde acordados no CompHP (BARRY et al., 2012; DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011). Após a leitura pelos participantes, iniciou-se a apresentação de cada um deles, passando para a discussão, de acordo com os passos do roteiro previamente elaborado para a condução da atividade. A discussão teve como questões norteadoras: “você já vivenciaram alguma situação que permita o desenvolvimento de alguma competência para a promoção da saúde na formação do enfermeiro? Conte-nos suas experiências. Pensando nas diferentes competências para a promoção da saúde, de que maneira o currículo interfere no desenvolvimento dessas competências? Quais as estratégias utilizadas para a abordagem das competências para a promoção da saúde na formação acadêmica do enfermeiro? Para que possamos encerrar nossa discussão, alguém tem algo mais a nos dizer a respeito dos temas abordados?” Essas questões eram somadas a *probes* para dar seguimento e fomentar a discussão de cada tópico.

Falas simultâneas, com contribuições de dois ou mais participantes no mesmo tópico, foram destacadas no texto. Durante os grupos focais também foram registrados dados pelos três observadores presentes em cada encontro. Essas observações serviram de apoio para a análise do material obtido das transcrições dos grupos focais, por permitir caracterizar melhor as ênfases dadas a

determinados tópicos e falas de participantes, bem como algumas posturas durante o encontro.

Todas as entrevistas e as discussões dos grupos foram gravadas em áudio para posterior transcrição e análise com a permissão dos participantes, após os devidos esclarecimentos sobre os propósitos do estudo.

3.2.2 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados acompanhando a forma em que foram construídos pela técnica de coleta (documentos, entrevistas e grupos focais). O discurso falado e gravado das entrevistas individuais e dos grupos foi submetido à transcrição. Para representar as características das falas dos participantes e seus diversos graus de detalhe, as transcrições foram realizadas pela pesquisadora, mantendo elementos de registro oral como entonação, ênfase, pausa, alterações na altura e no ritmo da fala. Para tanto, considerou-se a convenção de transcrição sugerida por Kock (2010), e os modelos de transcrições e orientações descritos por Fairclough (2008) e Magalhães (2004), no que diz respeito às direções referentes aos recursos para a análise de discurso.

Todas as falas e registros das observações foram transcritas para um relato único (*corpus*), que foi submetido a uma análise sistemática buscando desvendar significados, tendências e conexões, confrontando os resultados com os pressupostos da pesquisa, na busca de consensos, dissensos, rupturas, descontinuidades e silêncios, ponderando o enfoque teórico privilegiado pelos pesquisadores, considerando a perspectiva interacionista e evitando os reducionismos psicológico (ênfase nas individualidades) e sociológico (ênfase na subjetivação do indivíduo ao grupo) (GATTI, 2012).

Para avaliar a qualidade dos dados, após o primeiro grupo focal e após cada entrevista, procedeu-se à leitura criteriosa das transcrições para verificar se os dados constantes no material eram suficientes para análise. O trabalho de campo só foi esgotado quando delineado o quadro empírico da investigação (SALDAÑA, 2013).

Confirmada a qualidade dos dados, procedeu-se a análise dos materiais empíricos oriundos das entrevistas, grupos focais e documentos, orientada pela perspectiva crítica em aproximação com a abordagem teórica e com as diretrizes para o estudo de discurso propostos por Fairclough. Nessa abordagem, articulando a linguística e a ciência social crítica, procedeu-se à análise dos eventos discursivos, vistos como partes de uma prática discursiva, considerando as dimensões tridimensionais texto, a prática discursiva e a prática social no contexto sócio-histórico e das transformações sociais (FAIRCLOUGH, 2008; MAGALHÃES, 2004).

Para extrair o máximo dos dados, primeiramente, partindo de uma análise horizontal dos documentos e das narrativas contidas na transcrição das entrevistas individuais e em grupos, procedeu-se à identificação das regularidades e das vivências singulares, por meio dos sentidos subjacentes às ideias descritas nas falas (SALDAÑA, 2013).

A seguir, com uma análise vertical no conjunto do material obtido, buscou-se identificar no material colhido os temas comuns que, relacionados entre si, permitiram a categorização empírica (SALDAÑA, 2013).

Finalmente, em uma síntese interpretativa, com uma análise cruzada, foram discutidos os pontos de vista e as expressões singulares dos participantes confrontando-os, em um movimento dialético, com a interpretação crítica dos autores frente às categorias analíticas (FAIRCLOUGH, 2008; GOMES et al., 2005; SALDAÑA, 2013). No caso do grupo focal, o foco das análises foram as opiniões surgidas considerando o jogo de influências mútuas que emergiram no contexto do grupo (GATTI, 2012; GONDIN, 2002).

A análise dos dados teve como referência a Análise Crítica de Discurso (ACD), na perspectiva expressa por Fairclough (FAIRCLOUGH, 1995, 2003, 2008), para apreender a prática social dos indivíduos pela linguagem utilizada nos discursos, considerando a realidade vivida e condicionados à historicidade.

A Análise Crítica de Discurso, método analítico do discurso em profundidade, foi desenvolvido pelo inglês Norman Fairclough no final da década de 1980, na

Universidade de Lancaster. É uma abordagem que se baseia na teoria social e considera o discurso como prática social reflexa ao meio em que é produzida, sujeita às influências sociais, políticas, históricas, culturais e econômicas (FAIRCLOUGH; MULDERRIG; WODAK, 2011; FAIRCLOUGH, 1995, 2003, 2008; RESENDE; RAMALHO, 2004; RESENDE, 2006).

Com base na ACD, como um método que permite investigar as mudanças sociais propostas para esse estudo, foi possível avaliar as funções ideacional (experiências, realidade), interpessoal (relações, interação social) e textual (aspectos semânticos, gramaticais, estruturais) presentes na linguagem dos discursos, identificar os problemas, considerando a ordem social, refletir criticamente, ampliando o cabedal explicativo diante do problema em pauta e identificar maneiras de superar os obstáculos (FISHER, 2014; LALANDA; ABRANTES, 1996).

Por refletir o local de sua produção, por meio da ACD é possível compreender o contexto social do objeto estudado e todas as vertentes que possam acompanhá-lo, bem como as ideologias utilizadas pelos grupos de domínio e as estratégias discursivas utilizadas para a manutenção das mesmas (FAIRCLOUGH; MULDERRIG; WODAK, 2011; FAIRCLOUGH, 2008; RESENDE; RAMALHO, 2004; RESENDE, 2006).

Fairclough (2008) salienta que não existe um procedimento padrão para a análise de discurso. Para esse estudo, os pesquisadores optaram por construir um *corpus* de discurso que permitisse compreender o fenômeno, considerando a natureza específica do tema em estudo, considerando suas visões de mundo. Dessa forma, os dados coletados no discurso falado de cada entrevista foram transcritos e organizados considerando os três eixos de análise.

Os dados foram apresentados considerando a concepção tridimensional do discurso, conforme Figura a seguir.

Figura 4 - Concepção tridimensional do discurso, adaptado por Fairclough (2008)



A representação diagramática da concepção tridimensional do discurso consiste em uma tentativa de reunir três dimensões analíticas indispensáveis na análise de discurso: a linguística (análise textual descritiva), a microssociologia (interpretação da prática social como algo produzido e partilhado pelas pessoas) e a macrossociologia (interpretação da prática social em relação às estruturas sociais) (FAIRCLOUGH, 2008).

Para a construção do *corpus* foram selecionadas amostras de discurso típicas e representativas que refletiam adequadamente a diversidade da prática, considerando que essa se encontra em processo de mudança e inclui pontos críticos e momentos de crise, permitindo o acesso a diferentes pontos de vista sobre o objeto em estudo.

Seguindo as diretrizes propostas por Fairclough (2008), a análise e a apresentação do *corpus* progrediu da interpretação à descrição e voltou à interpretação, em um processo contínuo, refletindo o que acontece na prática, onde as dimensões da análise, inevitavelmente, se encontram superpostas na prática. Dessa forma, na apresentação dos resultados, inicia-se com a interpretação da prática discursiva, com foco nos processos de produção e consumo de texto à descrição do texto, seguida da interpretação de ambos à luz da prática social em que se situa o discurso e da qual o discurso é uma parte, com o foco no processo e na mudança e nas características, nos padrões e nas estruturas típicas do discurso.

Na dimensão da prática discursiva (macroanálise), os elementos da ACD que mais se destacaram nos discursos remetem à temporalidade, à intertextualidade e à interdiscursividade. A temporalidade revela como se procede à distribuição das amostras discursivas pela descrição das cadeias intertextuais das quais participa, isto é, as séries de tipos de texto nas quais ou das quais é transformada (FAIRCLOUGH, 2008).

Na textualidade (microanálise da prática discursiva), o elemento da ACD que mais se destacou entre os demais na análise do vocabulário usado nos discursos foi a metáfora (FAIRCLOUGH, 2008). Para além de ser um recurso do discurso oral, nota-se que esse elemento foi usado em todas as fontes de dados empíricos, nomeadamente: documentos (PPC), entrevistas com egressos e informantes-chave e grupos focais.

3.2.3 Considerações éticas

O projeto de pesquisa que deu origem a esse estudo foi aprovado pelo COEP/UFMG (Parecer nº 694.248), em 24/06/2014 e a Declaração de Autorização Institucional foi devidamente assinada pela diretoria da Instituição de Ensino Superior onde o estudo foi realizado. Todas as etapas desse projeto estão em concordância com a Resolução 466/2012/MS que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE depois de serem informados sobre a pesquisa, suas peculiaridades e seus direitos, conforme legislação vigente. Foi garantida aos participantes total liberdade para o esclarecimento de dúvidas durante o estudo, recusa em responder às questões e a desistência da participação, sem qualquer tipo de penalização.

O anonimato dos participantes da pesquisa foi garantido. Assim, para evitar identificação, cada egresso recebeu como codificação a letra E (egresso); cada informante-chave recebeu como codificação a letra IC (informante-chave) e cada grupo focal recebeu como codificação as letras GF (grupo focal), seguida de

numeração sequencial. No caso do Grupo focal, não houve identificação das falas de cada docente, apenas do grupo do qual ele participou.

O projeto, considerado de risco mínimo, somente seria interrompido caso o número de indivíduos que aceitassem participar da pesquisa fosse insuficiente ou por razões não previstas durante a sua elaboração. O risco da participação do sujeito nesse estudo estava relacionado à lembrança de fatos indesejáveis (riscos de ordem psicológica) durante a entrevista individual ou em grupo. Contudo, foram adotadas medidas de prevenção/minimização: local adequado à entrevista e garantia de sigilo dos dados individuais e anonimato na divulgação dos dados, além de treinamento de quem coletou os dados. Ainda, caso tivesse ocorrido algum dano não previsto, eram garantidas formas de indenização em relação aos mesmos. Não houve registro de despesas decorrentes da participação de sujeitos nesse estudo, nem de retirada de sujeitos da pesquisa.

Os resultados divulgados para a comunidade acadêmica e para os grupos envolvidos respeitam os critérios de sigilo e garantem a confidencialidade dos dados. Ressalta-se que todas as informações obtidas são confidenciais para todos os casos e serão utilizadas estritamente para fins científicos.

A comunicação dos resultados do estudo obedece às diretrizes para relatórios de projetos de pesquisa de natureza qualitativa com uso de entrevistas e grupos focais disponível no COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4. A CONSTRUÇÃO REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Por acreditar que “o que é específico acerca de uma prática discursiva particular depende da prática social da qual é uma faceta” (FAIRCLOUGH, 2008, p. 276), na definição desse estudo utilizou-se como fonte inicial a análise do Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem de uma Universidade Pública do Estado de Minas Gerais, complementada por entrevistas e grupos focais.

Nos discursos, pode-se sublinhar diversas falas que remetem à Reflexividade, cujo enfoque remete ao fazer, à vivência, à prática, segundo Schön (1983, 2000). As estratégias da reflexão permitem separar os discursos em níveis, considerando o contexto em que é mais fácil desenvolver a prática da reflexão (quando), o foco (como) e o objetivo da prática reflexiva (para que).

A prática reflexiva é desenvolvida pelos participantes do estudo mediante a experiência do olhar crítico sobre si mesmo e sobre o outro, além da reflexão sobre a ação. Por ser uma prática constante no curso, todos os participantes do estudo tinham experiências de promoção da saúde e conseguiram refletir sobre elas.

O processo de construção reflexiva de competências para a promoção da saúde, considerando o contexto facilitador, o foco e a finalidade da prática reflexiva para uma atuação efetiva do profissional encontram-se incorporados nas práticas educativas no cenário do estudo, visto ser essa uma construção conjunta e interdependente.

4.1 O contexto de um curso: permanências e rupturas para um novo modelo assistencial e de ensino

O contexto histórico contemporâneo para a elaboração do Projeto Pedagógico do curso em análise coincide com o discurso da integralidade e da humanização da assistência. Coincide, também, com o aumento na criação de novos cursos na

área da saúde, principalmente em instituições privadas, mas também com a ampliação de vagas públicas no ensino superior, considerando as Políticas de Expansão do Ensino Superior no Brasil que contemplam estratégias como o PROUNI (Programa Universidade para Todos) e o REUNI (Reestruturação e Expansão das Universidades Federais).

O Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem foi elaborado no ano de 2008 e divulgado em 2009 por uma comissão formada por sete docentes do curso, todos com titulação de mestre, além de uma consultora do curso de medicina, contratada pela Instituição. Desse conjunto de sete docentes, três foram informantes-chave do estudo e esclareceram alguns pontos sobre o processo de criação do curso que não estavam referenciadas nos documentos analisados. A exceção da consultora, todos docentes que elaboraram a proposta pedagógica continuam atuando no cenário do estudo.

O documento do PPC em vigor possui 105 páginas, contemplando os itens introdução, necessidade social do curso no contexto local e regional, caracterização do curso (aspectos legais, denominação do curso, concepção do curso), finalidades (competências gerais, competências específicas), perfil profissional do formando egresso/profissional, sistema acadêmico, diretrizes curriculares do curso (princípios pedagógicos e metodológicos, concepção pedagógica, estratégias de ensino-aprendizagem, avaliação do processo ensino-aprendizagem), estrutura modular do curso, infraestrutura física e logística – laboratórios, referências bibliográficas e anexos (módulos integradores, trabalho de conclusão de curso, laboratório morfofuncional, laboratório de técnicas e procedimentos médicos e enfermagem).

A estrutura do curso de graduação em Enfermagem, voltado para a dimensão da Saúde Coletiva, teve seu início em 2008, visando “[...] o desenvolvimento e construção de competências e habilidades voltadas para a promoção de saúde e a prevenção da doença, sem prejuízo do cuidado e do tratamento específico” (PPC, p.4).

A formação em saúde coletiva vem ao encontro da política de descentralização da saúde praticada a partir do movimento da Reforma Sanitária e com a criação

do Sistema Único de Saúde, em 1988. A perspectiva do novo modelo assistencial ativa processos de mudança na formação de recursos humanos na área da saúde para atuarem como sujeitos do processo de transformação da realidade e das práticas de saúde vigentes.

Os achados do estudo remetem ao processo de construção de um novo modelo assistencial que pretende substituir o modelo biologicista, médico centrado, focado na doença e na atenção individual, ainda vigente na atualidade.

O discurso dos participantes remonta ao movimento de construção do Sistema Único de Saúde e ao desejo de que o Curso contribuísse para a mudança do modelo assistencial, apesar de reconhecer os desafios para se realizar a transformação necessária. Nesse sentido, os discursos são permeados de expressões que remetem à tentativa, à insistência e, às vezes, aos retrocessos e aos caminhos ainda não alcançados no processo de mudança.

- (1) [...] a proposta inicial do currículo era esta,/ e eu acho que [...] muitos dos professores atuais, [...], pensam desta maneira ainda,/ e gostariam de ver isto,/ né?/ e [...] e [...] primam [...] primam por isso mesmo,/ que este desejo seja/ fundamentado com/ com a realidade que o SUS quer, para mudar,/ pelo menos para tentar mudar/ o modelo assistencial vigente/ que é um modelo curativista,/ assistencialista,/ medicalen [...] né?/, MEDICAMENTOSO [...] hospitalocêntrico,/ para este cuidado que a gente quer hoje,/ que é o da promoção/ que não é ABANDONAR as práticas de enfermagem,/ pelo contrário [...] é inserir nas práticas/ uma prática que nós não temos ainda [...] ainda a habilidade de fazer,/ sabe?/ Então é isso que eu penso,/ mas,/ que ele sempre foi pensado,/ que tá no currículo o tempo todo,/ você olha para ele e ele está lá,/ né? e [...] e que nós,/ professores,/ com toda a habilidade que a gente acha que tem,/ e competências que nós temos,/ porque nós somos competentes em alguma coisa,/ né?/ e temos conhecimento,/ não conseguimos fazer isso ainda,/ porque/ nós chegamos lá no último período/ e deparamos com profissionais [...] que querem [...] a prática curativista,/ sabe,/ que tem dificuldade de fazer/ um grupo [...] que tem dificuldade de ir a uma visita domiciliar [...] que tem dificuldade de entender/ o cidadão/ e não permite acesso à ele,/ no que ele está precisando [...] (IC 03).

Há evidências, nos discursos dos participantes, que sinalizam o movimento de mudança, apesar da permanência de traços do velho modelo assistencial. A dificuldade em romper com o passado e favorecer a abertura ao novo é apresentada como fator natural ao processo de mudança (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012; SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011).

Nesse sentido, dialeticamente, os discursos demonstram o desejo de que o PPC realmente seja colocado em prática, mas conseguir implantá-lo a contento parece uma verdadeira “guerra”, devido às inúmeras dificuldades inerentes ao cenário local e institucional. Termos como “embate, lutar, atingir, destruir, resgatar,

alvo, susto/assustar, picado, com risco, correr o risco, bomba” são encontrados nos discursos para exprimir esse processo. O desejo de fazer o PPC acontecer ainda supera as lembranças dos problemas vivenciados no passado recente.

- (2) E, então foi/ tudo meio que **atropelado**,/ mas o curso começou/ e quem dava este SUPORTE, né,/ essa orientação [...]/ era o pessoal de São Carlos (IC 02).
- (3) [...] nós éramos POUCOS,/ então quem [...] na verdade [...] CONSTRUIU o currículo da enfermagem, nós éramos três pessoas,/ porque apesar de ter [...] né, na época, mais alguns professores,/ mas uns não participaram/ porque não participaram,/ outros porque estavam envolvidos com o [...] com direção, então AJUDOU,/ mas assim,/ quem pegou [...] como diz o **boi pelo chifre**, né, assim [risos], de ficar aqui até dez horas da noi (noite) [...] foi,/ foram três pessoas/ da enfermagem/ (IC 02).
- (4) [...] a parte que depende da saúde do adulto, acho que foi o que MAIS/ a gente teve/ dificuldade,/ é o que hoje a gente está colhendo os frutos,/ porque a (colega) que chegou primeiro,/ [...] na verdade elas chegaram/ e já **caiu de pára-quadras** para fazer o 6º e o 7º,/ porque [...] a gente estava nos finalmente,/ e elas tiveram que construir,/ tipo assim,/ em tempo RECORDE,/ os módulos, porque a gente não/ dominava quase nada de saúde do adulto,/ nem médico cirúrgico, né? Então acabou que a gente colocou MUITA coisa,/ MUITA hora,/ porque a gente não tinha experiência nem [...] nem/ tinha como, (entendeu?) [...] então foi uma ÁRDUA, construção, MUITO DIFÍCIL [...] (IC 02).
- (5) Uma coisa é você trabalhar mudança curricular, uma coisa é você construir um currículo/ implementar um currículo num cenário nada favorável,/ com greve,/ com PROCESSOS,/ com sindicância, porque a gente teve [...] é [...] **brigas, [...] entre professores**, porque isso foi para a mídia, né [...] nó foi [...] foi [...] então assim,/ foi muita coisa [...] JUNTO,/ entendeu, muita coisa junto [...] e além da estrutura (IC 02).
- (6) Eu não/ eu/ eu consegui tirar da minha cabeça essa questão que/ eu percebi muito ao chegar aqui, que estava tendo esse **EMBATE**./ Aí, poucos meses depois isso se esfarelou, acabou. O povo nem conversou mais. [risos] Mas assim, que eu estava no rendez-vous e aí acabou, o povo nem encontrou mais/ (GF 02).

Nos discursos, a metáfora é usada, principalmente, durante os relatos referentes ao processo de implantação do PPC, indicando que esse se assemelha a movimentos bélicos ao tentar exprimir o conjunto de esforços do grupo para atingir um determinado fim.

Merece destaque, na análise do projeto pedagógico do curso, a menção aos termos “promoção da saúde” e “mudança do modelo assistencial”. Ao tentar esclarecer como foi inserida a promoção da saúde na proposta curricular, verifica-se que não houve destaque para esse ou outro tema de caráter transversal dentro do currículo, à exceção da ética e da educação em saúde.

- (7) Ah, minha filha [...] POR TÓPICO assim,/ eu não sei te falar [...] Eu sei que a gente,/ quando nós começamos,/ a gente pontuou,/ traçou algumas coisas que seriam os eixos transversais, [...] Então eu lembro que a gente trabalhou a questão da ÉTICA, [...] mas eu não sei nos detalhes/ como é que foi [...] porque foi muito [...] muito furdúncio, entende?/

Foi muito [...] MUITA COISA ao mesmo tempo./ [...] Então assim [...] cada item separadinho eu não [...] me recordo [...] (IC 02).

- (8) Eu lembro que entrou ÉTICA, eu lembro que entrou ética [...] EDUCAÇÃO EM SAÚDE,/ até que teve o concurso, [...] na verdade a (colega), o concurso dela É educação em saúde (IC 02).

Ressalta-se que o foco do currículo é formar para a atenção primária, com vistas a preparar enfermeiros para favorecer a transformação da realidade por meio da mudança do modelo assistencial à saúde, no qual a promoção da saúde encontra espaço privilegiado.

- (9) Na verdade o currículo foi pensado/ com o foco na atenção primária./ Então se ele/ ele estava sendo pensado conforme a atenção primária,/ então um GRANDE eixo do currículo era para promoção da saúde,/ SEMPRE FOI./[...] [...] Era o que tinha na vigilância da saúde,/ era o que tinha/ em relação à alguns conceitos/ TEÓRICOS/ relacionados a [...] a [...] currículos/ e a proposta do SUS/ (IC 03).
- (10) E esse cuidado PARA o currículo, na época,/ ele era voltado principalmente,/ né, com relação para a promoção da saúde,/ para o empoderamento das pessoas,/ para eles se autocuidarem,/ e atrelado a prevenção,/ ao controle,/ tratamento e reabilitação,/ que era o que tinha na proposta/ (IC 03).

Chama atenção a construção textual no pretérito por parte dos informantes-chave, indicando a intencionalidade temporal da construção do PPC. Confrontado com o discurso dos docentes e egressos, é possível identificar que a mudança paradigmática do modelo assistencial, de reducionista para promotor da saúde, de biomédico para centrado no indivíduo sob cuidados da equipe, ainda está em processo de substituição.

- (11) Desse processo resulta, entre outras coisas, uma profunda redefinição das funções e competências das várias instituições de serviço e ensino. A implementação de novos modelos assistenciais, buscando privilegiar a intervenção sobre os determinantes da situação de saúde, grupos de risco e danos específicos vinculados às condições de vida, deverá racionalizar a atenção médico-ambulatorial e hospitalar de acordo com o perfil das necessidades e demandas da população e expandir a ação intersetorial em saúde (PPC, p. 4-5).
- (12) Aí, eu fui começar a estudar./ Aí eu estudei esse currículo da escola nos primeiros seis meses que eu trabalhei,/ até começar a entender/ e pensar./ E aí eu me achei./ Por que que eu me achei?/ Porque eu fiz concurso para saúde coletiva, e agora estou na saúde coletiva./ Então, quando eu vi/ que nós temos que mudar, nossa cultura que é médica,/ a nossa atenção que é fragmentada, [falando pausadamente]/ que está no contexto da universidade,/ do profissional de saúde, do usuário,/ e que nós temos que pensar que o modelo de saúde ele tem que estar centrado é no usuário, e não na ação médica, [...] de forma fragmentada, eu pensei assim: esse currículo tem/ tudo para fazer isso./ Então, nós podemos pensar na ampliação da clínica,/ através do aumento do escopo das ações trabalhando esse currículo (GF 02).
- (13) Então assim, ele TEM QUE ENTENDER que a promoção da saúde ela é importante./

Então, eu não posso enxergar o indivíduo só como gestante,/ a mãe com a criança que vai/ avaliar o crescimento e o desenvolvimento,/ FORA do contexto da vida dela, [...] Porque, para ela ter qualidade de vida, eu tenho que trabalhar promoção da saúde. Senão ela não vai ter qualidade de vida [voz muito baixa]./ Então eu penso que/ em ALGUM momento ele vai/ alertar para isso.[...] Eu aproveitei o momento para abordar, né? as duas enfermeiras que estavam lá junto e uma médica cubana./ Que ISSO precisa fazer parte do contexto da saúde [falando pausadamente] [voz baixa]./ Ainda virei para a cubana e falei com ela assim./ OLHA, você sabe fazer medicina da família, então você sabe que não é só demanda espontânea, não é só consultório e não é só fazer consulta [voz baixa].[...] Porque/ nós devemos [tosse], de certa forma, ter uma capacidade/ de tentar mudar nosso conceito, que realmente, [...]]falando pausadamente]/ nós pensamos num bem coletivo, individual, familiar, mas que esteja voltado/ para essa ampliação do olhar, [...]. E nós somos FORMADORES aqui, de profissionais da saúde./ (GF 02).

Na perspectiva da formação, o Projeto Pedagógico é consonante com a Resolução CNE/CES nº 3/2001, que institui as DCN's (BRASIL, 2001). O PPC preconiza o desenvolvimento de competências profissionais centradas no estudante como sujeito da aprendizagem, apoiado no professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem e na multidimensionalidade do processo saúde-doença vivenciado de forma individual e coletiva, buscando superar a visão tecnicista clássica por meio da construção crítica de competências humanas para o cuidado integral.

A integralidade das ações do enfermeiro foi abordada como fator importante do processo de superação do modelo, reforçando o ideal do profissional qualificado, ético e com rigor científico para atuar considerando os princípios de humanização, continuidade e integralidade da assistência preconizados pelo SUS.

- (14) Considerando que o trabalho em saúde coletiva é um conjunto de atividades eticamente comprometido com as necessidades sociais de saúde, integralmente permeado por valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia, e considerando a complexidade do processo ensino-aprendizagem na área da saúde, a necessidade de construção coletiva de possibilidades e estratégias que norteiem o ensino em enfermagem e o contexto inserido numa perspectiva de transição de “paradigmas”, o Curso de Enfermagem da Universidade [...], nas suas diretrizes e referenciais curriculares, propõe superar a interpretação tecnicista clássica e o neotecnicismo, buscando a recontextualização do ensino de enfermagem com base no conceito de competência humana para o cuidar (PPC, p.06).
- (15) Então se a gente não tem/ e aquele aluno, [...], reproduzindo o que que o sistema/ acontece no dia a dia, a gente/ vai chegar um aluno no 8º período que/ que vai reproduzir a prática daquele cenário ali que ele está inserido./ Ele não vai ser CAPAZ de/ de fazer a reflexão: o que que pode ser mudado, não é?./ o que que está acontecendo aqui?./ Como que está acontecendo esse processo de trabalho?/ Será que eu estou inserindo as ações de promoção e de prevenção? [...]./ ou estou aqui somente/ fazendo assistência individual, [...] aos usuários?/ Então eu acredito que esses momentos de REFLEXÃO/ que/ potencializam, [...], a/ esse aluno a transformar aquela realidade onde ele está inserido/ [...], e é o nosso PAPEL também/ a gente estar junto, [...], com esses cenários e/ pensar juntos./ Eu acho que a universidade ela não pode caminhar/ SEPARADA do serviço./ A gente tem que ter estratégias de estar junto com esse serviço/ e fazer, [...], pensar juntos e

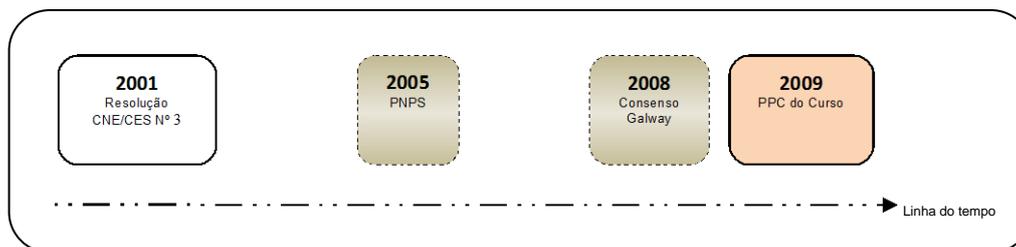
tentar mudar essa realidade, [...]. Então desde que eu cheguei aqui as unidades do PSF fecham na hora do almoço, [...] (GF 01).

A análise do perfil profissional do formando expresso no PPC revela intertextualidades manifestas no que se refere às competências gerais e específicas do enfermeiro, das Diretrizes Curriculares Nacionais, fazendo referência ao material divulgado nos Art.2º, 3º, 4º e 5º da Resolução CNE/CES nº 3/2001 (BRASIL, 2001), com pouca ou nenhuma alteração do documento original. Essa análise revela uma apropriação do conteúdo da Resolução sem as adaptações necessárias ao contexto local e à instituição, permitindo entender o discurso jurídico normativo presente no PPC e a força de lei que as Diretrizes assumiram na sua concepção e implementação.

O que foi acrescentado ao texto original das DCN's no PPC, por vezes, enriquecem a informação com mais detalhes de como se dará o processo de implementação da proposta prevista na legislação. Por outro lado, foram suprimidos do texto original trechos relativos à saúde como o direito e as condições dignas de vida, a promoção de estilos de vida saudáveis para si e para a população, o planejamento e a implementação de ações educativas e de promoção da saúde, a identificação das necessidades de saúde da população e a prestação de cuidados compatíveis, o uso da comunicação, a coordenação do trabalho da equipe, a ação multiprofissional, o papel social e político do enfermeiro, dentre outras. Nota-se que vários dos temas suprimidos estão relacionados diretamente às competências para a promoção da saúde, reforçando a não intencionalidade do foco do curso nessa área.

Os documentos articulados na construção do texto e na constituição do Projeto Pedagógico do Curso estão estruturados seguindo-se uma linha temporal, do ponto de vista histórico, conforme demonstrado na Figura 5. Para a construção dessa linha histórica, considerou-se, ainda, a Política Nacional de Promoção da saúde e o Consenso de Galway (ALLEGGRANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009; MCQUEEN, 2009). Esses dois últimos, embora não tenham sido citados no texto do PPC e, portanto, não são elementos intertextuais diretos, compõem a produção discursiva sobre competências para a promoção da saúde e mantém influência na estruturação discursiva da proposta curricular em estudo.

Figura 5 - Intertextos no PPC



Para Fairclough, a intertextualidade e as relações intertextuais constantemente mutáveis no discurso são centrais para a compreensão dos processos de constituição do sujeito (FAIRCLOUGH, 2008, p. 170). A presença de intertextualidades no PPC confirma o fenômeno da transformação e a reestruturação de tradições textuais e ordens de discurso atuais. O autor reforça que a intertextualidade deve ser um foco na análise de discurso por conter implicações de interesse central na constituição de sujeitos nos textos e pela contribuição de práticas discursivas em processo de transformação para mudanças na identidade social.

Ressalta-se que o discurso se apresenta com caráter normativo-regulatório, quando as DCN's, que deveriam ser balizadoras, se apresentam com força de lei. Dialeticamente, idealiza-se, no contexto, o desejo de avançar na proposta pedagógica, mas observa-se pouca expressão do contexto local no texto do PPC. Isso confere ao discurso do PPC características jurídicas-normalizadoras.

Nota-se que o PPC, da forma como se apresenta, tem inovações no modo de organização do currículo e também passa por processos de mudança e adaptação necessárias ao contexto das práticas sociais onde está inserido. Isso mostra que o discurso produzido textualmente, por vezes, carece de determinadas adaptações durante o seu processo de distribuição e consumo, dificultando sua tradução em uma prática discursiva.

- (16) Todo mundo pergunta assim: nossa, mas não discute isso/, mas está lá escrito, só que a gente não discute. Então muita coisa do que/ está proposto e tudo, a gente/ não conseguiu [tom de pesar], não conseguiu implantar, ou não conseguiu implementar,/ e aí acabou se perdendo [voz baixa]/ (GF 01).
- (17) Ahn,/ por uma experiência como professora, [...] do curso [...] como a gente [...] IMPLANTOU o NDE. Na época eu era a presidente do NDE/ e a gente reuniu com os professores nossos,/ da enfermagem, [...] depois eu me reuni com os professores das bases psicoss/ bases biológicas./ Eu tomei um susto, porque/ na primeira reunião que a

gente fez,/ eu apresentei, discutimos um ponto,/ discutiram bases psicoss/ bases biológicas ((02:05:23)) separado, depois a gente ia juntar todo mundo./ Eu recebi um OUTRO/ projeto pedagógico./ Eu falei: isso não./ ISSO que está aqui a gente não faz mais.[falando pausadamente]/ Uma PARTE disso a gente usa e a outra a gente não usa./ Isso foi um ASSUSTADOR muito grande para mim, [...] O que é/ teve que haver ADAPTAÇÃO, não tinha professor, professor não tinha chegado [...] Foi TODO MUNDO. [risos]/ Um transtorno./ ISSO/ TIRA/ A/ característica/ a genialidade do/ COLOCA EM RISCO/ para mim,/ o projeto pedagógico, [...] (GF 02).

Os participantes afirmam que a integralidade é dependente da figura do professor e a sua “saída” leva à quebra dos módulos e à dissolução da integração prevista. Pondera-se que melhor estrutura organizacional e de gestão seja importante nessa área.

- (18) Interessante uma coisa/ uma coisa que eu observo assim que é um grande dificultador é que nós pensamos, não é?/ É/ o desenvolvimento desse CURRÍCULO, é/ na questão da INTEGRALIDADE,/ só que para organizar isso em períodos, isso fica de uma forma/ que às vezes/ que/ não tem aderência, a formação do professor,/ e a área que ele foi concursado, para/ as/ as atividades a serem desenvolvidas./ E é uma coisa que às vezes a gente cobra DO ALUNO, que é a questão da atenção integral, mas às vezes, nós enquanto professores, estamos atendendo a criança, o idoso, a mulher, a gestante/ e nós TEMOS esse problema sério/ (GF 01).
- (19) Então eu fui contratada para a saúde da mulher e da CRIANÇA e aí, [...], por problemas aí/ com professores e tal, o (coordenador) me pediu para que eu fosse para o PIESC 6, [...], adulto, e aí eu falei: meu Deus, mas então, [...], o que que eu vou fazer, o que/ o que que/ o que que se ESPERA, [...], de uma PIESC no 6º período, com adultos e tal, atenção básica. (GF 01)
- (20) E houve um erro muito grande também/ no concurso da universidade./ Para esse currículo./ Não houve uma logística./ Os professores fizeram/ concurso para/ saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde tá rá rá ((02:10:03)) [...] Saúde mental [falas simultâneas] E o currículo não é assim. Então,/ EU não tenho competência para ir para a enfermagem do trabalho,/ MUITO menos para a enfermagem/ da mulher./ Além de não ter competência [bate na mão dando ênfase à situação]/ não passei./ Então, [...] pensando RADICALMENTE,/ se você me colocar eu entro na justiça, [...] Como eu escutei isso de vários professores [...] [voz baixa]/ NÃO VOU dar a aula dessa disciplina,/ que eu tive que dar,/ que eu nem sabia. [risos]/ Estudei, fui lá e/ me virei./ [...] tive que fazer isso./ Não tinha professor. [...] Mas o que eu percebo [tentativa de interferência] Não tinha chegado./ O professor ainda percebe/ isso, então, não está integrado, gente./ Dizer que está integrado e ((02:10:42)). Não está integrado não./ Então não CONSEGUE cumprir isso aqui./ Com genuinidade, entendeu? [...] Mas, assim [tentativa de interferência] Mínimo (GF 02).

Os discursos apontam dificuldades na implementação da proposta original. O currículo mostrou-se como um limite e um desafio, principalmente pelo fato de que o corpo docente não tinha experiência com a nova proposta metodológica e a maioria dos professores e estudantes não tinham conhecimento da estratégia de ensino preconizada no PPC. A dificuldade de compreensão da proposta

pedagógica é fator gerador de conflitos durante as discussões em grupo, como mostra os excertos.

- (21) [...] como a minha experiência é mais com os mais velhos, assim, do curso,/ eu SINTO isto.[...] Eu trabalhei numa universidade particular [...] ((00:40:41)) eu tinha um outro perfil/ e era um OUTRO modelo/ de ensino. [tosse] ATÉ EU tive dificuldade de me adaptar aqui. Eu esperneava. [...] Eu que quis ((00:40:55)) ficar num lugar desse jeito, [...] Então até [voz baixa] de perder noites de sono. [...] Então, eu não consegui ainda/ desenvolver,/ mais,/ consistentemente estas/ ajudar nesta sustentabilidade eu não estou vendo nas minhas disciplinas esse cunho./ Eu não consegui ainda enxergar./ Não consegui fazer. Eu acho que agora vai sair./ Não sei se por falta de iniciativa minha, como professora, não pensei.[...]. Então assim, de dois anos para cá eu meio que estou bem mais envolvida com a universidade, e mesmo com essas questões. Então, eu não conhecia a cidade, nada da cidade, agora eu já tenho um/ um VISUAL melhor/ de onde que eu posso ir,/ o que é que tem, o que que não tem de idoso, o que tem de adulto, sabe?/ Mas eu não me vi ainda dentro do curso nesta [...] (GF 02).
- (22) Quando a gente começou a gente discutia muito isso,/ eu não sei nada de currículo, entendeu?/ só que eu fui/ tendo que aprender./ NA MARRA, apesar de que [espirro] não é um tema que gosto muito, eu acho muito doloroso, mas tive que [espirro] aprender, entendeu, na marra./ E aí eu lembro que a gente sempre discutia isso, tanto que os alunos, quando eles fazem protesto, igual teve um da medicina, eles põem lá: - saber ser, não é assim!? – saber fazer, saber não sei o que/ porque a gente, sempre quem vinha falava: - o aluno tem que ter, tem que SABER fazer, mas ele tem que saber/ saber, mas ele tem que saber ser, ele tem que saber conviver, porque como é que ele vai/ então no caso da promoção, que é que a gente está discutindo aqui, como é que ele vai empoderar essa comunidade, porque ele tem que/ para ele fazer promoção da saúde ele tem que/ tem que ter ÉTICA,/ mas ele tem que conhecer os VALORES, a cultura dessa população, a gente está vendo aí também que o aleitamento materno no PIEESC não é uma coisa fácil, a gente vai/ ter choque com a mãe, que/ que não quer amamentar, ou ela quer/ ela tem outros valores, a cultura é diferente, então a gente tem que empoderar este aluno [...], para que ele consiga fazer a promoção lá (GF 01).
- (23) como é que a gente vai/ promover saúde?/ Se esse nosso aluno [...] não é empoderado?/ Eu acho que nisso a gente/ NÃO TEM uma sistematização, é o que fica a cargo do professor, e aí aquele aluno que tem [...] mais habilidade, [...] ele vai, e os outros vão/ entendeu, correndo atrás, então uns conseguem, outros param no meio do caminho, porque num/ eu acho que isso é um dificultador/ (GF 01).

Os desafios iniciais foram ampliados com a dificuldade de infraestrutura e de inserção dos estudantes no serviço de saúde local com o modelo de preceptoria. O campo de atuação não estava estruturado, mas diversas atividades práticas previstas no PPC dependiam dele. Frequentemente, vê-se que o trabalho do enfermeiro nas unidades de saúde locais é fragmentado, com enfoque predominantemente reducionista. Isso é apontado como dificultador da implementação e sustentabilidade das ações de saúde, incluindo as de promoção da saúde no município sede da instituição. Como o enfermeiro atua como preceptor na instituição cenário, a permanência dessas práticas fragmentadas pode interferir no desenvolvimento de competências no estudante. Por outro lado,

o estudante pode ser visto, também, como um agente de transformação dessas práticas.

- (24) Essa questão do campo,/ é/ dentro de tudo isso que nós colocamos,/ a gente depende do campo./ Para o PIESC, para o seminário integrado, para/ as unidades curriculares,/ para PET,/ programa de extensão,/ pesquisa. Nós dependemos do campo./ Desde quando eu cheguei aqui,/ é/ a/ a gente BATE na mesma tecla./ O nosso campo, ele não é estruturado./ E quando eu falo de estrutura, eu não estou pensando só na questão física./ ATÉ/ A MENTALIDADE das pessoas que estão no campo/ parece que assim,/ é COMPLETAMENTE diferente dos lugares de onde nós viemos./ [...] / O problema que é do NOSSO aluno chegando para fazer a PIESC lá, [...] Um campo desestruturado, [tosse]/ fisicamente, [tosse]/ eh/ eh/ subjetivamente.[falando pausadamente]/ O processo de trabalho desorganizado,/ desestruturado,[comentários paralelos entre participantes]/ uma equipe DESMOTIVADA,/ completamente descaracterizada [falando pausadamente] [...] Tem uma cultura curativista. Extremamente curativista [falas simultâneas] E acaba que isto influencia no desenvolvimento dessas competências aqui/ dentro de QUALQUER prática pedagógica que a gente/ é/ queira/ desenvolver, [...] (GF 02).

Nota-se que os desafios da abordagem de competências para a promoção da saúde na formação de enfermeiros apontam para a transposição dos obstáculos apresentados no texto do PPC, na justificativa para a criação e implementação do curso na região, centrados, na sua maioria, em questões de ordem política e organizacional da assistência à saúde.

- (25) Apesar dos avanços obtidos com a descentralização, os serviços de saúde [...] da Macrorregião [...] vêm enfrentando uma crise de governabilidade, de eficiência e resolutividade. (PPC, p.05)
- (26) [...] Inexistência de políticas de formação/educação/informação permanente e qualidade, humanização e ampliação da resolutividade na produção de serviços de saúde; Serviços com estrutura inadequada aos processos de ensino-aprendizagem do profissional, aluno e usuário e comunidade; [...] Ausência de proposta de planejamento participativo e integrado, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde (PPC, p.05).

Os resultados indicam que o processo de formação acadêmica para atuar na promoção da saúde é defendido pelos envolvidos no processo. Nota-se aprovação da estrutura curricular no discurso.

- (27) Porque é o que eu falo para os alunos: professora o que você acha deste currículo?/ Eu, de algum modo, acho FANTÁSTICO, quem dera EU pudesse estudar um neurônio, ter uma aula de citologia do sistema nervoso, depois vir alguém na aula seguinte, no outro dia, me ensinar sobre ANATOMIA do sistema nervoso,/ dois dias depois chegar alguém e me ensinar sobre funcionamento do sistema nervoso./ [...] E quando ele vai para a PIESC e vê a criancinha fazendo os reflexos./ [nesse momento outros docentes sinalizam que concordam com a colocação da participante] [...] (GF 01).

Ressalta-se, também, a aprovação do currículo como modelo pedagógico diferenciado. A defesa do currículo é percebida pelos elogios, comuns nas falas

dos participantes, mesmo considerando as dificuldades no processo de implantação da proposta.

- (28) COM CERTEZA, com certeza, até mesmo porque eu tenho uma amiga que começou junto comigo no primeiro período de enfermagem em outra instituição,/ eh, pública também,/ porém o currículo ele é o tradicional,/ e sempre que a gente encontra, é/ na minha cidade, que ela também é da minha cidade, sempre que a gente encontra a gente comenta e, assim, a gente vê a diferença que é, [...] De ((00:04:21)) As próprias atividades, [...] das disciplinas, de estar ali fazendo ações junto à população, [...], as próprias disciplinas de educação em saúde [...] (E 09).

Estudos mostram que, em uma instituição onde o currículo é diferenciado, aumenta-se a possibilidade da efetiva integração ensino-serviço-gestão-comunidade, da inserção precoce do estudante no mundo do trabalho, de sua atuação crítica e reflexiva, da superação do paradigma conteudista, do desenvolvimento de novas propostas pedagógicas, da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e de metodologias de avaliação da educação permanente mediando, assim, a construção do conhecimento e a formação de competências dialógicas para promoção da saúde (COSTA et al., 2011; KELLER-FRANCO; KUNTZE; COSTA, 2012; SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011; VILELA; MENDES, 2003).

Os elementos conceituais do currículo diferenciado são evidenciados nas teorias atuais como a da complexidade e da competência, por meio de metodologias de aprendizagem ativas ou problematizadoras (COSTA et al., 2011; LIMA, 2005; MARIN et al., 2010; SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012). O currículo diferenciado é uma aposta no desenvolvimento crescente de autonomia e competência, reflexão e teorização mediante situações da prática, avaliações sistemáticas, solidariedade, cidadania e responsabilidade social para gerar mudanças internas e externas, individuais e coletivas (SÁ-CHAVES, 2005). Essas propostas promovem, ainda, a interlocução entre ensino-serviço e comunidade, por meio de práticas integradoras articuladas aos princípios do SUS, rumo a novos paradigmas (HENRIQUES, 2005; SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011).

De modo específico, esses elementos se sobressaem na proposta pedagógica da instituição cenário, cuja meta é formar profissionais de saúde para atuar na atenção primária, com ênfase no Sistema Único de Saúde.

Consoante com o pensamento dialético de que tudo está em constante mudança, os currículos devem procurar, ainda, superar a tendência dicotômica por meio de investimentos nas dimensões organizacionais e do ensino-aprendizagem, ligando estudantes (aprendizagem), professores (didática) e organização acadêmica (gestão). Consciente da força do conhecimento que emerge do coletivo, educadores acreditam que, trabalhando a reflexividade crítica nessas três frentes, é possível romper com o modelo de racionalidade técnica, instrumental e de reprodução acrítica. Assim, há apostas na melhoria da eficácia educacional face às novas realidades e aos anseios de transformação dos contextos sociais em constante processo de mudança, cuja nova racionalidade centra-se na pessoa e no paradigma reflexivo (ALARCÃO, 2000; SÁ-CHAVES, 2002).

Para investir no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde, ressalta-se que as próprias instituições de saúde e de educação devem estar articuladas de forma a favorecer o acolhimento das tendências educacionais e assistenciais emergentes. Devem, ainda, privilegiar a contextualização, a flexibilidade, o equilíbrio e o rigor em termos de processos de inovação e transformação (TAVARES, 2003) em uma tentativa de acompanhar a evolução socioeconômica, cultural, científica e tecnológica. Além disso, deve-se considerar a complexidade, a ambiguidade, a heterogeneidade e a imprevisibilidade dos contextos de prestação de cuidados de saúde (ALARCÃO, 2000; RUA, 2011; SÁ-CHAVES, 2002).

4.2 A promoção da saúde e suas competências: conceito e prática em construção

Nota-se, ao longo do texto do PPC, que o termo “promoção da saúde” foi citado por 25 vezes, o que justificou a sua análise juntamente ao PPC. Na introdução do Projeto Pedagógico, em seu segundo parágrafo, o termo “promoção da saúde” foi mencionado no **objetivo geral** do curso, apontando para a proposta de formação de profissionais que visa à reorganização das práticas de saúde e ao fortalecimento do SUS.

Destaca-se que, apenas no início da introdução, o termo foi usado de forma isolada, com entendimento da promoção da saúde como política para estímulo e manutenção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, conforme definição constante da Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2005. Nas outras citações, o termo aparece pareado com prevenção, tratamento e reabilitação.

Apesar da elaboração do Projeto Pedagógico ter sido próxima à implementação da PNPS, com clara defesa à mudança do modelo assistencial, nota-se que a expressão promoção da saúde aparece sempre vinculada aos termos prevenção, assistência, tratamento, ações curativas, recuperação, reabilitação da saúde, desospitalização, vigilância em saúde e proteção ao indivíduo, às suas famílias e à comunidade. Pode-se inferir que ainda não há uma elaboração suficiente sobre o significado da promoção da saúde expressa no currículo, o que justifica sua atuação sempre agregada a outros âmbitos da assistência. Outros estudos também confirmam esse achado (CZERESNIA, 1999, 2003; PINHEIRO et al., 2015).

O discurso de integralidade da atenção é encontrado nos documentos e nas falas dos egressos. Dialeticamente, a presença de ações de promoção da saúde nas ações de prevenção, tratamento e controle de doenças se configura em uma antítese. A antítese, nesse caso, pode servir como possibilidade de avanço na proposta de mudança paradigmática do modelo assistencial, visto que a integralidade da assistência é um discurso e uma prática que, por si só, ultrapassa o modelo biologicista. Por outro lado, pode representar uma forma oculta de manutenção do *status quo*, pois, apesar da defesa veemente da assistência integral, o discurso não deixa claro o quanto de promoção da saúde está presente nessas práticas, abrindo caminho a novos questionamentos para compreender esse fenômeno.

A compreensão sobre as competências foi demonstrada por meio dos conhecimentos, habilidades e atitudes que conformam a prática em promoção da saúde. Nesse sentido, os participantes fazem uma associação entre os conhecimentos e as habilidades a serem adquiridas ao longo do tempo. O elemento textual da temporalidade, manifesto por “*a gente vai desenvolvendo*” ou

“*são construídas ao longo*” indica esse achado e permite inferir que o desenvolvimento de competências é algo que se realiza em processos contínuos, cuja vivência na graduação é apenas um dos momentos.

- (29) Primeiro atitude [...] conhecimento e habilidade, eu acho que seria nos ramos das competências mesmo. A gente tem que ter o conhecimento para a gente conseguir passar, então a gente tem que estar sempre estudando, nos atualizando SOBRE o assunto que nós estamos nos propondo; segundo a gente tem que ter uma atitude, uma vontade de colocar isto em prática, [...]. / E as habilidades acho que a gente vai desenvolvendo com o tempo; eu não me cobro ter todas as habilidades por que eu acho que elas são construídas ao longo, mas eu acho que seriam estes dois pilares, estarmos sempre informados, estudando e QUERERMOS de fato realizar, conceber as atitudes (E 01).
- (30) [...] [respira fundo] Bom, um ponto positivo que eu enxergo na minha graduação, é que desde o primeiro período nós estávamos integrados em práticas, é/ de estágio, / então a gente passou a ter uma visão do contexto, da realidade da saúde, [...] E as habilidades acho que a gente vai desenvolvendo com o tempo; eu não me cobro ter todas as habilidades por que eu acho que elas são construídas ao longo, mas eu acho que seriam estes dois pilares, estarmos sempre informados, estudando e QUERERMOS de fato realizar, conceber as atitudes (E 01).

Percebe-se que os conhecimentos aparecem em uma posição hierárquica superior às habilidades e às atitudes, em um movimento típico da hegemonia do pensamento científico. Revela-se o discurso na sua função de reprodução. Desde Flexner, há uma hierarquização do conhecimento com a separação entre teoria e prática. Essa ideia de que na ciência moderna há hierarquia do conhecimento é uma realidade comum nos cursos de graduação na área da saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Os dados permitem compreender essa mesma característica ao trazer a ideia de que o conhecimento tem que ser desenvolvido antes da habilidade e da atitude. Essas habilidades vão se desenvolver no campo de prática.

A discussão sobre o que deve vir primeiro, se teoria ou prática, é antiga e complexa. A primeira ideia, ainda comum nos cursos de graduação, é a de que a teoria deve preceder a prática; todavia, é preciso considerar que a prática anterior à teoria pode favorecer a reflexão e, conseqüentemente, a teorização. O ideal é integrar teoria e prática e entender que ambas são partes de uma coisa só, separadas apenas pelos artifícios de nossas mentes.

Os discursos manifestam que, para atuar na promoção da saúde, o enfermeiro deve ter conhecimentos e habilidades específicas, desenvolvidas ou adquiridas ao longo do seu processo de formação acadêmica, mas não restrito a este, visto

que algumas competências são amplas e adquiridas ao longo da vida pessoal, acadêmica e profissional.

- (31) O conteúdo a ser aprendido e apreendido pelo estudante terá origem na própria realidade. A partir da prática em serviço, necessidades de compreensão e aprendizagens surgirão e serão trabalhadas por meio das informações docentes, da reflexão e integralização de elementos teóricos. O objetivo dessa metodologia é retornar o aprendizado à prática, na forma de intervenção sobre a mesma e desenvolver, no estudante a capacidade e o desejo de estudar, as habilidades auto-didáticas e uma atitude profissional crítica e reflexiva. Ao mesmo tempo, essa proposta pedagógica tem o potencial de agir sobre o serviço de saúde em que a prática discente acontece, no sentido de qualificá-lo continuamente (PPC, p.18).
- (32) E o nosso currículo aqui, ele trabalha muito com a competência, mas a gente não conhecia a fundo as competências para a promoção/ da saúde, e são coisas que a gente JÁ FAZ, e que a gente às vezes é/ é/ não tem um referencial tão robusto assim para poder fundamentar, então isso aqui eu acho que vai ficar muito bem guardado aqui e UTILIZADO pela gente (GF 01).

Por meio da análise das cadeias intertextuais dos discursos, é possível perceber no contexto em estudo que o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde é um processo contínuo, que se inicia na vida familiar e social, percorre a formação acadêmica e continua na vida profissional do enfermeiro.

Nota-se, ainda, a preocupação em disseminar conhecimentos adquiridos para a população e demais membros da equipe, na expectativa de melhoria da assistência mediante o reforço na habilidade do saber. Essa premissa encontra embasamento na legislação quando aborda a educação permanente.

- (33) Quais as competências? [...] conhe/ ele tem que ter conhecimento, [...] daquilo que ele está querendo promover, e/ ele tem que tratar o paciente como um todo, respeitando é/ as decisões do paciente também, não querendo, é/ empacotar o paciente num lugar só, num pacote. Achar que todos são iguais. Ele tem que respeitar as diferenças de cada um/ para tentar promover a saúde, que aquele indivíduo, também ele,/ [pausa para elaborar a resposta] ele/ que ele também é capaz de receber naquele momento (E 10).
- (34) Liderança, é/ espírito de/ [pausa para elaborar a resposta] de trabalho em equipe/, é, boas ideias, criatividade [...] estudo principalmente, é/ [pausa para elaborar a resposta] educação continuada. Seria/ (E 02).

A ansiedade em compartilhar os conhecimentos específicos de sua área de formação acaba por deflagrar sentimentos de frustração nos docentes. Esses sentimentos emergem da consciência de que não há tempo hábil na graduação para aprender em detalhes todas as especialidades. Apesar de conscientes de que o enfermeiro a ser formado deve ser generalista, ainda persiste a contradição de querer ensinar todas os conteúdos na graduação.

- (35) [...] Eh/ porque quando eu olho, por exemplo, o 1º período,/ eu não posso dizer que o meu aluno do 1º período ele alcançou plenamente essas competências. [...] Eh, não, isso é [falas simultâneas]. [...] Mas eu posso dizer que ele se aproximou ou que ele trabalhou com o objetivo dele. Quando eu coloco na minha fala [...] da minha experiência do 1º período, eu estou dizendo é isto. [falas simultâneas] [...] Não [falas simultâneas] [...] Porque, eu sei, por exemplo, que/ o meu aluno do 1º período ele/ ele não vai sair do 1º período com/ a competência DA LIDERANÇA para a promoção da saúde, é/ vamos dizer assim,/ SOLIDIFICADA, [...] já bem definida. É claro que não./ No meu ver,/ é/ essas competências elas vão sendo trabalhadas/ ao longo dos semestres, [...] E/ e/ e CREIO eu, que mesmo o aluno que chegar no 8º e 9º período,/ eles não terão todas essas competências aqui plenamente alcançadas./ Algumas delas, inclusive, vão ser alcançadas depois, eu acho,/ da formação, durante a prática profissional (GF 02).
- (36) Uma coisa que/ porque a gente precisa da integralidade pelo que vocês estão falando aí./ A gente não provou que saúde, que tem promoção da saúde sem integralidade, e o que eu percebo é que a gente QUER, como ele, o currículo, ele é feito de aproximações, [...], só que, por exemplo, eu vou falar o meu caso, está, porque eu trabalho com vacina. Eu também acho que o aluno tem que saber TUDO de vacina, quer dizer,/ como é que eu vou conseguir em quatro anos e meio/ que ele saiba tudo de vacina, ela quer que ele saiba tudo de pré natal, ela quer que ele saiba tudo de anatomia, saiba tudo de farmacologia, que saiba tudo do adolescente./ E eu vejo que a gente tem uma necessidade TREMENDA [...] a gente demorou 10 anos, 15 anos, [...], a gente quer que o aluno APRENDA e às vezes em um módulo, entendeu?/ [risos] /um módulo, que a duração de um módulo é três semanas, só de imunização, três semanas./ O que eu aprendi numa VIDA INTEIRA, eu quero que ele aprenda em três semanas./ [...] então quer dizer: ele NÃO vai dar conta de tudo,/ mas o essencial, o básico, o geral ele tem que saber [...] E o essencial é denso demais, [...]/ Esse essencial ele é denso demais, não é?/ [...](GF 01).

O discurso demonstra que é importante manter o foco do ensino no desenvolvimento das competências básicas, essenciais ao enfermeiro generalista, na visão dos docentes, cujo conteúdo já é muito denso. Para os participantes, não adianta querer ensinar tudo de uma vez e não há tempo hábil no curso que permita tal assimilação. Conteúdos específicos devem ser construídos ao longo da vida e, normalmente, ficam a cargo da educação permanente em saúde. Deve-se, como destacado por Schön (1983), evitar que o estudante aprenda demais, principalmente conteúdos que nem sempre serão verdadeiramente úteis na sua prática profissional, se tornando um superespecialista que não se interessa pelo todo.

Vê-se que a ideia de continuidade, implícita nos discursos, encontra respaldo em outros estudos que também reforçam esse processo de um devir constante na formação do profissional (LOPES; ANDRADE, 2013; TRINDADE et al., 2015).

Os resultados indicam que as competências e as habilidades para a promoção da saúde estabelecidas nos consensos ou padrões internacionais são desenvolvidas durante a formação profissional, possibilitando a expressão de

seus atributos, valores, princípios e domínios no discurso. Essas competências relacionadas nos discursos remetem prioritariamente a valores éticos, com ênfase na honestidade das ações e na promoção do bem-estar, no conhecimento, com ênfase nos determinantes da saúde, na produção de mudanças, com ênfase na conscientização da população por meio de grupos operativos, na implementação, com ênfase na execução e na liderança, com ênfase nas habilidades de liderança e novos saberes.

Os dados revelam que a integração dos conteúdos nos módulos do PPC contempla todas as competências para a promoção da saúde preconizadas na legislação e nos consensos internacionais.

Vale ressaltar que os conteúdos identificados como de promoção da saúde estão distribuídos ao longo do curso e são tratados, de maneira geral e transversal, em diferentes unidades integradoras e no campo de prática profissional. Todavia, por serem genéricas e inespecíficas, as competências não são direcionadas exclusivamente para o ensino e a prática de ações de promoção da saúde, mas podem ser mobilizadas para esse fim, quando necessário. A necessidade dessa mobilização de competências para atuar na sociedade emergente da complexidade, do paradigma reflexivo, do conhecimento, da informação e da comunicação é apontada por alguns autores como fator indispensável à efetividade das ações de promoção da saúde (BARRY et al., 2012; FRAGELLI; SHIMIZU, 2012; RUA, 2011).

Acredita-se que, apesar do texto não preconizar conteúdos específicos de promoção da saúde, esses, por sua característica genérica, podem ser apreendidos e compreendidos mesmo em situações de ensino e prática de situações diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação, o que, por sua vez, reforça o discurso da integralidade.

A saúde, entendida como direito inalienável do ser humano, compõe um conceito importante nos discursos produzidos sobre competências para a promoção da saúde nos textos escritos e na fala de docentes e egressos.

O Art.5º inciso VI das DCN's foi intertextualmente citado por três vezes ao longo do PPC e retomado pelos participantes para afirmar a responsabilidade do Estado como ator na condução e na garantia do direito à saúde no país.

- (37) VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida 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 (DCN's, Art.5º; PPC, p.32, 42 e 52).
- (38) Necessidade dos governantes proverem um plano de saúde compatível com cada região, cada cultura e população, e ter em mente que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado em provê-la, daí a necessidade de reivindicarmos uma saúde de qualidade para todos (E 02).

A posição do Estado como ator social na garantia do direito à saúde se confronta com a perspectiva dos próprios indivíduos e das coletividades como sujeitos principais na construção da promoção da saúde. Assim, os discursos são carregados de contradições entre estimular que os indivíduos construam seus caminhos e levar a eles as melhores saídas.

- (39) Então dentro da/ dos/ dos indicadores aqui de COMPETÊNCIA/ do texto que eu li,/ eu consegui analisar DENTRO deste contexto da/ da consulta à criança,/ com os acadêmicos do 5º período dentro do PIESC 5 do posto de saúde [...], onde eu fico, é/ a questão da PRÓ-ATIVIDADE do sujeito da comunidade./ Porque/ dentro da consulta é importante, é/ e valorizar aquele espaço, como a gente está no espaço individual que a gente PODE trabalhar a questão da perspectiva do sujeito, não é?/ que ele/ que aquela mãe, aquela família, aquele pai, ele é capaz de cuidar desde que ele RECEBA uma orientação adequada, ((00:18:02)) [...], (aquilo que a colega falou, que está ficando muito tarde), às vezes o que está acontecendo é uma orientação que não é adequada ao sujeito, que é um dos outros indicadores que fazem aqui da profissão/ ((00:18:13)) das competências em relação à promoção da saúde./ Então tem essa questão de/ de perceber ali a pró-atividade tanto daquela família, quanto daquela criança, porque os cuidados vão ser mediados a criança através dela (GF 01).
- (40) Uma outra coisa que eu percebia MUITO, dentro desta mesma atividade é a questão de/ de advocacia em saúde./ A gente vê assim, não sei pela experiência de vocês,/ mas que às vezes quem tem acesso e pode tomar aquela tomada de decisão não é o paciente, é o profissional./ Então como é que está também a questão de valores HUMANOS, não só profissionais,/ valores ÉTICOS, de ter compromisso de avançar nessa/ nessa representação do sujeito/ (GF 01).

Esse dilema encontra respaldo nos estudos analíticos do modelo teórico-conceitual da promoção da saúde, desenvolvidos por Carvalho, que aponta o ponto de tensão do próprio campo da promoção da saúde no Brasil, buscando refletir sobre a pluralidade de opiniões acerca da produção da saúde, do sujeito e da mudança social. Apesar de reafirmar “a saúde como um direito e um dever do Estado”, o autor propõe como caminho para a efetivação de uma Promoção da

Saúde “Saudável” a utilização do conceito de autonomia e empoderamento (CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014; CARVALHO, 2004, 2005).

Nota-se, no trecho em destaque no excerto (22), a presença de um interdiscurso com a obra de Morin - Os sete saberes necessários à educação do futuro (MORIN, 2000), ao abordar a questão do desenvolvimento de competências profissionais. É preciso capacitar os profissionais de saúde para estimular o desenvolvimento da autonomia dos cidadãos sob seus cuidados. A partir dessa autonomia, as pessoas poderão se sentir mais seguras e preparadas para cuidar melhor de si e do próximo.

Uma das principais finalidades da prática reflexiva é o estímulo ao desenvolvimento da autonomia pessoal e profissional para que possa agir com base na justiça social, favorecendo direta ou indiretamente a sociedade (SCHÖN, 1983, 2000). Essa autonomia é conseguida, principalmente, mediante a vivência contextualizada, por meio do fazer para aprender, da experiência. A experiência consiste em ter conhecimento sobre um objeto/tema adquirido por prática, estudos, observação, experimentação (SCHÖN, 1983, 2000).

A autonomia e a autoconfiança, com base nas fontes das matrizes de análise dos discursos, consistem na capacidade efetiva de um indivíduo para resolver, por iniciativa própria, problemas, realizar atos definidos e alcançar os resultados propostos. Essas características podem ser pessoais ou coletivas. A autonomia individual é quando se desenvolve a convicção individual de ser capaz de realizar ações e tomar decisões de forma livre, baseado em informações disponíveis sobre os processos que lhes estão sob domínio. A autonomia da coletividade pressupõe a capacidade da comunidade de se mobilizar de forma autossuficiente para realizar ações sustentáveis de promoção da saúde.

Por meio da autonomia e da prática reflexiva, o profissional de saúde consegue buscar e encontrar recursos para resolver questões que se apresentam ao longo da sua prática profissional cotidiana. Diagnosticar e achar soluções para os problemas de saúde, tomar decisões e enfrentar situações em constante mudança são os principais objetivos da prática reflexiva no contexto da saúde.

(41) Aí a gente convocou a população, batemos de casa em casa chamando, e/ no primeiro dia, era toda quarta-feira de manhã, no primeiro dia apareceram três pessoas. Aí a equipe

(falou): - não, tá vendo, a gente falou que não vai dar certo, não vai dar certo/. Eu falei assim: - vai dar certo, a gente tem que colocar agora na rádio (E 10).

Os docentes se mostram preocupados em favorecer essa autonomia, principalmente nas atividades práticas. Ressalta-se, nas falas dos docentes, a defesa da permanência dos estudantes por um maior período de tempo com o mesmo professor em um mesmo campo de prática, ao invés de estimular a rotatividade dos estudantes em diversos campos de atuação, com diferentes professores. Essa permanência favorece o vínculo com a equipe e o professor e facilita a avaliação do processo de aprendizagem e o desenvolvimento da autonomia.

O elemento textual da metáfora também pode ser encontrado ao abordar como devem ser as relações com as pessoas, famílias e comunidade. Os entrevistados mencionam que é necessário ao profissional a habilidade de adaptar suas práticas aos contextos e desenvolver suas ações considerando as características individuais das pessoas, das famílias e das comunidades, evitando as generalizações.

- (42) [...] tratar o paciente como um todo, respeitando é/ as decisões do paciente também, não querendo, é/ **empacotar** o paciente num lugar só, num pacote. Achar que todos são iguais. Ele tem que respeitar as diferenças de cada um/ para tentar promover a saúde, que aquele indivíduo, também ele,/ [pausa para elaborar a resposta] ele/ que ele também é capaz de receber naquele momento (E 10).

Mesmo assim, alguns relatos ainda demonstram o modelo que enfatiza o poder do profissional de saúde, que tenta fazer com que os cidadãos cumpram, aos pormenores, os seus planos de cuidado. O uso intensivo da palavra “paciente” pelos participantes, ao invés de usuário, e o uso de termos como “ficar em cima dos usuários” é um exemplo.

- (43) E aqui na unidade a gente faz isto o tempo inteiro, com o paciente diabético, com o **paciente** da/ da saúde da mulher/. A gente vai tentando ensinar para eles a questão de como promover a/ a/ [hesitação] saúde em relação à alimentação, em relação ao exercício físico / o tempo todo/. [...] Eu participei do projeto de câncer de mama, é/ [...] e a questão também das doenças crônicas, né? A gente o tempo inteiro tá participando, meu TCC hoje é sobre as doenças crônicas diabetes e hipertensão, então a gente, **o tempo inteiro nós estamos em cima deles** pra/ pra prevenir um agravo maior, tentando promover a saúde deles em sentido de melhorar aquilo que/ e não agravar (E 04).

A análise das metáforas, como visto em outros estudos (PATCHEN; CRAWFORD, 2011), revela as contradições entre as crenças ideológicas referentes à autonomia, ao cuidado individualizado e ao poder do cidadão e as

percepções da prática manifestada pelos participantes, de domínio do profissional sobre o paciente. Notam-se ainda, no cenário do estudo, discursos que reforçam o poder do profissional de saúde sobre a comunidade, apesar da mobilização para a educação em saúde em defesa da autonomia dos sujeitos. Há uma luta incessante entre o novo e o antigo nos processos de mudança (TUSSET, 2012).

O discurso presente no PPC revela a promoção da saúde como proposta de formação do enfermeiro para mudar o modelo assistencial e o contexto social. Entretanto, são mantidas ações com foco na transmissão do conhecimento por meio de palestras para grupos operativos, com vistas à redução da demanda de atendimento nas unidades de saúde. Isso ressalta a distância de entendimento entre as competências apresentadas no Consenso e o descrito no discurso.

- (44) Então assim, na unidade, principalmente, eu estou com várias ideias assim, né?, começando a desenvolver um grupo de gestantes também, no sentido de prevenir uma gestação de risco [...]dessas gestantes. A gente está formando um grupo para fazer trabalho com os adolescentes nas escolas também, palestras, atividades na escola/ está sendo desenvolvida esta parceria. Então eu penso que tudo o que você pode fazer para diminuir a demanda da unidade, no sentido da pessoa procurar porque está com uma doença é uma atividade de promoção à saúde (E 05).
- (45) Educação em saúde, né? É/ [...] em estágio/ durante os estágios a gente promovia muita é/ [...] [hesitação] palestras mesmo, para os pacientes em postos de saúde, é/ e ensinava a questão de alimentação, diabetes mellitus, é/ hipertensão, né?/ É/ estimulava hábitos de vida saudável, tudo isso, a gente fazia este tipo de prática./ Nas escolas também, houve um projeto de extensão que/ que a gente ia nas escolas e ensinava para as crianças que/ hábitos de higiene, né? Para a prevenção de/ de doenças diarreicas e/ né? Que envolve higiene mesmo. Eram práticas comuns para a educação em saúde (E 07).
- (46) Então eu acho que tem uma possibilidade de o aluno/ de ele ser formado nessas competências,/ porque,/ de certa forma, o nosso currículo, ele não consegue como um todo./ Mas ele consegue SIM,/ é/ formar um aluno com uma visão mais ampliada./ E que PARA adquirir essas competências,/ nós TEMOS que ter [espirro] essa integração, [...] Eu vejo desse jeito./ Seja na promoção da saúde,/ seja para QUALQUER escopo de atuação que nós tivermos que ter/ dentro da enfermagem./ Eu acho que a gente consegue, [...] / Então/ EU vejo/ que o currículo ele tem tudo/ para ser/ realmente/ o ideal./ É difícil, é./ Toda mudança,/ toda transformação,/ existe muita aquisição de conhecimento, [...] é/ eu acho que tem que fazer uma abertura de pensamento mesmo./ Nós temos que ter uma visão mais ampliada (GF 02).

Quando se assume a corresponsabilidade para a promoção da saúde, os achados revelam diferentes posições dos sujeitos sociais, mediados pelas estratégias de comunicação, tais como chamada boca-a-boca, de casa em casa, envio de convites, além do uso de meios de comunicação em massa e de recursos de tecnologia da informação.

- (47) A gente utiliza de atividade de educação em saúde, comunicação, de transmissão da

informação,/ ou, em alguns momentos de APROPRIAÇÃO da informação,/ para que essa família, ela MUDE sua própria realidade./ Os alunos fazem é/ esse diagnóstico, [...] dessa área. Ficam o semestre inteiro,/ DESDE o ambiente, família, até chegar no indivíduo./ A gente tem conseguido fazer isso. Existe uma série de ações que nós implementamos,/ é/ dentro dessa família (GF 02).

- (48) E a segunda experiência,/ que aí a (colega) conhece bem, que é de um projeto de extensão nosso, [...] que a gente trabalha com/ é/ o acesso de adolescentes e a inclusão/ informacional, digital, de adolescentes escolares./ E quem faz TODO esse processo de mediação com esses adolescentes, SÃO/ os nossos alunos da graduação, [...] Então eles vão,/ eles acessam,/ eles preparam as dinâmicas/ presenciais,/ as dinâmicas virtuais, [..]/ LEVAM os adolescentes a entender as temáticas da adolescência, [...] se autocuidar,/ ou seja,/ também consigo ver que esse/ projeto de extensão,/ é/ várias dessas competências, [...] a produção de mudanças,/ as parcerias, aí no caso com a escola,/ a questão do uso das tecnologias,/ da informação, da comunicação,/ a LIDERANÇA./ Cada/ [tosse] cada/ cada é/ aluno da graduação é responsável por um grupo de adolescentes/ e acompanha esses adolescentes aí/ ao longo do tempo, [...] Eh/ o planejamento de todo esse processo, implementação,/ eles participam e/ esse projeto agora ele se transformou. Ele começou com extensão, desde 2009, e ele se transforma em um projeto de pesquisa em interface/ Extensão em interface com a pesquisa./ Então, a gente também, é/ acabou que a gente coleta dados e faz pesquisa e divulga, [...] [falando baixo] (GF 02).

Os discursos demonstram aspiração em querer mudar a prática do enfermeiro e investir na promoção da saúde, mas há dificuldade em ultrapassar o modelo vigente, que ainda cobra a produtividade de ações curativas da equipe de saúde, tanto por parte da gestão quanto da própria população.

- (49) [...] Inclusive tem modelos até/ valendo isso aqui/ que EXIGE do aluno durante essa prática dele, clínica,/ assistencial, uma folhinha de quantas/ punções ele fez, quantas sondas ele passou,/ e ainda pega mais e engessa ele naquela questão de ser técnico, [...] e de não ver o todo. Aqui não [...] [falas simultâneas] Agora é importante [tentativa de interferência][...] Ainda bem que nós não temos essa/ tabela a ser seguida (GF 02).
- (50) [...] uma coisa interessante que a (colega) falou, é que até os poucos exemplos que nós temos de práticas, [...] de promoção de saúde/ para desenvolver essas competências [...] ((00:37:11)) ainda existe na gestão/ do serviço de saúde/ achando o seguinte ainda: ele vai fazer o Tai chi chuan, mas são menos 15 consultas que ele vai deixar de fazer na semana./ Então assim [...] a gente ainda tem que [...] ter argumento suficiente para o aluno ver aquilo e valorizar [...] Se o professor tiver argumento e falar que: não, isso é o que ele está fazendo é bom, porque isso [...] e TRAZER esses resultados mesmo, se a gente investir em promoção da saúde a gente diminui tantos por cento de/ recursos financeiros para tratar aquela doença no futuro./ É mais barato fazer isso agora, ou seja, é mais conveniente fazer isso agora do que deixar para tratar, então/ eu lembrei dessa situação, porque a gestão infelizmente [...] ainda/ pensa assim, e às vezes até o USUÁRIO, chega lá ele fala assim: ah/, não entende o que que é o Tai chi chuan, não é?, aí ele fala assim: em vez dele atender ele está lá dançando/ [murmúrios]/está lá fazendo as PERIPÉCIAS dele em vez de estar atendendo (GF 01).

O que se destaca nas práticas discursivas é a percepção dos indivíduos e das comunidades, ora como sujeitos da ação de mudança, ora como objeto dessa ação. Assim, os dilemas e as contradições que se expressam entre Estado/indivíduo como responsáveis pela promoção da saúde, também se

reproduzem na relação profissional/estudante e usuários/comunidade e influenciam o conjunto de competências a ser desenvolvido no processo de formação.

O acesso aos serviços de saúde também é referenciado nos discursos como um atributo a ser considerado como valor fundamental para se pensar as práticas de saúde, bem como os determinantes da saúde e a realidade do contexto no qual as pessoas estão inseridas. Para os egressos, essa visão foi, por vezes, proporcionada pela primeira vez durante o curso de graduação.

- (51) É [...] é/ foi a realidade mesmo./ A realidade do serviço. Isto foi bastante importante. / É, porque eu nunca/ durante a minha vida eu nunca tive o hábito de frequentar a unidade de saúde, sempre na minha casa a gente teve plano de saúde e nunca fomos de ir ao PSF, ao hospital. Nunca fomos. Então eu só fui conhecer esta realidade aqui [...], principalmente nas regiões mais carentes. Aí que eu fui perceber a dificuldade da população, a importância do acesso para esta população, da promoção de atividades, [...] / Porque é promover mesmo, para não ser um modelo curativista. Então, é perceber as dificuldades destas pessoas, é/ como que eu falo/ a [...] o que falta na vida delas, a falta de informação, a falta de escolaridade que é um dificultador também, que a gente percebe nas pessoas de baixa renda. Isto é bastante importante (E 09).
- (52) E no cotidiano do ensino, eu/ eu TENTO fazer com/ com que isso aconteça./ Aí eu vou dar a sequência das bases psicossociais./ Eu CAIO na legislação, [...] caio eh/ eh/ chego nas políticas é/ da/ do Sistema Único de Saúde, aí vou trabalhar a integralidade [tosse] da atenção./ Aí eu/ eu trabalho eh/ eh/ é/ com o desequilíbrio eco/ ecológico e doenças emergentes, aí eu busco o gancho da sustentabilidade, [...] que é uma ação estratégica da Política Nacional de Promoção à Saúde./ Para o aluno começar a entender/ que nós somos um todo, o homem trabalha no meio ambiente, que esse meio ambiente tem que estar seguro tanto geograficamente como socialmente, [...] Como tudo. Então para ele poder entender onde que a promoção da saúde vai chegar./ Aí eu trabalho com a análise é/ TOPOGRÁFICA e nutricional.[tosse]/ Aí eu vou/ eu volto no módulo, [...] [tosse]/ Que eu sempre abro aquele documento/ projeto pedagógico. Sempre abro. [falando pausadamente]/ Eu volto no módulo e já vejo/ o que que os professores já abordaram/ (GF 02).

No excerto (52), o docente procura explicar a sequência de abordagens que é necessária para se chegar à promoção da saúde, indicando a contextualização conceitual do tema no Sistema Único de Saúde e, dentro desse, das políticas de saúde. Há indícios da tentativa de articulação dos conhecimentos, da integração curricular e da incorporação de novos saberes no ensino. Dentre esses, um importante componente são os conhecimentos de promoção da saúde aqui representados textualmente pela Política Nacional de Promoção da Saúde. A intertextualidade com a Política Nacional de Promoção da Saúde aparece revestida do caráter necessário da inclusão dessa discussão na formação.

Outros excertos retratam os desafios para o desenvolvimento da promoção da saúde e de suas competências. A complexidade da abordagem necessária para se “conseguir visualizar” e “fazer entender” a promoção da saúde e a captura pelos processos biomédicos, mesmo quando se implementam as ações educativas, parecem ampliar a distância entre o pre(escrito) no PPC e DCN’s e o vivido pelos docentes e egressos. Nesse sentido, os discursos produzidos remetem à hegemonia que perpassa o campo da saúde.

Apesar da retórica da prioridade da atenção básica associada à existência de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, o que ainda se observa nas práticas dos profissionais de saúde são mudanças virtuais no modelo assistencial, com uma atenção direcionada ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença e não do doente, reforçando o modelo hospitalocêntrico e médico centrado.

A promoção da saúde, como um movimento contra-hegemônico, ocupa um lugar ainda em construção, com processos inconclusos que aparentam estar longe de se tornarem a prática hegemônica cotidiana. Essa apreensão da realidade, por vezes, é carregada de expressões que revelam a necessidade de tomar fôlego para seguir no processo de mudança.

- (53) Eu vou dar alguns exemplos/ para vocês verem como que eu [...] TENTO fazer estratégias para [...] tentar/ formar competências para que ele APRENDA a trabalhar com isso na saúde./ Eu vou dar um exemplo da PIESC, [...] Nós vamos para a PIESC, a primeira coisa que eles vão fazer é o diagnóstico do território./ Aí eles vão conhecer o território, os riscos ambientais, [...]. Aí, depois que eles conhecem tudo, está na hora de a gente/ da segunda PARTE da PIESC, da gente cair NA FAMÍLIA./ [...]. Aí eu uso disso para o aluno entender/ o que que a família PRECISA, [...] Para poder ter saúde./ Aí eles tem água que não é tratada, [...] não tem rede de esgoto segura, porque são fossas./ [...]. / Aí, para eles entenderem o que é integralidade da atenção ele precisa trabalhar o ser humano como um TODO, então vamos pensar naquela família que está (no local)/ Ele tem que ser um todo, não tem?/ Então eu acho que o aluno, ele acaba entendendo isso no final./ São ESTRATÉGIAS que a gente utiliza/ para ele conseguir visualizar a promoção da saúde/ (GF 02).
- (54) E aí o que que eu consigo enxergar?/ Consigo enxergar, que mesmo assim, os alunos,/ tem ALGUNS momentos,/ que eles esquecem da promoção da saúde./ Vou dar o exemplo do Outubro Rosa que a gente fez ontem no Nações. Foi maravilhoso./ Só que aí eu reuni com o grupo, aí reuniu o meu grupo e o da (colega) e fui perguntar para eles o que que eles acharam que a gente deveria abordar./ Aí todo mundo não esqueceu do planejamento familiar, das doenças sexualmente transmissíveis, [...], no câncer de colo, de mama e de útero. Peguei tudo no laboratório./ Eu falei: e as ações de promoção à saúde?/ Porque vocês estão trabalhando com a prevenção de riscos./ Ele PEGAR uma camisinha, lógico que tem toda uma promoção atrás, mas ele PÔR a camisinha e usar, isso é prevenir o risco./ Mas ele não depende só dessa prevenção para ele ter qualidade de vida./ Vocês não vão agora ((01:15:26)) (falar assim), com as mulheres da necessidade de uma alimentação saudável, a importância da prática de atividade física? [...] Falei, não vai ter banca só disso. ALGUÉM vai trabalhar com alimentação, prática de atividade física.

[conversas paralelas]/ Aí o que que aconteceu. ((01:15:43)) Professora, mas a gente não fez nada. Aí um ((01:15:45)) LEMBROU. Eu falei: então, corre atrás da (colega). Vão pegar a cartilha de alimentação/ adequada para a criança. Vamos trabalhar isso, porque TODAS as mulheres lá,/ tem mãe ou tem neto, tem um sobrinho. Todo mundo tem [...] E/ aí/ o aluno começa a entender,/ sabe? [falando pausadamente]/ Mas só que não é fácil./ Porque a promoção da saúde, infelizmente, ela está MUITO longe do nosso cotidiano./ Nós mesmos fazemos coisas que não são ADEQUADAS/ para o viver diário, [...] [respira fundo] (GF 02).

Por outro lado, os discursos também foram reveladores de diferentes iniciativas, experiências, ações e projetos que foram desenvolvidos na formação e/ou possibilitados por ela, em que as competências para a promoção da saúde se fizeram presentes. Nas atividades mencionadas, os conhecimentos em promoção da saúde, a mobilização social, as parcerias, o estímulo e a capacitação das lideranças são retratados como componentes das competências desenvolvidas na formação.

Os participantes reconhecem que as ações de promoção da saúde realizadas em parceria com outros setores da sociedade impactam positivamente na vida das pessoas e nos serviços de saúde, como nos movimentos sociais em defesa da saúde.

- (55) Pela questão também eh/ eh/ do/ da/ do desenvolvimento de parcerias, a gente tem também nessa consulta,/ a gente tem que pensar que esta criança está numa creche, está numa pré escola, está na escola, e o que que a gente tem, [...], de repente um ponto estratégico, que é a escola, que é onde essas crianças vivem para poder até/ é/ [...] MELHORAR essa condição de saúde, [...], porque às vezes até o problema que ele apresenta,/ numa ação de promoção de saúde, dentro da escola resolveria./ Dentro/ dentro da creche/ alguma coisa assim/ [...] (GF 01).

A necessidade de desenvolvimento de parcerias foi citada como estratégia importante para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde. Nesse sentido, são características da intersetorialidade o envolvimento dos estudantes com profissionais da academia, dos serviços de saúde, das escolas, das fábricas, das emissoras de rádio, das agências de fomento, de órgãos e de instituições públicas diversas e da gestão municipal para desenvolvimento de ações educativas e assistenciais.

Além das parcerias com escolas, centros de educação infantil, Corpo de Bombeiros e outros setores, a parceria com a comunidade e com a família também é citada.

- (56) O desenvolvimento de parcerias é o que a gente faz [...] com o Encontro das gestantes, [...]. Então/ eu acho que esse é um/ uma atividade, [...] que a gente trabalha [tosse] com a

colaboração de/ com áreas de conhecimentos, disciplinas/ e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde [voz baixa] (GF 02).

- (57) Então a gente tem trabalhado muito essa questão da/ do empoderamento mesmo do indivíduo, da família,/ para a gestão [tosse] do seu próprio estado de saúde e doença, fora do contexto hospitalar. Então eu acho que é uma coisa,/ a questão da advocacia em saúde que é bem,/ bem nítido, assim, o desenvolvimento dessa competência nesse projeto de extensão (GF 02).

O impacto das ações de promoção da saúde, vivenciadas ao longo do processo de formação acadêmica, é visto pelos egressos como positivas e com possibilidades de se tornarem duradouras. O envolvimento comunitário, favorece, por meio das experiências compartilhadas com o público e das atividades de educação em saúde, a informação da população sobre estilos de vida saudáveis, melhoria da qualidade de vida, prevenção de riscos e agravos. Reforça, também, a consciência política e a aquisição de habilidades no processo de formação do enfermeiro.

Na mobilização social, os discursos abordam os estímulos feitos junto à população para a realização das atividades propostas, cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida, como grupos, caminhadas, ginástica, além do movimento de greve, singular do caso, que foi planejado pelos estudantes para melhoria da qualidade do ensino. Nesse movimento, a mobilização social foi importante para dar visibilidade às demandas apresentadas pelo grupo junto às entidades governamentais do município e o governo federal. Também são citados os envolvimento dos docentes com os enfermeiros do serviço no planejamento das ações de promoção da saúde, em uma tentativa de garantir a continuidade das mesmas.

- (58) Foi lá na/ no estágio rural, [...]. Eu ficava no posto de saúde e/ quando eu cheguei lá a gente tinha que fazer [...] algum movimento para promoção. E/ eu tive a ideia [...] de mobilizar a população para fazer aula de ginástica durante a manhã/ (E 10).
- (59) [...] movimento/ ah/ ((00:07:07)) [...] ah, no caso eu acho assim/ [...] eu não sei se eu poderia colocar o nosso movimento de greve como um movimento da saúde, [...] / Porque foi mais uma coisa assim particular para a universidade, mas que,/ gerou, querendo ou não/ é, mobilizou a população de uma certa forma, alguns, é lógico, se mobilizaram, em prol de uma melhor educação de futuros profissionais que iriam atuar ali/. [...] Então eu acho que isto pode ser considerado/ (E 10).

O trabalho intersetorial deve ser articulado entre as esferas envolvidas no cuidado à saúde das populações, de forma a apoiar reflexões coletivas e fomentar

a discussão de questões relativas ao processo de saúde-doença, na busca de estratégias alternativas de como fazer saúde, considerando o contexto e suas especificidades e a importância da cidadania, os direitos humanos, dos direitos à saúde e da autonomia (AKERMAN et al., 2014; AQUINO et al., 2014; MOYSÉS; SÁ, 2014).

A formação de redes de promoção da saúde foi citada pelos entrevistados fazendo referência às propostas que favorecem a população, principalmente nas articulações em defesa das crianças e dos doentes mentais, cuja integração entre academia, escola, unidades e profissionais dos serviços de saúde e família é mais consolidada, pela própria característica do processo que os une.

- (60) Ah/ muito ((04:55:00) (máximo) (trabalhar em parceria)/, muito (abrangente)/ de forma que você se sente, [...] inserido/ com opiniões de outro. Então/ parece que aquilo vai dar mais certo, vai dar mais resultado. É/, não é/ não fica só para uma pessoa pensar, uma pessoa só organizar. O psicólogo ajudou na dinâmica para “quebrar o gelo”, é/ a enfermeira falou um pouco, a/ dentista também participou, então isso tudo foi/ cada um consegue na sua especialidade/ desenvolver algo para contribuir para/ para aquela promoção da saúde mesmo, ser eficaz, ser efetiva e alcançar o seu objetivo/ (E 08).
- (61) E/ foi muito interessante porque tinha esta integração dos pacientes de SERSAM, de/ de hospitais psiquiátricos, e nós, pessoas civis/ é/ profissionais da área, professores, [...] / Universitários, na época eu era também. Então tinha manifestação, era envolvida toda a questão social, nessa ((00:10:17)) (E 07).

Na análise dos momentos estimuladores da reflexividade, os dados empíricos mostram que os contextos que envolvem o trabalho em equipe são favoráveis à prática reflexiva. Entende-se por trabalho em equipe, com base nas fontes das matrizes de análise dos discursos, o conjunto ou grupo de pessoas que se dedicam a realizar uma tarefa, por obrigação ou não, criando um esforço coletivo para resolver um problema.

- (62) É uma região muito carente, então o que não falta é ação para estar fazendo lá. Ação de prevenção e promoção. [...] Ainda mais com o vínculo criado com a equipe, com as pessoas, com a comunidade, né? (E 09).
- (63) Foi um evento que disponibilizou de uma equipe multiprofissional a qual eu gerenciava, contava com procedimentos preventivos e educação em saúde, com cuidados integrais e assistenciais por enfermeiras, odontólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, ACS (E 03).
- (64) Sempre que tem capacitação lá na universidade eu venho, passo pra/ passo pra/ técnica, passo para os agentes comunitários, mesmo porque também, acaba que, quando a gente trabalha em equipe, se só eu tenho a informação, não tem como, porque/ eu não consigo atender todo mundo e às vezes a/ se eles / se eles tem aquela informação fica mais fácil porque eles passam pra mim/ depois eu vou só verificar se eles tão passando correto ou não/ (E 04).

Os discursos evidenciam que o trabalho em saúde deve envolver todos os membros da equipe, considerando as especificidades de cada área, na busca por soluções para os determinantes de saúde e de doença. Nota-se que, apesar da consciência da necessidade desse trabalho multiprofissional, nem sempre esse é um processo fácil.

- (65) A equipe que tá ali trabalhando também tem que aderir ao projeto, porque se eles não facilitarem como que a gente vai chegar no paciente/ né? [...] Então/ é difícil, no início é bem difícil/ não pela instituição, mas pelo pessoal que está ali já no dia a dia, a adesão deles/ nem tanto dos pacientes, eu acho que a equipe às vezes dificulta mais que o paciente, entendeu?/ (E 07).

O trabalho em equipe, além de benéfico ao grupo atuante na promoção da saúde, melhora e aprofunda o relacionamento multi e interprofissional e garante a interdisciplinaridade e a complementaridade de práticas profissionais necessárias à efetividade das ações de promoção da saúde.

- (66) A interdisciplinaridade no ensino em enfermagem implica a integração disciplinar em torno de problemas oriundos da realidade vivenciada. Nesse sentido, os conteúdos das disciplinas que auxiliam na compreensão do contexto, interagem dinamicamente com aspectos teóricos e metodológicos que preparam os alunos para abordar esses problemas, segundo uma visão transformadora, utilizando a problematização da realidade do aluno, capacitando-o para identificar os problemas e para propor soluções, tornando-o participativo do processo de mudanças que devem ser socialmente construídas (PPC, p.16).
- (67) Então a gente TEM que saber como é que a gente faz isso [...] essa questão de/ reconhecer os potenciais parceiros, [...], (GF 01)
- (68) É/ tem que/ encontrar essas maneiras assim, é que/ é uma mistura de outras profissões junto, [...], para ajudar a DESENVOLVER, [...] [nesse momento outros docentes sinalizam que concordam com a colocação da participante]/ porque a gente não tem essa formação, não é? [...] (GF 01).

Os discursos apontam que, para garantir o olhar integrado e a efetividade das ações de promoção da saúde com vistas ao novo modelo assistencial, o enfermeiro deve fazer uso do trabalho colaborativo com outros profissionais da equipe. Deve, ainda, se articular de forma sustentável a uma rede com outros setores da saúde e da sociedade (Parcerias) e usar a comunicação nos seus mais diversos aspectos (Comunicação).

Nota-se que o domínio “advocacia”, explicitado no excerto (57), foi pouco contemplado de forma explícita no PPC, possivelmente, por ser um termo específico, utilizado nos padrões internacionais que, no contexto brasileiro, parece carregar uma indefinição conceitual conforme discutido por Gandra (2014).

Embora não explicitada no projeto pedagógico do curso sob a forma de conteúdos a serem trabalhados, o processo de formação incluiu experiências práticas de advocacia em saúde, que aconteceram em unidades curriculares do curso, sendo as vivências políticas e a militância cidadã relatadas pelos egressos de forma exitosa.

A advocacia também foi associada a expressões ou termos como “mecanismo social de proteção, defesa da saúde, reivindicações” ou outras ações que foram impactantes politicamente para a instituição e para os participantes do estudo. Essas ações foram retratadas na defesa da saúde voltadas para a saúde mental, para a saúde da mulher, na defesa de um curso de qualidade para o grupo e na melhoria das condições dos serviços de saúde locais.

- (69) E aí são coisas que a gente faz, os alunos me ajudam, pegam o telefone e ligam para o conselho tutelar [...] então isto tudo vai estimulando também o aluno a desenvolver essa [...] COMPETÊNCIA mesmo, da advocacia, [...] (GF 01).
- (70) É/ eu lembro [...] de ter participado da luta antimanicomial/ lembro de ter ido, mas foi mais voltada para a saúde mental, [...] [...] Foi dentro do currículo, é. [...] Foi, na época é/ a disciplina, é/ PCE, tava nessa fase de saúde mental. Uma das disciplinas era a saúde mental e aí/ eu fui assim, por conta própria, mas incluía [...] (E 07).
- (71) [...] mas que a gente pode ampliar, muito cedo, então acho que a gente ampliou esta visão crítica nossa, nós amadurecemos cedo/ eu acho que exatamente isto que fez, não só eu como os meus colegas, participarmos de algumas/, é/ intervenções e protestos relacionados a isto. Ó, primeiro na graduação, relacionados à melhoria dos nossos currículos, ah/ depois [...] ah, eu não lembro agora [...] haviam vários, [...] deixa eu tentar lembrar [...] da luta antimanicomial, da gente [...]. Viemos a Belo Horizonte, participamos, [...] / que eu me recordo agora é este (E 01).
- (72) Ah, eu acho que é muito rico, porque a gente tem um conhecimento, é/ dessa vivência política, [...], então quando a gente cai no serviço a gente sabe COMO reivindicar. O QUE a gente reivindica, AONDE que a gente corre atrás, então eu acho que esse conhecimento político que a gente desenvolveu nessas ações de tá buscando desenvolver o curso/ é, conquistar campo de estágio, eu acho que isso foi muito rico para a questão profissional que a gente vê/ que a gente pode lutar também como profissional para melhorar a questão da/ do reconhecimento, [...], da enfermagem e tudo/ (E 06).

O respaldo legal e a defesa da saúde são apontados como estratégias que permitem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. A legislação é aprendida ao longo do processo de formação e estimula a participação em ações de militância cidadã. Na visão dos participantes, essa competência ainda não está plenamente alcançada, visto que parte dessa responsabilidade deve ser compartilhada com os cidadãos, o que ainda não aconteceu, por questões culturais.

- (73) É, a gente no/ no 6º e 7º períodos a gente tem a/ a gente tem conhecimento das leis / da saúde, [...] / e esse conhecimento faz ((06:12:00)), te mostra a importância de/ protestar em favor da/, daquele desenvolvimento da saúde. A partir disso você consegue protestar e desenvolver uma crítica do que tem que melhorar. [...] Participei na época da/ [pausa para elaborar a resposta] em 2013 que teve, aquela época daquelas manifestações, eu participei contra o ato médico que tava também /. Então eu fui em algumas/ algumas palestras, fui nas passeatas, [pausa para elaborar a resposta] só/ (E 04).
- (74) Acho que essa segunda aqui, advocacia em saúde, a gente está lutando MUITO com as questões dos conselhos, ainda/ lá dentro, e tentar trazer essa população, para que ela assuma a SUA responsabilidade, / enquanto indivíduo, nesse centro desse processo. A gente está/ eu acredito que/ tenha/ que precisa MUDAR muito ainda, mas a gente também tem TENTADO atingir essa competência (GF 02).

O reconhecimento de visão crítica e vivência política, relacionadas à formação de competências de promoção da saúde, revelam a temporalidade e os *loci* dessa formação. Nesse sentido, participantes destacam que desde “cedo” e quando “caem” no serviço, na prática, há possibilidades de desenvolvimento das competências.

Em outros excertos, os docentes também reconhecem as potências da formação política e da advocacia em saúde, ainda que mencionem os desafios para sua concretização de forma ampliada e que extrapolem os espaços “esperados” para sua manifestação, como os conselhos de saúde.

Outros apontam, ainda, a dificuldade em encontrar espaços para a realização das atividades educativas e de promoção da saúde, visto que a maioria das unidades de saúde é adaptada e não possui espaço reservado para esse tipo de intervenção. Também se reportam ao pouco uso dos espaços públicos das academias da cidade espalhadas pelo município, o que reflete a subutilização dos espaços existentes nos territórios dos serviços de saúde locais. Esse achado revela outra contradição, pois espera-se que as ações de promoção da saúde aconteçam nos serviços de saúde, mesmo sabendo que elas demandam outros espaços da vida cotidiana. Ainda persiste a ideia de que a unidade de saúde deve estar preparada para receber a promoção da saúde.

- (75) Então eu acho que, as estratégias a gente/ ATÉ FAZ./ Mas eu não acho que a equipe (do local) conseguiu entender isso. Que os equipamentos sociais é para ela dar apoio para/ começar a trabalhar./ Que isso é focado no cotidiano de atendimento da população. [nesse momento outro docente demonstra sinais de impaciência com a colocação prolongada da participante] apesar de a gente já ter sentado com a equipe, com todos os grupos eu tentei/ colocado isso, porque dá trabalho, [...] Faz mudanças. [voz baixa]/ E mudança é muito difícil de ser bem encarada. [falando pausadamente][comentários paralelos entre dois participantes]/ Mas, pelo menos eu tento que o aluno VEJA que nós temos que ter

uma dimensão MAIOR./ Que não é essa que está aí, na prática dos serviços de saúde que a gente convive. [comentários paralelos entre dois participantes][...] ok? (GF 02).

- (76) Então, [respira fundo] eu acho assim, fazer estratégias [conversas paralelas] para a gente ver com os alunos que a parceria é importante,/ que a comunicação é importante, que o diagnóstico é importante, que o planejamento é importante, [falando pausadamente] a gente consegue./ Mas EFETIVAR as ações de promoção da saúde no SEIO da nossa comunidade brasileira, ainda está complicado./ Nós estamos aquêm dessa realização (GF 02).

Nota-se preocupação em abordar a promoção da saúde nos diversos momentos, mesmo em casos de assistência a indivíduos doentes, em tratamento. Assim, além das atividades propedêuticas e terapêuticas, são previstas abordagens curativas e de reabilitação associadas a ações preventivas e de promoção da saúde. Mais uma vez, nota-se que o termo promoção da saúde, no discurso dos participantes, é visto não unicamente como parte da mudança de paradigma assistencial, mas como parte integrante de uma assistência integrada, por considerar conjuntamente prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e promoção da saúde.

- (77) [...], a questão de/ de metas e objetivos da promoção de saúde, é/ as vezes a gente, até mesmo no atendimento que tem um problema, uma doença, uma queixa,/ a gente faz promoção da saúde com esta pessoa, e não entende./ Às vezes a gente quer colocar tudo em gavetas: isto aqui é prevenção, isto aqui é promoção, isto aqui é tratamento, isto aqui é reabilitação. É necessário colocar? É,/ mas a gente às vezes não está identificando,/ a gente está fazendo promoção da saúde e/ está esquecendo, está achando que é só tratamento/ e está fazendo tudo (GF 01).
- (78) [...] Ah já, muito/ porque é/ o paciente oncológico, é claro que ele quando chega no ponto de estar lá com a gente é porque já está acometido, não só pelo câncer, mas muitas outras doenças, é/ concomitantes, né? Mas tem/ a gente tem a consulta de enfermagem que a gente orienta, é/ muito a respeito do cuidado que ele vai ter que ter ao longo do tratamento, não só para/ para evitar efeitos colaterais da quimioterapia, mas também, é/ outras doenças que podem vir a acometê-lo ali, doenças oportunistas, né?/ Aí tem muito isso/ a gente estimula até, é/ alguns cuidados para DEPOIS do tratamento, depois que acabar o que que você pode fazer para, né/ para/ às vezes é/ evitar recidivas a longo prazo, tem [...] a gente orienta muito questões de/ pequenas afecções como mucozites,/ coisas simples que o paciente NÃO ORIENTADO pode vir a ter, né/? (E 07).

Apesar dos desafios, a implementação de ações de promoção da saúde foi citada por todos os participantes, egressos e docentes, com relatos que compreendem o planejamento das ações, juntamente com a equipe, nos diversos programas assistenciais disponíveis, respondendo às especificidades regionais de saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

A execução é destaque nessa categoria, visto que todos os docentes e egressos, de alguma forma, tem algo a contribuir com experiências práticas de ações de promoção da saúde. Contudo, nem todos participaram tempo suficiente das ações de promoção da saúde para chegar a refletir sobre a qualidade das mesmas, e outros, tampouco, por terem implantando recentemente as ações. Os que conseguiram avaliar a qualidade da ação, referem aspectos positivos, em sua maioria, principalmente quando conseguem praticar o cuidado humanizado e integral da pessoa.

Na implementação de ações de promoção da saúde, o enfoque é dado a ações direcionadas a adultos, idosos, mulheres e crianças, por meio de visitas domiciliares, orientações individuais e para a família e a atividades de grupo. Nas ações de promoção da saúde, as habilidades de liderança mencionadas remetem à visão compartilhada, ao trabalho em equipe, à criatividade, à tomada de decisão e à motivação.

- (79) IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (DCN's, Art.4º; PPC, p.13).
- (80) Da liderança eu achei muito bacana esta questão da visão COMPARTILHADA, [...], e a gente trabalha muito dentro da consulta de enfermagem, até na atividade lá do PIESC mesmo,/ a questão do/ da/ de entender que nós somos a enfermagem atendendo, mas que existe a diferença, [...], de núcleo e de campo, que outros profissionais podem e devem atender para a atenção integral,/ que a gente pensa que sozinho a enfermagem vai conseguir fazer uma atenção integral!?! Ela contribui fortemente e ela faz falta se ela não tiver,/ mas é/ importante/ ver a NECESSIDADE do caso, ((00:20:51)) (se o caso a necessidade é da enfermagem/ é a enfermagem que ele vai ter),/ se o caso precisa de psicologia, a gente tem que ter/ o OLHAR minucioso para poder encaminhar com/ tranquilidade, [...]. Então a gente TEM que saber como é que a gente faz isso, [...] (GF 01).

As atividades práticas permitem ao estudante a possibilidade de exercitar a prática reflexiva, refletindo sobre os contextos e as situações vivenciadas, o que favorece o desenvolvimento das competências para a promoção da saúde.

A reflexão sobre a ação evidenciada no discurso mostra que esse tipo de reflexão é comum nas atividades de promoção da saúde mudando, por vezes, o rumo da proposta inicial. Esse foco da prática reflexiva favorece a mobilização de diversas competências durante uma atividade de promoção da saúde, para além

do diagnóstico e da implementação, como a avaliação do impacto, a tomada de decisão (liderança), a comunicação, as parcerias e o novo planejamento.

- (81) Bom, eu vou contar da graduação então, que eu acho que essa me marcou muito. Foi lá na/ no estágio rural [...]. Eu ficava no posto de saúde e/ quando eu cheguei lá a gente tinha que fazer alguma, algum movimento para promoção. E/ eu tive a ideia então de mobilizar a população para fazer aula de ginástica durante a manhã./ Foi muito interessante porque no início/ os profissionais ficaram: - não, ninguém vai vir, ninguém vai fazer, ninguém vai se interessar./ Eu falei assim: não, vamos fazer. Aí na primeira semana convocamos a população só de uma área de abrangência, que era a área central, que o meu PSF era na área central, então colocamos mais um/ tipo assim, o centro mesmo, né, da cidade/ e deixamos as outras áreas que eram mais longe para depois.[...] Aí eu coloquei/ puxei uma ACS que ela era mais MOBILIZADORA, sabe, mais comunicativa, eu falei com ela: - você não conhece alguém na rádio não, para a gente chamar? Ela pegou e/ para a gente comunicar ao pessoal o que está tendo/ para dar tempo, né? de chamar todo mundo./ E vamos/ agora vamos desfocar, não vamos ficar só no centro não, vamos pegar toda a região MESMO do PSF. Aí ela pegou e colocou na rádio. Todo mundo veio perguntar pra gente. A gente passava na rua, às vezes, para fazer visitas e o pessoal perguntava e tal./ Aí no/ no outra semana apareceram 29 pessoas, e assim, foi muito bacana porque foi uma coisa que continuou, a equipe realmente se envolveu, a população se envolveu (E 10).
- (82) Aí nós começamos,/ já é o quinto período que eu vou, [...] Então eu já estou lá com a quinta turma./ Nós começamos a trabalhar a alimentação saudável./ Aí tudo bem./ Se eu trabalhava a alimentação saudável, nós,/ nossos alunos fizeram a pirâmide alimentar com eles, fizeram uma dinâmica. Eles mesmo montaram/ a pirâmide e tudo./ E não deu certo. [falando pausadamente]/ Aí, na segunda vez que a gente chegou,/ nós vimos que tinha criança de baixo peso, tinha muito pouco. De oitenta e tantos, somente quatro./ Só que dessas oitenta e tantas, 17 já estavam de/ sobrepeso e o resto de peso normal./ Então nós precisamos trabalhar com isso./ Eles precisam ter MAIS prática de atividade física, então vamos trabalhar que eles precisam APROVEITAR o horário de educação física./ Fora daqui, eles estão INDO e voltando é de ônibus escolar,/ então não estão caminhando./ Tem que aproveitar a academia, tem que aproveitar o campo de futebol. Então vamos/ FALAR isso com a população./ Aí, a vis/ a visão dos ((01:08:50)) pros/ das crianças e adolescentes. Aí trabalhamos isso com eles./ Eu falei para eles usarem o que eles tem de bem/ na comunidade para poder promover a saúde./ E aí [respira fundo]/ a gente foi trabalhar a alimentação saudável de OUTRAS formas./ Fizemos saladas de frutas, e/ não deu tudo certo [espirro]./ Aí, eu falei com os meninos: vamos fazer horta, [...] TODA escola precisa ter hora (GF 02).

A reflexão sobre a ação consiste no processo de reconstrução mental sobre as ações para tentar analisá-la retrospectivamente, tentando descrever o conhecimento tácito que lhes está subjacente (SCHÖN, 1983, 2000). De forma geral, os discursos dos participantes evidenciam uma dimensão positiva das práticas de promoção da saúde experienciadas ao longo do processo de formação, principalmente as que envolvem a educação em saúde.

Ao refletir criticamente sobre as ações vivenciadas, as intertextualidades presentes no discurso permitem evidenciar o reconhecimento da lógica prescritiva e os avanços em lidar com as situações que não aconteceram conforme planejado.

- (83) E teve, lógico, os momentos que/ a gente percebe assim: ah, poderia ter sido melhor, mas às vezes/ aquilo também foi um aprendizado/. Que já chegou a época (já aconteceu) da gente levar cartaz, e cartaz ninguém olha, mas a gente levou, fez, escreveu, cartolina, fez desenhinho e tudo, mas/ não foi assim AQUELA né (recepção)/ não foi aquela abrangência que a gente esperava, mas aí depois pensamos: "nó", poderia ter sido diferente, poderia/ talvez o erro foi na nossa (ação)/ no nosso jeito de querer transmitir, né? (E 08).
- (84) Mas, e/ A GRADUAÇÃO, porque que ela foi importante? Ela mostrou isto desde o 1º período. Então, assim, a gente/ sabia das dificuldades, [...] sabia que é difícil, tem que planejar, tem que pedir o agente/ para o agente ir lá, chamar, lembrar, mandar o convitinho [...]/ e/ eu lembro no/ no 1º período a gente chega todo imaturo, [...] Não tem muito aquela noção de ter que estudar previamente,/ mas todos os períodos sempre acontecia algo para contribuir para a promoção da (saúde)/ para a atividade proposta ser melhor do que foi antes/ (E 08).

A reflexão sobre a reflexão na ação é o processo que leva o profissional a progredir no seu desenvolvimento e a construir a sua forma pessoal de conhecer, ajudando a determinar as atitudes futuras, a compreender futuros problemas ou a descobrir novas soluções (SCHÖN, 1983, 2000). No contexto do estudo, trata-se de um benefício importante, no qual a abstração do saber por meio da experiência abre possibilidade de adaptações para a correção de falhas ao longo do processo vivenciado, estabelecendo novo padrão de conduta a ser seguido, como demonstra os excertos.

- (85) Eu acho que primeiro saber ouvir, saber dialogar,/ saber respeitar o contexto da comunidade que você está se propondo, é [...] ter interesse DE FATO em passar uma informação, em compartilhar um conhecimento, construir um conhecimento que seja palpável, que seja, é [...] passível de ser colocado em prática por aquela,/ por aquela população; então é realmente PENSAR profundamente em como passar uma informação que venha promover a saúde DENTRO DA REALIDADE daquela população, eu acho que este é o grande desafio (E 01).
- (86) Eh [...], esse currículo integrado ele é FANTÁSTICO. É uma inovação sensacional!! Você vê/ tudo, né?/ Não vou dizer você vê tudo de tudo, porque eu acredito que quatro anos e meio ainda é pouco para/ para ver tudo que a gente precisa realmente ver./ Mas você consegue ter uma visão muito ampla de todas as disciplinas/ porque são todas/ UNIDAS, [...]/ Realmente elas estão num ciclo/ você vê: pega uma coisa de bases biológicas e "linka" com outra da PIESC. Então você consegue colocar em prática tudo aquilo que você vê dentro da sala de aula/, [...]/ APROVEITA MUITO, porque lógico que a prática é um pouco diferente, porque depende não só da gente, depende do que está recebendo também./ Mas aquilo que você vê você aproveita demais,/ porque está tudo "linkado", aí você pega a parte biológica, a parte social, a parte prática e junta tudo./ É muito bom, SENSACIONAL! (E 07).

O grupo de docentes e alguns egressos conseguiram ir além da reflexão sobre a ação e apresentaram em seus relatos episódios de reflexão sobre a reflexão na ação. O refletir na e sobre a ação é uma atividade que beira o automático, pois, durante ou após desenvolver uma ação, é comum pensar sobre o que se passou. Avançar para a reflexão sobre a reflexão na ação é uma atividade de maior

complexidade que requer maturidade e sensibilidade para avaliar o contexto, a percepção das situações desfavoráveis e elaborar novas soluções para os problemas vivenciados (SCHÖN, 1983, 2000). Frente a essa complexidade, somente alguns participantes conseguiram apresentar relatos de reflexão sobre a reflexão na ação.

- (87) [...] Os temas? [...] ((00:06:37)) É, eu acho que principalmente bases de saúde pública, eu acho que ficou um pouco falho, / é [...] e como de fato realizar uma prática de promoção da saúde. A visão que a gente amadurece na faculdade é de simplesmente passar informações independente do contexto deste usuário da atenção primária, / e passamos informações muitas vezes despejando, ah, é assim que isto deve ser feito, sem preocupar se ele tinha ferramentas para realmente desenvolver isto; eu acho que faltou a gente desenvolver uma visão crítica; não sei se este processo tinha que ser passado por um professor, ou se foi/ era dependente do amadurecimento de cada um; esta visão eu ainda não consegui ter, mas eu imagino que seja um pouquinho das duas partes, temos matérias mais específicas para isto e também um/ um amadurecimento por parte do aluno (E 01).

O olhar sobre si permite que o participante enxergue sua realidade pessoal, descobrindo o seu papel no processo desenvolvido e nos resultados obtidos, confrontando-se com suas limitações e fortalezas, como mostram os excertos.

- (88) Foi até uma questão que hoje eu reflito que eu amadureci, foi meu primeiro emprego, e eu vejo muitas lacunas que eu poderia ter preenchido naquela época/ Era uma sobrecarga de trabalho muito grande, às vezes eu fazia doze horas todos os dias, e/ eu deixei muito a desejar neste sentido de promover a saúde; lá eu tinha um foco simplesmente curativo, na qual eu/ me faço uma autocrítica hoje. Era um setor ambulatorial, de controle da dor, para pacientes já crônicos, então talvez por isto eu não enxergasse uma maneira, também, de promover, mas tinham aqueles pacientes novatos que eu poderia intervir/ e eu não intervia, eu não fiz uma consulta de enfermagem, eu simplesmente agi conforme o/ os designios do hospital e eu não desenvolvi as minhas capacidades profissionais, voltadas a esta amplitude que a enfermagem tem, principalmente que é de promover, né? [...] então eu vejo como uma falha minha, / que hoje eu amadureci estando no mestrado; /se eu fosse trabalhar, eu faria de outra forma [...] (E 01).
- (89) [...] Olha/ eu acho que cada dia a gente aprende mais, é/ a gente não pode deixar de ESTUDAR, de/ procurar, mas esta base que eu tive na minha graduação me ajudou bastante/. [...] Para a profissional que eu sou hoje e/ principalmente o que eu estou/ o meu projeto/ que eu estou fazendo de mestrado é para esta PROMOÇÃO, esta vigilância, esta promoção da saúde, tanto até que eu gostei tanto que é do câncer de mama e do colo do útero, então, é/ isso me motivou bastante/ a continuar estudando e a continuar neste ramo aí de promoção (E 02).
- (90) Bom, eu acho que o que mais me marcou foi a questão do câncer de mama, que a gente realizou na praça do santuário, que a gente tinha os moldes, né? Que as mulheres tocavam e mostravam/. A gente mostrava para ela, né? O reconhecimento dos nódulos e tudo, e acho que foi muito rico porque a gente/ se deparou com algumas mulheres que já tinham passado por isto, que elas mostraram e contaram que quem acharam os nódulos foram os maridos, e assim, passaram essa experiência, tanto para a gente enquanto estudante, quanto para as outras mulheres que estavam perto, então eu acho que assim, a educação em saúde, a questão da promoção é muito essa troca, né? A gente acha/ tem profissional que acha que é só a gente oferecer conhecimento e não, né? A troca de conhecimentos/ é assim, contando com o conhecimento prévio, né?, daquela pessoa, a qual a gente vai levar mais informação (E 06).

O olhar sobre o outro se refere à percepção atenta do papel que ele exerce no processo, suas vitórias, seus problemas e suas possibilidades de avanço, como mostram os fragmentos do discurso.

- (91) É/ a promoção da/ promoção da saúde, o retorno também que eles, né? que eles ficaram satisfeitos, e falaram que/ aí entenderam que dali em diante, né? prestariam mais cuidado para poder cuidar melhor da pele em relação ao sol/ (E 08).
- (92) [...] Muito bacana, muito interessante, porque, aí, parece que incentiva mais o/ o paciente a ir, ou a estar fazendo mesmo, porque?/ Porque ele vê que ele vai chegar lá, ele não vai só estar dando uma caminhada, ele vai ter orientação quanto à sua alimentação, ele vai estar aprendendo, é/ movimentos básicos que ele pode fazer em casa, ele não precisa só ir lá para fazer um alongamento. Ele vai estar fazendo em casa, e aí, a gente foi capaz, ou seja, de olhar o paciente como um todo/ não só numa parte específica que era, também não, a gente conseguiu integralizar aqueles cuidados mesmo, foi muito bacana/ (E 10).

O olhar sobre si e sobre o outro permite a reflexão sobre a prática profissional mostrando que o pensamento crítico sobre os desafios e os avanços podem favorecer a promoção da saúde.

A proposta do curso é voltada para a dimensão da saúde coletiva. Para identificar as necessidades de intervenção, os discursos revelam que os estudantes devem fazer uso dos processos de diagnóstico situacional. Priorizam atividades direcionadas à população mais vulnerável, segundo perfil epidemiológico atual, a saber: crianças, adolescentes, mulheres, gestantes, idosos, além do foco nas doenças infectocontagiosas, nas doenças crônicas como hipertensão, diabetes e câncer, na gravidez precoce ou indesejada e na saúde do trabalhador. Esses diagnósticos são realizados em atividades de PIESC, de pesquisa e de extensão, na sua maioria.

- (93) Aí vou dar exemplo de projetos de pesquisa e extensão que a gente tem./[respira fundo] Quando eu fui trabalhar vacinação e saber do adolescente: comunicação, educação em saúde e ações para/ imunoprevenção,/ com um projeto de extensão, que é vinculado a um grande projeto, que é a análise de fatores de cobertura vacinal de adolescentes em escolas estaduais e municipais (da cidade),/ nós fomos trabalhar a ação de prevenção mesmo. Que foi/ a imunização./ Só que NUM FOCO que a gente abrangesse TAMBÉM/ a promoção da saúde./ Então, no próprio roteiro da entrevista, nós colocamos para os adoçan/ adolescentes do 9º ano/ colocar mesmo, onde que eles já tinham adquirido conhecimento sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis, [...] quais os riscos que eles tem/ para adquirir doenças transmissíveis [falando pausadamente]./ E aí eles/ eles mesmos foram respondendo./ E aí, chegamos a um ponto de perguntar para ele: você tem necessidade/ de ter alguma abordagem que você acha importante/ para você ter mais saúde?/ Aí eles começaram a listar./ Então a gente associou ações também que podem PROMOVER a saúde além das preven/ da prevenção de risco a doenças imunopreveníveis. [falando pausadamente]/ Aí eles sugeriram: é/ drogas e álcool, [...] DST/ e HIV. [falando pausadamente]/ Aí outros falaram, [...] eh/ eh/ que a gente sempre abordar em relação à prática de atividade física e alimentação saudável, [...] onde que eles mais adquiriram essas/ essas noções, [...] E aí,/ nos grupos educativos que a gente está fazendo, que é o momento que nós estamos agora,/ nós não preocupamos só em

trabalhar as DSTs e/ e/ isso (GF 02).

Para disseminar o conhecimento sobre os atuais paradigmas de saúde e de promoção da saúde, uma ampla expectativa recai sobre o processo de qualificação dos profissionais de saúde (HEIDMANN et al., 2006). Na perspectiva da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, com foco na promoção da saúde, procura-se proporcionar uma formação de acordo com o sistema de saúde, o trabalho em equipe, a atenção integral à saúde e as demandas sociais vigentes (CHIESA et al., 2007; PEREIRA; LOPES; LUGARINHO, 2006).

O texto do PPC revela a intencionalidade de formar o enfermeiro qualificado para o trabalho multiprofissional integral e humanizado em todos os ciclos da vida. Esse profissional também deve estar apto para o pleno exercício da cidadania, para a vida pessoal e para a prática social e cultural, respeitando os compromissos da educação atual presentes na Carta Magna do país e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996, 2012).

Verifica-se, nos discursos dos participantes, ênfase nos exemplos práticos de promoção da saúde quando comparado à abordagem do conceito do tema. Todos os entrevistados tinham exemplos para apresentar, remetendo a algum momento da graduação na instituição cenário. Percebe-se que, na formação acadêmica, o fazer é mais concretamente sentido que a elaboração conceitual e teórica do termo, mostrando que a prática das ações de promoção da saúde é comum, é desenvolvida em vários momentos ao longo do processo de formação, favorecendo a ampliação da visão do estudante aos modos de se fazer saúde no novo modelo assistencial na prática.

A presença de verbos de ação como desenvolver, promover, trabalhar e fazer indicam que, no cenário do estudo e na visão dos participantes, a promoção da saúde se aprende fazendo reflexivamente, contínua e cotidianamente, tendo por base a inserção precoce nos serviços de saúde, o que beneficia a aprendizagem, por meio de sucessivas aproximações com a população e com os conteúdos científicos, favorecendo a abertura da mente pelo desenvolvimento da visão crítica e da autonomia. Em outros estudos, os autores também defendem a

inserção precoce ou a aproximação com a população como forma de facilitar a aprendizagem (RIBEIRO, 2011; RUA, 2011; VILELA; MENDES, 2003).

Na prática, os discursos mostram que o foco do desenvolvimento das competências centra-se na execução, no aprender por meio da vivência, aproximando-se do que ressalta Schön (1983, 2000). Por isso, mesmo sem conseguir elaborar uma base conceitual sobre a promoção da saúde, os dados revelam que ela é uma prática cotidiana no curso. Esse é um indicativo que denota um movimento de mudança.

- (94) E que eu acho que no fundo a gente acaba conseguindo alguma coisa./ Primeiro, é/ eu fui beneficiada, porque eu trabalho em BPPE e trabalho com legislação básica do SUS. [tosse]/ Então, eu começo lá/ anterior ao SUS, da Reforma Sanitária, [...] a Constituição vem com todas as legislações./ CAIO na Política de Promoção da Saúde./ e trabalho/ com/ a Portaria 2.488 dentro da PIESC, para trabalhar a Atenção Básica de Saúde./ Então, NESSE momento, eu tento fazer um/ gancho, com tudo que/ que eu dou de aula, começando por isso./ Primeiro porque o aluno tem que entender que hoje as ações são de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, [...] tratamento, cura, manutenção da saúde, reabilitação, conforme necessário./ Só que fica muito distante para ele./ Porque a cultura nossa/ é médica [voz baixa], [...]. Todo mundo está pensando só no tratamento e na cura./ E ação de promoção/ é mais difícil de entender para o aluno do que a de prevenção, [...] Porque/ trabalhar a prevenção com a aluno ele entende muito bem (GF 02).

Do ponto de vista da *práxis* educativa, os achados nos remetem à discussão entre a teoria e a prática, a hierarquia do conhecimento e a ideia do concreto e do abstrato. Ressalta-se, no cenário do estudo, que o desenvolvimento das competências para a promoção da saúde acontece a partir da prática, até mesmo porque pouco há de específico sobre o tema no texto do PPC.

Ao analisar a inserção do egresso na vida profissional, a necessidade dessa prática integrada no contexto dos serviços de saúde é percebida com base na análise crítica das situações vivenciadas. Alguns se sentem preparados, mesmo que ainda não tenham tido a oportunidade de expressar, na prática profissional recém iniciada, as competências para a promoção da saúde.

- (95) Como, é/ [pausa para elaborar a resposta] eu não trabalhei, é, após a/ [pausa para elaborar a resposta] eu não trabalhei na área de enfermagem após a minha graduação, mas eu realizei, é/ projetos de pesquisa, como foi até o PET saúde é “gerar, nascer e crescer”, no qual eu trabalhei onde, é/ nos tínhamos a/ a/ [pausa para elaborar a resposta] é assim/ uma das coisas que nós fazemos lá é a puericultura, da, é/ das crianças e esse, principalmente esse projeto nos ajudou muito a/ a gente/ a lidar realmente com a/ com a pessoa/ com/ [pausa para elaborar a resposta] com o paciente, [...] Com o paciente, com a criança, então assim, é, a gente estava/ além de a gente estar estudando a gente está cumprindo o que a gente aprendeu, nós estávamos ali, ((00:02:56)) [...] / é/ naquele tempo ali, fora da universidade, mas/ não só aprendendo NA PRÁTICA, mas também, é/ como lidar com/ com o paciente, a humanização, e [...] os professores, eles/ nos ajudavam/ nos guiavam nesta parte, eu achei assim que/ nesta parte da minha formação foi muito

importante, principalmente na parte de, é, de/ PESQUISA, que é o que eu hoje estou trabalhando e isto me ajudou muito/ (E 02).

No campo da promoção da saúde é necessário mobilizar a reflexividade crítica para ações e contextos complexos, instáveis e imprevisíveis. É preciso superar as fronteiras entre as disciplinas, considerar a incerteza e as contradições como parte da natureza humana e, ao mesmo tempo, usar a solidariedade e a ética individual e coletiva como canal para a religação dos seres e dos saberes rumo ao pleno exercício da cidadania nas diversidades (SÁ-CHAVES, 2005).

4.3 As estratégias curriculares e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde

Os achados revelam que a proposta curricular apresenta estratégias pedagógicas diferenciadas, que podem funcionar como dispositivo para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde mediante uma educação multidimensional transformadora.

A educação multidimensional transformadora é apontada, principalmente no PPC e pelos docentes, como estratégia central para estimular, no enfermeiro, o desenvolvimento de competências essenciais necessárias para o exercício qualificado da profissão, para o pleno exercício da cidadania e para o bem-estar pessoal. Apesar da distância entre o descrito teoricamente e a prática, acredita-se que a formação plurifacetada pode favorecer a reflexividade e, por conseguinte, é apontada como responsável pela mudança das práticas e do modelo assistencial vigente, ainda centrados nas ações pseudocurativas.

- (96) [...] com a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, em 1988, deve-se buscar ativar processos de mudanças na formação de recursos humanos na área de saúde para atuarem como sujeitos do processo de transformação das práticas de saúde vigentes. Isso porque [...] a atuação dos profissionais de saúde tradicionalmente esteve centrada no paradigma flexneriano, sobretudo diante das proposições do Relatório Flexner de 1910 (PPC, p.05).
- (97) O Centro [...] ciente de sua responsabilidade social na construção de um sistema de saúde efetivo busca fomentar em sua proposta, a formação de um enfermeiro que reconheça e vivencie cotidianamente suas responsabilidades e atribuições no campo da saúde, e que valorize as ações de atenção primária sem, no entanto, subestimar a atenção secundária e terciária. Um profissional capaz de superar o modelo medicalizante, com um olhar diferenciado para o modo de viver das pessoas, construindo a crítica do ponto de vista do

cuidado integral, assegurando a qualidade e humanização da assistência aos indivíduos, famílias e coletividades (PPC, p.11).

- (98) [...] então assim, a gente tem muito a avançar/ [murmúrios]/ e eu acho que esse AVANÇO a gente só vai conseguir a partir do momento que a gente consiga pegar essa teoria, [...], que está muito/ muito bem desenhada nas políticas, e trazer essa teoria PRÓXIMA daquele cenário [...] mas só que elas ficam muito distantes/ e a gente/, essa reflexão que a gente faz/ tem que fazer com o aluno, pra isso, pelo seguinte: no dia que ele formar, ele ser uma pessoa diferente/ (GF 01).

No cenário do estudo, a experiência vem do aprender a “fazer fazendo reflexivamente”, que consiste na forma de adquirir conhecimento e desenvolver competências para atuar na promoção da saúde. Essa experiência fortalece o estudante, promovendo sua autonomia, autoestima e autoconfiança. Esses achados encontram respaldo na teoria da reflexividade (SCHÖN, 1983, 2000). Essa vivência pode ser desenvolvida nos cenários de prática em estabelecimentos de saúde ou por meio da simulação realística. A simulação se apresenta como um método de ensino que insere o estudante como foco central da aprendizagem, tornando-o capaz de construir o aprendizado cognitivo por meio de problemas propostos que o expõe a situações motivadoras, elaboradas com base em casos reais.

Os discursos apontam que aprender a “fazer fazendo reflexivamente” é a melhor forma de desenvolver competências para a promoção da saúde, já que viver e conviver imersos no contexto da prática (SCHÖN, 1983, 2000) é o que coloca o profissional no patamar da excelência crítica e reflexiva na tentativa de achar soluções para os desafios da complexidade da prática (ALARCÃO, 2000). Para desenvolver ações sustentáveis de promoção da saúde, o aprender a “fazer fazendo reflexivamente” também é apontado como condição pelos participantes. Reforça-se a importância do estímulo ao exercício do pensamento crítico no contexto educativo, alicerçada na crescente valorização de diferentes capacidades, na formação do quociente de inteligência emocional individual, nas habilidades sociais e interpessoais, na realização profissional e na cidadania consciente (SÁ-CHAVES, 2005, 2002).

A análise dos discursos dos participantes aponta que a reflexão sobre a prática de ações de promoção da saúde tem destaque no processo de formação, movido

por termos ligados à prática, ao fazer, à ação, intertextualmente, desde o início do curso.

- (99) Para que o ensino de enfermagem possa ser apreendido em toda a sua dimensão, sob o enfoque de “fato social total”, são necessários saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões do social, do psicológico e do biológico. Isto implica num ensino desenvolvido por meio de práticas integradas, que incorporem saberes técnicos e populares e vejam o homem no seu contexto, o que extrapola o setor saúde e nos desafia a buscar intersectorialidade; mostrar ao aluno que ele é sujeito do processo dentro de suas condições e realidade. Ele deve participar e deixar de ser subordinado ao processo de aprendizagem (PPC, p.16).
- (100) Em vários momentos desenvolvi práticas com os usuários sobre como prevenir doenças por meio de encontros nos quais orientamos esses usuários na prática saudável em saúde e também orientando-os quanto ao auto cuidado quando uma doença já está instalada para que ele tenha uma melhor expectativa de vida mesmo com doenças já instaladas (E 02).
- (101) Sim, eu acho que,/ na questão do nosso currículo a gente está sempre fazendo isso em várias/ várias matérias [...]. Em várias atividades, seja na saúde da mulher, da criança, na questão administrativa. Então assim,/ eu acho que o currículo nosso é muito rico nessa questão de estimular a gente a fazer esses/ projetos de promoção, prevenção de saúde. Então eu acredito que isso é essencial, eu vejo assim, que às vezes a gente trabalha com outros profissionais que tem outras formações, que a gente não vê que eles tem essa FACILIDADE, [...] ,essa HABILIDADE. Não trabalharam com isso, então eles não sabem nem fazer. Eles acham que promoção da saúde é chegar e dar palestras, [...]/ E a gente sempre trabalhou que não é só isso, [...] A gente tem que/ tem “n” fatores, [...] que envolvem essa questão de educação na saúde (E 06).

Ênfase é dada ao processo de formação do estudante de enfermagem, considerando a relação teoria-prática, ao aprender fazendo reflexivamente, ao aprender com os erros, mesmo que as ações não sejam obrigatórias em algumas unidades curriculares, como previsto no PPC. Essa relação teoria-prática, a partir da experiência, contribui para a formação reflexiva conforme discutem outros autores (SCHÖN, 1983, 2000; VILELA; MENDES, 2003).

As aulas práticas, ministradas ao longo do curso, foram citadas como estratégia para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde. A unidade curricular PIESC, de modo especial, e o estágio supervisionado, incluindo o internato rural, em todos os níveis de atenção, aparecem em destaque como forma de integrar o conhecimento e facilitar a aprendizagem prática e reflexiva do tema, no processo de formação do enfermeiro.

As aulas teórico-práticas, ministradas ao longo do curso, também foram citadas pelos docentes como estratégia para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde. Das unidades curriculares citadas, BPPE, BBPE, PCE e as

disciplinas optativas foram destacadas pelos participantes, haja vista a importância de se trabalhar alguns conteúdos específicos, principalmente de educação em saúde, de políticas públicas e de legislação em saúde para fomentar as atividades práticas junto à população. Mesmo pouco valorizada no início, por ser fundamentalmente teórica, é da unidade curricular BPPE, pela sua função integradora, que os estudantes mais se lembram no final do curso, quando estão no estágio supervisionado.

- (102) Então/ com a questão da política que a gente vai discutir é em bases psicossociais, do so/ tudo é nas bases psicossociais./ E é a unidade curricular que o aluno mais menospreza, entendeu? [...] aí [...], ele dá uma acordada porque ele vê que é uma oportunidade importantíssima, e no ÚLTIMO, quando a gente pega o estágio supervisionado,/ porque é quando a gente vem para as discussões, que é a orientação, que **a gente retoma TUDO** [fala pausadamente] que ele viu/ [...], porque é a hora que ele precisa dessas questões para discutir [...] aí ele/ dá valor a essas bases psicossociais que ele menosprezou ao longo do curso (GF 01).

A visita domiciliar, durante as atividades práticas, e o seminário integrado são apontadas como atividades pedagógicas importantes para que o estudante vivencie as múltiplas realidades sociais e sua influência na vida e na saúde das pessoas sob seus cuidados, favorecendo a visão ampliada, a reflexividade e a integração do conhecimento.

- (103) [...] o seminário integrado, eu acho que é a oportunidade [tosse] que o aluno tem/ de fazer uma reflexão mais aprofundada, SOBRE aquela situação.[...] o aluno ele escolhe um caso da prática,/ da PIESC/ para aprofundar a reflexão nos aspectos é/ principalmente que ele viu naquele período, mas claro, resgatando a/ a/ conteúdos e conhecimentos que ele já/ já tem previamente./[respira fundo] E ele vai fazer uma reflexão mais aprofundada daquela situação, PARA PROPOR é/ para pensar, para fazer um planejamento,/ propor intervenção/ para uma situação do ponto de vista mais ampliado, pensando tanto/ na questão clínica, integrando com as bases psicossociais./ Eh/ com o cuidado de enfermagem propriamente dito. [...] então eu acho que é importante o aluno VER a continuidade daquilo que ele fez e ele pensar, e ter oportunidade de voltar/ e propor outras coisas, depois de uma reflexão.[...] Então, eu acho que o seminário integrado [...] é uma oportunidade MUITO RICA do aluno desenvolver essas competências/ de NÃO olhar SÓ para o tratamento da doença, mas olhar para o indivíduo, de uma maneira/ mais ampliada, como uma pessoa, inserida num contexto familiar, social. [...] Ou seja, o seminário integrado, eu vejo que ele é o culminar/ de TODA a prática da PIESC./ Então ele JAMAIS pode ser/ uma coisa desvinculada da PIESC, [...](GF 02).

Ressalta-se que, no caso dos seminários integrados, para o grupo docente é importante a manutenção do uso de casos reais, vivenciados pelo estudante na prática da PIESC em substituição ao uso de casos fictícios, utilizados em determinados momentos do curso, pois não permite discutir nuances ou mesmo desdobramentos após as primeiras intervenções propostas e/ou implementadas. Além de favorecer a continuidade do processo de enfermagem, o uso de casos

reais favorece o contato íntimo com os determinantes do processo saúde e doença e estimula a criatividade para encontrar soluções factíveis, até mesmo pelo vínculo estabelecido com a família do usuário utilizado como base para o estudo.

(104) Nós reunimos lá o nosso pessoal do 7º período./ O pessoal fez uma forma diferente agora [tosse]./ Fazendo tudo teatro/ e nesse teatro pega-se algumas questões/ eh/ eh/ e apresenta. [...] eu continuo achando que/ essa experiência desse CASO, que vem da prática,/ que o aluno acompanhou,/ que o aluno viveu e que depois ele traz TODAS essas dimensões o seminário integrado,/ isso é MUITO rico. [...] Pelo menos é o que eu vejo no 1º, no 5º, no 6º também já foi assim, [...] [falando pausadamente] Eh/ eh/ é muito rico, eu acho que a gente não podia perder, [...] como a [voz muito baixa]. [...] Então, eu acho que isso que o (colega) está falando eh/ eh/ a gente atingir o significado, a partir de uma experiência/ PRÁTICA, [...] e/ e/ não algo que é só hipotético/ e que fica no imaginário. [falando pausadamente]/ Então, por exemplo, foi muito legal esse semestre, porque eu peguei um paciente, aí ele/ ele assim/ foi para a cirurgia, foi para a UTI, depois ele voltou para lá [respira fundo],/ depois agora ele está no Setor 8, que é um/ um/ setor de acompanhamento de paciente oncológico./ E os alunos [tom de contentamento] foram vendo o paciente em todos os lugares./ Eu falava: vai lá, vai perguntar para o paciente, porque/ a gente precisa entender/ como que ele vai evoluindo. Até para vocês entenderem/ como que/ como que vai ser o acompanhamento desse paciente e tal./ Isso só é possível NA PRÁTICA, [...] [nesse momento outros docentes sinalizam que concordam com a colocação da participante] Eu JAMAIS conseguiria INVENTAR uma situação dessas, jamais./ Jamais eu conseguiria/ (GF 02).

(105) [...] A gente já fez sabe (colega), [tosse] seminário hipotético./ Eu já participei dessa construção também./ Onde a gente hipotetizava um paciente./ Os meninos tiveram IMENSA dificuldade com isso./ Porque, principalmente na hora de fazer o processo de enfermagem,/ eles apresentavam várias características definidoras [...] Inventada não é? [falas simultâneas] [...] que não [vários falando junto] tinha ((01:31:14)) como acontecer uma coisa com a outra [nesse momento outra docente sinaliza que concorda com a colocação do participante]./ Aí a gente ficava: mas por que essa característica definidora num paciente DPOCítico?/ Por que?/ Ah, professor, não é que isso aqui a gente inventou./ Então, esse negócio de/ seminário integrado, com caso inventado, isso NÃO funciona [falando pausadamente]./ Pelo contrário./ Isso só desmotiva o aluno a REALMENTE fazer esse seminário integrado. [...] O próprio professor se sente perdido [falas simultâneas]. [...] Não, EU realmente me sentia/ completamente desmotivado./ Como é que eu vou/ [comentários paralelos entre participantes] ORIENTAR um aluno./ Aí eu ficava inventando: vamos pensar que esse paciente então/ ele tem que ser referenciado/ ou contrarreferenciado./ Vamos pensar, [...] Aí não dá, [...] [falas simultâneas] [comentários paralelos entre participantes] [...] Então, mas essa/ essa prática não pode, [...] o seminário, é isso que acaba ((01:31:50)) (GF 02).

A participação em projetos de extensão e pesquisa, citada como estratégia comum, é valorizada para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde. Os projetos de extensão, Ligas Acadêmicas e PET encontram destaque, pois, apesar das dificuldades de implementação, quando acontecem, permitem consolidar a aprendizagem do estudante, reforçando algumas competências e favorecendo sua autonomia. Ênfase também é dada à iniciação científica e à elaboração do TCC.

(106) A gente trabalha também com a promoção da SAÚDE,/ ALERTANDO esses adolescentes.

Agora a gente está trabalhando só com 8º e 9º ano do ensino fundamental,/ em relação ao meio que está e/ é/ em RISCO em relação a drogas, [...] O tanto que isso pode trazer de violência para a sociedade,/ intrafamiliar./ A necessidade que eles tem de pensar na saúde construída ao longo da vida. [falando pausadamente]/ Para eles terem mais práticas de atividade física e mais alimentação saudável./ E isso a PESQUISA e extensão ajuda (GF 02).

Acredita-se que as estratégias que permitem a aproximação com a realidade dos contextos de saúde da população e da vida profissional, como defendida por Silva e colaboradores (2007, 2009, 2010), oportunizam ao estudante maior aproximação com a realidade e, conseqüentemente, maior possibilidade de desenvolver competências para a promoção da saúde.

- (107) Então, quando eu vou desenvolver uma pesquisa, eu TENTO colocar/ o que inclui também a promoção e a prevenção de riscos, [...] a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos./ E no cotidiano do ensino, eu/ eu TENTO fazer com/ com que isso aconteça (GF 02).
- (108) A gente/ também,/ a minha área, eu estou na área do idoso,/ trabalha bastante com a promoção da saúde, [...] principalmente quando a gente vai para os/ para os ASILOS aí,/ tanto com o grupo da extensão, quanto com o grupo do PIESC 7. [...] A GENTE PECA UM POUCO aqui,/ eu acho que todas as disciplinas aqui, na minha visão, até hoje, [...] Que a gente não CONSEGUE, eu não consigo fazer/ nas outras disciplinas, nas outras atividades, na extensão tenho conseguido mais,/ e aí, até agora, [...] (GF 02).
- (109) Teve também/ a experiência do PET, [...] que foi o Gerar, Nascer e Crescer: uma intervenção de saúde./ Eu achei que foi uma experiência/ que/ os alunos conseguiram desenvolver/ VÁRIAS dessas competências, [...] (GF 02).
- (110) Mas eu acho que as outras/ que as outras/ por exemplo, a "comunicação", [tosse] é/ o "planejamento", elas/ a gente consegue/ fazer isto na extensão, [...] A gente tem outros projetos, não sei se a (colega) vai falar, a (colega) já falou [...], do NASCER, que é um projeto que/ a gente/ já tem os alunos já estão (inseridos)/ eles mesmos é que/ desenvolvem, [...] Então eles estão já/ indo para OUTRAS cidades, para falar sobre/ amamentação, sobre parto,/ sobre as necessidades que/ que se surgem aí. Então eles são convidados. Eu tive a/ o prazer de acompanhá-los em outra cidade, em (nome da cidade), [falando pausadamente] [...] e/ eu achei MUITO BOM, porque eu pude ver como os alunos puderam/ se comunicar,/ em OUTRAS cidades,/ como eles conseguiram chegar e se posicionar, e fazer uma/ uma boa intervenção, [...] com as gestantes. Então eu vi que assim,/ que o projeto de extensão ele CONSEGUIU é/ desenvolver nessas alunas a capacidade de comunicação./ Aí o trabalho delas no final foi muito elogiado, então/ eu achei isso muito importante. [voz baixa] Eu acho que a pesquisa e a extensão também trazem muito isso, [...]. [voz baixa] E conseguem fechar aquilo que FALTAR/ lá no ensino (GF 02).

No cenário do estudo, os dados revelam que os contextos mais favoráveis à prática reflexiva no desenvolvimento das competências para a promoção da saúde são os que comportam a integração ensino-serviço-comunidade, a interação professor-estudante e o trabalho em equipe. Esse achado encontra respaldo em outros estudos que mostram que a maioria das experiências, nos

processos de formação acadêmica, acontecem durante ações que favorecem a integração ensino-serviço-comunidade (HENRIQUES, 2005; SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011), o que pode ser aplicado às ações de promoção da saúde.

Nesse estudo, a integração é entendida, com base nas fontes das matrizes de análise dos discursos, como uma combinação de partes que trabalham isoladamente, formando um conjunto que trabalha como um todo. Essa integração pode acontecer de duas formas: a integração ensino-serviço e a integração ensino-pesquisa-prática. Na primeira, as práticas de ensino são desenvolvidas nos serviços de saúde, com vistas ao fortalecimento da experiência do estudante na vivência cotidiana da prática profissional. Na segunda, o desenvolvimento de atividades de ensino são associadas à pesquisa nos cenários dos serviços de saúde, com participação de professores, estudantes e profissionais da prática.

No contexto do estudo, as duas integrações estão presentes e acontecem nas atividades práticas de algumas unidades curriculares, principalmente a PIESC, além de participações em projetos de extensão/PET, pesquisa e estágio supervisionado. Todas as fontes de dados apresentam relatos sobre esse processo de integração que apresenta, como principal elemento diretivo, o próprio PPC.

(111) Bom, eu me recordo que na graduação as práticas de/ promoção da saúde desenvolvidas foram relacionadas ao PET. PET saúde da mulher em que eu fui aluna voluntária durante dois anos, ou um ano e meio, eu não me recordo, e também durante a iniciação científica. É/ nós realizávamos campanhas de hã/ prevenção ao câncer de mama e colo de útero/ hã/ na região central [...] e também nos postos de saúde [...] (E 01).

O foco do ensino da promoção da saúde recai sobre as atividades práticas. Todas as estratégias pedagógicas, como a visita domiciliar, as aulas teórico-práticas e os ensinamentos clínicos, culminam para isso, reforçando a PIESC como a responsável por esse aprendizado por meio do fazer. Nesse ponto, o seminário integrado é a ponte entre as atividades teóricas em sala de aula e as práticas clínicas desenvolvidas na PIESC.

Entre as diferentes estratégias do currículo em análise se sobressaem a inserção dos alunos na realidade dos serviços e da comunidade desde os períodos iniciais, a integração curricular entre teoria e prática e entre ciclo básico

e ciclo profissional. A Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade (PIESC) congrega essas diferentes estratégias e é apresentada como a marca do curso no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde.

4.3.1 *Imersão precoce? Ou a termo?*

Para além de inserir o estudante desde o início do curso no campo de prática, a imersão do estudante na realidade dos serviços de saúde, com contato direto com a população, potencializa o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro.

(112) Eu acho que quando a gente **expõe**, [...], vamos supor/ é [...]/ a palavra certa não é **expor**, a palavra certa é quando a gente OPORTUNIZA esse cenário é/ da ida/ ida mais RÁPIDO pro cenário de prática/... isso favorece muito./ [...] Isso favorece muito porque/ o aluno ele choca a sua realidade. [...] Acho que esta questão da IDA mais cedo ela é importante desde que atrelada com o que IRÁ FAZER [...] (GF 01).

No discurso, o uso de termos relacionados a “expor” se remetem à inserção precoce do estudante no cenário de prática, desde o primeiro período do curso. Considerando que o estudante só aprende o que lhe é significativo, é importante ressaltar que a ida ao cenário de prática deve estar atrelada a algum propósito específico, cuja necessidade formativa a ser cumprida deve satisfazer a premissa do ensino centrado no estudante. Identifica-se que o discurso da inserção precoce no PPC reforça o presente nos documentos analisados e nas falas dos egressos, configurando-se em um interdiscurso que reforça a diferença entre “ir a campo” e “estar em campo” como algo esporádico e continuado, respectivamente.

(113) A inserção do aluno de enfermagem se dará desde o primeiro ano acadêmico, na realidade social e de saúde do município. O propósito é colocá-lo frente às necessidades de saúde das populações de modo que processualmente vá se responsabilizando por elas, buscando intervir sistematicamente (PPC, p.10).

(114) [...] Nossa, COM CERTEZA, com certeza, principalmente porque a inserção do aluno desde o PIESC I no campo, já facilita bastante, porque o aluno tem uma visão bem abrangente da/ do serviço; é muito diferente você estar somente na sala de aula,/ estudar sobre o sistema de saúde, mas não conhecendo realidade; ir para o campo só mais nos últimos períodos. [...] Agora **você estar no serviço e vivenciar** realmente, junto com a população quais são os dificultadores, os facilitadores para acompanhamento do tratamento, [...] é outra/ um adicional muito importante (E 09).

Assim, em contraposição ao modelo ainda hegemônico de postergar a entrada do aluno em campo para o momento em que ele já avançou no curso, o discurso

demonstra que a ideia da inserção precoce no campo de atuação profissional é uma prática social compartilhada no cenário de estudo e contribui para o desenvolvimento de competências. Essa inserção possibilita a aquisição de conhecimentos, habilidades e valores para a prática rumo à mudança do modelo assistencial.

O contato com a população está previsto no PPC para acontecer desde o primeiro período do curso na atenção primária. Esse contato, que objetiva favorecer o aprendizado do cuidado humanizado e da experiência de conteúdos aprendidos nas atividades teóricas, é ressaltado nos discursos como fator preponderante para a formação do enfermeiro

(115) Então, os alunos/ é/ eles,/ desde o 1º período, eles analisam o território, conhecem o ambiente,/ conhecem as situações de saúde, as iniquidades que essa população vive, e, a partir desse conhecimento, ele vai/ ESCOLHER uma família, e dentro dessa família ele vai tentar propor mudanças ali,/ planejar a assistência desta família, é/ TRAZER esta família para que ela reconheça o seu próprio problema e tentar ali empoderar/ empoderar essa família para que ela possa é/ é, DE FATO, mudar, ou aderir a/ a/ essa assistência (GF 02).

(116) Nós, no 2º período, trabalhamos muito com/ as práticas de alimentação saudável, [...] tanto/ na ESCOLA/ quanto [...] em visitas domiciliares e orientações individuais/ para a família, [...] tanto adultos quanto crianças./ E na escola [...] nós desenvolvemos, [...], além destas práticas de educação em saúde [...] a gente [...] desenvolve, [...] é/ sobre SEXUALIDADE, métodos contraceptivos,/ muitas vezes a gente FAZ visitas, [...], lá no CEMEI para avaliação da LINGUAGEM de crianças, [...], de 2 a 4 anos e aí nós trabalhamos [...] COM as crianças a prevenção de acidentes,/ tanto na ESCOLA quanto em casa (GF 01).

Acredita-se que o discurso da inserção precoce encontra-se hegemonicamente construída na prática social do cenário do estudo. Para além dessa inserção, que não é precoce, mas a termo, é preciso investir na imersão do estudante na realidade dos serviços e dos determinantes de saúde e doença da população. A imersão, ao contrário da inserção, vai além da presença no cenário de prática, pois possibilita o contato profundo com os contextos sociais e tende a provocar, no estudante, a reflexão sobre o que acontece ao seu entorno. Essa reflexão possibilita avançar na busca por soluções para os problemas que afligem a população e favorece as práticas profissionais nos serviços de saúde. É preciso colocar o estudante no campo de prática pensando criticamente sobre o que faz, mediados por professores com intencionalidade pedagógica do ensino reflexivo.

Apesar da fugacidade das práticas cotidianas, para favorecer o desenvolvimento de competências essenciais deve-se investir em propostas

pedagógicas que favoreçam a imersão, o estar, a vivência, em detrimento das atividades esporádicas e passageiras em campo. Acredita-se que, mesmo diante de obstáculos, a imersão se mostra como uma ferramenta eficaz na evolução da aprendizagem, tornando-a significativa ao estudante. A imersão nas práticas e nos serviços de saúde possibilita, ao estudante, uma percepção crítica e reflexiva da realidade, buscando a essência dos processos, suas continuidades e rupturas. Essa articulação do conhecimento adquirido com a realidade pode estimular mudanças comportamentais nas práticas profissionais, afastando o futuro profissional do modelo tradicional de se fazer saúde, já que, desse modo, se aprende fazendo reflexivamente (DALLA LANA; AREND BIRNER, 2015; GARCIA; KATHER, 2012; KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2015; VILELA; MENDES, 2003).

Na realidade da enfermagem, a imersão em campos de prática possibilita momentos de troca contínua, favorecendo as relações de trabalho com a equipe, o conhecimento do trabalho do profissional na sua magnitude, o desenvolvimento das competências e das dimensões assistencial e gerencial. Ou seja, são momentos nos quais educador e educando atuam colaborativamente para o desenvolvimento e a execução das atividades, agregando as dimensões de atitude, habilidade e conhecimento, sustentadas por uma *práxis* educativa que estimula o pensamento reflexivo e ativo (DALLA LANA; AREND BIRNER, 2015; KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2015).

A inserção no campo de prática é uma oportunidade para o estudante vivenciar o cotidiano da assistência de enfermagem. Essa transcorre normalmente de forma obrigatória, visto que faz parte da unidade curricular PIEESC. A imersão, por outro lado, pode ser alcançada, além da PIEESC, em atividade voluntárias, como as atividades de extensão, PET e pesquisa.

Nos discursos é possível perceber que a prática é demonstrada como o grande cenário que favorece o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde. A atuação continuada no campo de prática, pela inserção e imersão nos serviços de saúde, funciona como dispositivo importante para tornar o aprendizado significativo para o estudante. Permite-se, também, a articulação entre teoria e prática e entre ensino, serviço e comunidade, levando ao desenvolvimento de competências e à consolidação do conhecimento.

4.3.2 Teoria e prática: proporcionando o encontro entre dois mundos

A articulação entre teoria e prática, a possibilidade de aproximação com outros cursos da saúde e a proximidade com o professor são sublinhados pelos docentes como fatores fundamentais para avançar na formação do enfermeiro, incluindo o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde.

- (117) [...] Não, mas esse não é do seminário./ É um momento da PCE, é outra experiência, que diz respeito ao PS/ o PCE 5/ e que a gente tentou sair então/ simplesmente de uma aula/ em que os alunos iriam ler e a gente iria falar ((01:36:16)) e passamos para uma realidade [...] Foi uma estratégia exitosa [voz muito baixa] [...] Eu acho interessante, é/ é interessante a gente diferenciar PIEESC, [...] que ela já é a prática [nesse momento outra docente sinaliza que concorda com a colocação do participante] que a gente vai utilizar/ das/ das unidades curriculares em si, [...]/ Porque lá soma tudo e a gente aplica de uma forma só./ Mas, quando a gente está vendo uma unidade [tosse] específica,/ a gente tem que voltar aquilo/ para aquele momento, [nesse momento outra docente sinaliza que concorda com a colocação do participante] mesmo que contextualizando o todo/ (GF 02).

Reforça-se que os espaços de atividades práticas podem ser utilizados como oportunidade de abordagem teórica de conteúdos, mesmo aqueles que tiverem previsão de serem trabalhados em momentos futuros, aproveitando o que aparece na prática momentânea. Mesmo não sendo unânime, no início, essa subversão da prática à teoria é apontada como um diferencial importante na proposta em curso. O discurso dos participantes se mostra coerente ao assinalar a possibilidade de trabalhar conteúdos práticos sem ter havido contato teórico prévio. Esse fato é apontado como um diferencial na proposta pedagógica em curso.

- (118) Principalmente na PIEESC. [tosse]/ Quando eu cheguei aqui, eu era uma das pessoas que a (colega) falava assim/ o negócio da teoria antes da prática, dava vontade de voar na (colega) [risos]./ Esse negócio da teoria.((02:02:07)) [comentários paralelos entre participantes]/ Eu/ eu confesso que eu. [conversas paralelas]((02:02:09)) [...] E assim, hoje,/ a/ NA PIEESC,/ eu já consigo ver/ essa POSSIBILIDADE/ de ser como a (colega)/ a (colega) coloca (GF 02).

Nesse ponto, notam-se, ainda, resquícios do modelo flexneriano de ensino que preconiza a teoria antes da prática (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Como forma da teoria embasar o que será visto na prática, segundo os participantes, essa conduta, por vezes desnecessária, deve ser revista no cenário do estudo, pois possibilita trabalhar conteúdos práticos de forma independente da teoria. Esta, por sua vez, pode ser desenvolvida de forma integrada à prática desenvolvida.

- (119) OUTRA coisa que eu acho importante é ele subverter a lógica de SEMPRE a teoria estar na frente, [...] Então, por exemplo/ eu vejo isso muito na/ no/ na/ no PIEESC./ Eu vou para o

hospital com o aluno/ com os alunos [respira fundo]/ e às vezes o que chega lá/ é uma mulher com uma/ pré-eclâmpsia, [...] e ele **NEM viu ainda**, [...] [falando pausadamente] Então ele/ é o que tem ali na prática./ Começou a PIESC, o negócio já começa./ O que apareceu./ Aí ele fala: mas eu nem sei o que que é isso./ Então nós vamos aproveitar **agora**, você vai saber agora, [...] QUANDO/ o dia que chegar a aula,/ **lá na frente**./ é porque vai ter uma aula/ para isso, mas/ **HOJE é aula também**./ Então eles tem que/ começar a entender que A PIESC é uma aula no campo, [...] Então hoje é uma aula./ Você vai ter um TEMPO para isso./ E aqui a gente vai ter/ **ESPECIFICAMENTE** a aula de DHEG./ mas/ eles já começam a ver aquilo, [...] Então eu acho que subverter essa lógica de que teoria/ vem primeiro/ e a prática vem depois/ eu acho que é **OUTRO** ganho. [falando pausadamente]/ E é uma maneira de conseguir/ atingir. [...] É verdade [falas simultâneas] (GF 02).

Nesse ponto, destacam-se, nos discursos, referências ao elemento textual da temporalidade manifesto pelo uso de termos como “*o antes*” ou “*o depois*”, “*nem viu ainda*” ou “*quando será aprendido*”, “*lá na frente*” ou “*o hoje*”.

Esse achado permite inferir que o desenvolvimento de competências é algo que pode acontecer independente da lógica teoria e prática, do que vem antes e o que vem depois. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, onde teoria e prática podem ser abordadas de forma interligada. Por isso, é preciso avançar para a ruptura com a lógica prescritiva, visto que, ao abordar um tema durante a prática, não há necessidade de ter a aula teórica complementar. Se pensar dessa forma, o docente e o estudante podem deixar de aproveitar o momento de rico aprendizado para esperar por uma aula ou por um aprofundamento futuro naquele tópico. É preciso conectar os dois mundos - teoria e prática – rompendo com a estrutura do currículo fragmentado.

Apesar da abertura proporcionada por algumas unidades curriculares, nota-se, ainda, o enrijecimento do currículo nos módulos integradores, que acabam funcionando como disciplinas tradicionais. O ensino é o espelho do trabalho do professor, portanto, para que seja reflexivo, é preciso que o professor mediador tenha essa intencionalidade pedagógica. Essa intencionalidade pedagógica é determinante no processo educativo reflexivo.

Outro ponto diferencial na proposta pedagógica é a integração entre as unidades curriculares, o que favorece a ruptura da lógica dos ciclos básico e profissional.

(120) Eu falo assim: eu não VIA o sentido, hoje eu vejo assim [...] que está tudo interligado/ eu falo: gente como é que é importante [...] então é/ essa/ saber de tudo, [...] então quando você vai estudar você fala assim: puxa, tem uma deficiência, não é só da disciplina e ela é

essencial para fazer o que eu estou fazendo agora,[...] [nesse momento outros docentes sinalizam que concordam com a colocação da participante]/então você tem que saber DE TUDO um pouco, não é?/ (GF 01).

- (121) Eu acho/ eu vejo DUAS coisas que nosso currículo consegue é/ é [...] promover a/ promover não, [...] porque promover a promoção,/ fica complicado, [voz baixa]/ mas que ele [comentários paralelos entre participantes] **CAMINHA na direção**/ de garantir/ eu vejo duas coisas importantes./ Eu acho que primeiro:/ ele/ **quebra** a lógica de ciclo básico, [...] [nesse momento outra docente sinaliza que concorda com a colocação da participante] com ciclo/ profissional, [...] Com certeza [falas simultâneas] [...] Gente, o que é que está acontecendo?/ Eu achava que estava assim [...] Dois mundos diferentes [falas simultâneas] DOIS mundos diferentes./ Dois mundos diferentes. [...] A gente ficava doido [falas simultâneas] A gente pa/ nem/ nem/ estudava tanto mais, [...]. [nesse momento outro docente sinaliza que concorda com a colocação da participante] [conversas paralelas] Nem dava tanto valor. [...] A gente ficava doida [falas simultâneas] [risos] Eh/ então, eu acho que a primeira lógica de **QUEBRAR**,/ essa **ruptura**, [...] eu acho que ela é significativa, porque aí ela/ REALMENTE/ esse/ essa complexidade que o (colega) falou/ da/ da PROMOÇÃO saúde./ que a gente sabe que é difícil/ para NÓS também. [voz baixa] Não é só para o aluno./ Eu já vejo que o aluno já começa a ser inserido daí,/ DESDE o 1º período./ Então, para ele é MUITO mais [demonstração gesticular de recurso favorável aos estudantes]/ Talvez para nós profissionais seja mais DIFÍCIL,/ porque NÓS fomos formados/ nessa diferença [nesse momento outro docente sinaliza que concorda com a colocação da participante] de ciclo básico e ciclo profissional./ Então, eu vejo que nosso aluno ele tem um GANHO [falando pausadamente] em relação a isso/ (GF 02).

Os docentes lembram, ainda, que no seu próprio processo de formação essa aproximação com a população muitas vezes acontecia no final do curso, o que dificultava a compreensão das diferenças regionais, no que diz respeito à cultura, à linguagem, às crenças e aos tabus. Além disso, as disciplinas eram desenvolvidas em momentos distintos ao longo do curso, divididas, didaticamente, em ciclo básico e ciclo profissional, o que dificultava a assimilação de determinados conteúdos cuja implicação dependia da interface entre múltiplas áreas do conhecimento.

- (122) Eu falo isso o tempo inteiro com os alunos, que eles tiveram uma visão que eu não tive,/ eu fui ter contato com paciente no 8º PERÍODO./ Eu falo: seu José, seu José nem ouvia que eu estava falando o nome dele, porque eu era um “jacuzona” de sala de aula, que é isso que acontece./ Eles tem contato com o paciente DESDE o 1º período (GF 01).

Ressalta-se também o “choque” entre a formação acadêmica do docente e a que está se propondo atuar como professor. Os docentes expressam o discurso do PPC ao pretender formar o enfermeiro de forma integral para que ele possa atuar considerando a integralidade da assistência, mas, apesar dos esforços para mudar o modelo de ensino, ainda existem resquícios da formação fragmentada dos docentes que, por vezes, replicam e acabam por fragmentar os conteúdos na prática.

Apesar de propor inovações na proposta pedagógica do curso, nota-se que, tanto os construtores da proposta, quanto os responsáveis por fazer o currículo acontecer são profissionais formados em gerações distantes da atual, o que dificulta a sua implantação.

Como os contextos político pedagógicos estão em constante mudança, para evitar conflitos entre as partes envolvidas no processo de ensino-aprendizagem e minimizar a resistência às propostas inovadoras de currículo, é preciso estimular cada indivíduo a encontrar uma forma de ampliar a sua atuação profissional, sem perder a sua marca identitária e o sentido de si-próprio (DUARTE, 2011). Pense-se no “novo”, no problematizador, no ativo, no reflexivo, mas, na prática, nota-se dificuldade em ultrapassar o “velho” modelo conteudista e transmissor de ensino.

Os docentes abordam a dificuldade em transpor o modo como foram formados e atuar na proposta pedagógica diferenciada. Há indícios que levam a acreditar que há avanços nessa área, apesar das dificuldades em ultrapassar os modos de ensinar vivenciados, há muito arraigados. Investir na formação permanente do corpo docente pode responder favoravelmente a essa demanda. É preciso aproximar os professores das novas metodologias e estratégias de ensino-aprendizagem disponíveis.

Novas experiências nas modalidades de ensino devem ser incentivadas para mudança nos processos de ensino de enfermagem (COSTA; GUARIENTE, 2014; IDE et al., 2014). Essas mudanças devem permitir a problematização da prática social e contribuir para uma visão da totalidade da situação, abrindo espaço para que o pensamento não fique limitado a valores hegemônicos na sociedade. Essa reflexão e ação facilitam a abertura de pensamento e auxiliam na identificação das contradições existentes no sistema econômico e social e permite a mobilização de saberes para ações imprevisíveis, comuns no exercício da enfermagem (ALVES; OLIVEIRA, 2013).

Por fim, os dados permitem repensar a Enfermagem/Saúde, na perspectiva complexa, tendo o cuidado integral e a reflexão crítica como foco central. Nesse ponto, apesar das dificuldades de implementação, é premente a necessidade de articular e religar os saberes e integrar unidades curriculares no âmbito dos

cursos que preparam os profissionais de saúde e enfermagem para responder a complexidade que caracteriza o mundo atual, com seus problemas e desafios, e para atuar especificamente no campo eminentemente complexo como a área da saúde. Na formação em saúde e enfermagem, os conceitos de reflexividade e integração se apresentam como alternativa para a formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e com a sua transformação, para atuar efetivamente no novo modelo de atenção à saúde proposto (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

4.3.3 PIESC: o sagrado e o profano

A unidade curricular PIESC, que acontece do 1º ao 7º período, é considerada pelos docentes como estimuladora do desenvolvimento de competências para a promoção da saúde. Esse achado pode ser discutido na perspectiva expressa por Vilela & Mendes (2003) quando abordam a inserção precoce de estudantes nos campos de prática em seus estudos.

- (123) Então eu acho que muito do que a gente discute na PIESC, eu acho que/ que é o elo mesmo, que é ele que consegue resgatar esta questão da promoção, é a PIESC. [...], até para facilitar quando ela coloca, quando ela pede esse aluno pra resgatar o que que ele viu/ vivenciou lá na prática, [...], quer dizer, facilita até o pessoal que está lá na/ na teoria (GF 01).
- (124) A gente vê assim,/ igual/ na PIESC II, a gente trabalha muito com alimentação saudável, na PIESC III/ sexualidade, métodos contraceptivos,/ só que/ a gente na PIESC II e III não trabalha tanto com prevenção de álcool e drogas,/ tabagismo, não é? (GF 01).
- (125) [...] PIESC III a gente vai trabalhar a/ consulta da criança/ trabalha na sala de vacinação e,/ só que os alunos esquecem./ TODO dia eu tenho que lembrar/ que as ações de promoção da saúde, elas precisam ficar sempre/ NO CONTEXTO, [...] Então, se a criança vem, a gente já tem que preocupar com aquele bebezinho,/ que vai começar a caminhar, [...] com o que que ele vai brincar para promover a saúde dele./ Então, os alunos, quando eles vão orientar, eles já tem que pensar nisso./ E eu COBRO isso TODO DIA deles, porque um adulto vai ser saudável, se ele começar com a promoção da saúde cedo (GF 02).

Além de oferecer condições para o desenvolvimento de competências e habilidades assistenciais, educativas, administrativas e investigativas para atendimento individual e coletivo, na unidade PIESC busca-se efetivar a integração com os profissionais, os serviços de saúde e a comunidade, bem como fortalecer o SUS. Essa visão ampliada da saúde e o estabelecimento de parcerias

favorece a prática reflexiva, o que facilita o planejamento e a implementação de ações de promoção da saúde.

- (126) As nossas experiências, elas/ são de PIESC./ Eu penso que onde que o aluno está mais propício a desenvolver essas competências? Aonde ele **materializa tudo** aquilo que ele está aprendendo ou que ele está vivendo. É assim a nossa **prática profissional**./ **Nós materializamos na nossa PRÁTICA**/ aquilo que nós fomos recebendo enquanto instrumento,/ seja teórico,/ seja prático. Dento da universidade, a materialização dessas práticas,/ a meu ver, ela/ está muito concentrada na PIESC, [...]. É o momento da integração, é o momento do raciocínio clínico, é o momento de fazer a gestão, é o momento de liderar, é o momento de ser liderado, é o momento de formar equipe, é o momento de destruir a equipe [risos], [...] Que isso também acontece. [falando pausadamente] (GF 02).
- (127) [...] porque hoje, a PIESC ela virou, para nós/ meio que uma coisa institucionalizada/ dentro do nosso currículo. [...] A PIESC ela ESTÁ lá no currículo/ e assim,/ desde o 1º até o 7º período ela/ ela/ ela é feita./ Ninguém,/ nenhum período DEIXA de fazer./ É claro que tem algumas diferenciações, mas/ VIROU uma coisa meio que SAGRADA/ no nosso currículo assim,[...] [tosse] a PIESC./ Agora,/ é/ eu ainda acho que essa coisa da gente ir lá e dar uma aula teórica,/ aí passa/ aquilo que você estava colocando [aponta para a colega]/ assim/ três meses/ vou lá e dou outra aulinha/ depois, mais dois meses./ E a gente usa AS MESMAS metodologias, [...] [comentários paralelos entre participantes] o Power Point, [tosse] eh/ eh/ alguns estavam usando algumas outras coisas, mas/ [tosse] eu fico pensando: qual é a integração DAQUELA/ teoria/ com/ a vivência/ da PIESC, [...] Isso é uma coisa que eu acho que a gente precisa avançar/ PARA alcance/ DESSAS/ competências aqui./ Porque, eu não POSSO/ eh/ eh/ dizer/ que **A PIESC, sozinha**./ ela é a RESPONSÁVEL/ pelo alcance dessas competências./ O momento reflexivo do aluno na sala de aula,/ nos grupos de discussão, [comentários paralelos entre participantes] quando ele está fazendo um trabalho,/ **TAMBÉM** precisa acontecer, [...] Porque é um processo muito/ dinâmico (GF 02).
- (128) Então, eu acho que a PIESC,/ não só no 1º período, mas/ nos demais,/ que eu falo do I porque é mais a minha VIVÊNCIA no 1º período. É, quando a gente LEVA o aluno, INSERE o aluno no campo,/ já desde o início, e é claro,/ planejado, o que é que nós vamos intervir, o que nós vamos fazer,/ eu consigo ver aí o cumprimento de todas essas nove/ COMPETÊNCIAS ali, tá? (GF 02).

No cenário do estudo, a PIESC surge como proposta pedagógica que realça a relação dialética da prática com a construção teórica. Dessa forma, independente de qual deva vir antes ou depois, ambas são complementares e uma influencia a outra à medida que são mobilizadas. Somente a integração entre teoria e prática permite elevar o estudante aprendiz ao patamar de profissional competente, como dizem Vilela e Mendes (2003).

Contudo, os discursos, como parte de uma prática social, permitem revelar as contradições presentes nessa prática. Entre elas, podemos citar a apropriação do currículo pelo docente à seu modo, a desfiguração da PIESC, a destinação de “espaços” específicos para se discutir determinadas temáticas, a inserção na prática precoce, mas pontual e não necessariamente seguida da imersão na

realidade. Essas contradições limitam o potencial do currículo no desenvolvimento das competências para a promoção da saúde. Esses tópicos são considerados contradições porque, ao mesmo tempo que permitem avançar para a mudança de paradigma do processo de ensino, podem servir de meio para manutenção do *status quo*.

Um exemplo dessa contradição é a PIESC como favorecedora da inserção precoce. Esse é um fato, visto que a unidade curricular acontece desde o primeiro período do curso. Porém, o fato de inserir o estudante na prática desde o primeiro período não garante, por si só, a integração teoria e prática, a integração ensino-serviço-comunidade e o desenvolvimento de competências, incluindo as de promoção da saúde. Se não houver um direcionamento do professor para essa finalidade, esse terreno fértil pode se mostrar inóspito.

(129) [...] dentro disso que o (colega) colocou [...] Quando ele coloca/ essa continuidade sua, [...] em PIESC, o tempo que você fica com o aluno,/ ter condição de dar feedback/ para esse aluno, me fez pensar nas nove/ nas nove competências./ Eu acho que onde tem um PIESC, que se/ o aluno vem e fica com você dois dias,/ depois vai para outro ficar um dia,/ depois vai para outro ficar mais dois dias,/ dificilmente você, enquanto professor/ e o aluno enquanto aluno vai/ CONSEGUIR é [nesse momento outro docente sinaliza que concorda com a colocação do participante]/ desenvolver essas competências aqui./ Aí, o que é que eu penso:/ a gente está correndo o risco / se a gente/ eu acho que a gente está/ quase que chegando a um consenso de que a PIESC ela é um espaço/ de você estar desenvolvendo essas competências, [...] [Agora,/ é/ desenvolver ESSAS competências/ é nesse/ numa modalidade de PIESC diferente dessa que o (colega) está colocando,/ aonde **o aluno fique um dia, dois dias,/ eu acho muito difícil alcançar isso daqui./** Porque requer tempo, requer o feedback, requer o contato com/ com/ com o usuário, requer um contato com a equipe de trabalho, requer um contato maior com AQUELE professor/ E AQUELE aluno (GF 02).

Apesar da função da PIESC estar consolidada na prática social, os discursos indicam que para a unidade curricular ser efetiva no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde é necessário maior disponibilidade de tempo de interação do estudante com o campo, com a equipe e com o professor. Esse maior contato do estudante com o contexto, com os determinantes de saúde e com a equipe encontra apoio em outros estudos da área (GARCIA; KATHER, 2012; SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011; VILELA; MENDES, 2003).

Os docentes apontam, ainda, para a necessidade de manutenção do estudante por mais tempo no campo de prática, principalmente da atenção primária, para reforçar a reflexividade. Nesse ponto, o rodízio dos alunos nos campos de prática é um dificultador do processo de aprendizagem. Os professores acreditam que os

momentos de reflexão e consciencialização potencializam o aluno a pensar e propor soluções para os problemas do contexto com vistas a transformar o cenário onde está inserido. Para isso, é preciso manter o estudante por mais tempo com a mesma equipe, no mesmo cenário de prática e com o mesmo professor.

Esse foi outro elemento destacado na análise da reflexividade: a interação professor-estudante, entendida, com base nas fontes das matrizes de análise dos discursos, como o envolvimento recíproco que ocorre entre professores e estudantes empenhados em trabalhar juntos, em que a ação de um deles provoca uma reação do outro ou dos demais.

- (130) O aprendizado que obtive por meio da vivência em campo e ensinamentos dos mestres os quais participaram da minha graduação. [...] Tivemos vários, principalmente, é/ tinha as bases psicossociais, com vários professores e eles/ eles nos/ eles nos ensinavam/ nos/, [pausa para elaborar a resposta] é, nos guiavam nesta parte de como é importante a promoção da saúde, não só naquela parte de/ de você curar, do curativo, é você promover a saúde para você evitar de ter que entrar no/ na atuação curativa. Isso a gente teve em mente durante toda a graduação (E 02).

Retoma-se a discussão da inserção e da imersão no campo de prática, trazendo à baila a distância entre o "ir" e o "estar" no campo. Os docentes acreditam que, além de ir cedo ao campo de prática, é preciso reforçar o vínculo com a realidade vivenciada, pelo estar, pela continuidade do contato com as práticas assistenciais, com a população e com a equipe.

- (131) Mas o ato de dificuldade que eu vejo, pensando nas competências,/ e pensando em outras questões também, eh/ eh/ esses exemplos que a gente deu na hora da apresentação, que/ é/ o tanto que a gente é fragmentado,/ esse contato fragmentado. A gente/ porque, para mim trabalhar com/ o aluno, trabalhar com a população,/ **gasta um tempo de intimidade, de diálogo**, de olho no olho,/ que em alguns trabalhos eu desenvolvo, sabe? Eu penso assim./ Aí, quando você está em uma disciplina, no qual/ você **vai lá,** vou **hoje, daqui três semanas** dou uma aula, daqui cinco semanas eu dou outra, acabou./ Então eu tenho um contato de quatro horas, duas horas com uma turma,/ depois outro contato picado. Não é que eu não POSSA fazer, mas eu acho/ difícil, sabe, ser mais completo. Diferente de quando,/ por exemplo, quando eu dou uma optativa, que eu estou sempre com aquela turma, sempre, semanalmente, quinzenalmente [...] É bem diferente [falas simultâneas] [...] Aí eu crio um laço,/ eu crio um elo./ Aí eu CONSIGO trabalhar, falando isso de forma coletiva, [...] Eu estou falando de uma turma, [...] com a gente pensando nessas competências./ Igual eles falaram e eu concordo (GF 02).

Os discursos permitem questionar a integração quando revelam a permanência de características do modelo tradicional de ensino, com contatos pontuais, mesmo durante a PIESC. Nesse sentido, há uma “desfiguração” dessa prática: a PIESC, que aparece como dispositivo da articulação teoria-prática, pode perder a

sua função precípua se não houver um direcionamento adequado durante as atividades práticas. Um dos problemas que colocam em risco a integração na PIEESC é a dificuldade de compreensão da estrutura da proposta curricular por parte do corpo docente.

Nota-se, ainda, uma tentativa de enxergar a proposta curricular vigente com o mesmo olhar do modelo tradicional, dividindo carga horária por conteúdos e áreas do conhecimento, ao invés de abordá-los de forma integrada. Esse é um aspecto crítico na discussão da proposta curricular em curso que, dependendo do entendimento do corpo docente, pode caminhar na direção inversa da proposta de integração, fragmentando a prática em diversas pequenas áreas, reduzindo ainda mais o tempo de contato do estudante com o professor, com a equipe e com o campo. Fazer o estudante "passar" rapidamente por diversos campos de atuação é ainda uma questão sem resposta na prática social em curso.

(132) É importante uma coisa que eu senti quando eu cheguei aqui/ também foi isso. [falas simultâneas] Eu era uma professora de saúde do adulto e do idoso, [...] E/ por exemplo, no semestre que eu dou aula, no 6º e no 7º, no 8º não, no 6º e no 7º. No 6º tem QUATRO/ integrações: gestão,/ saúde do adulto [tosse], saúde do idoso, saúde do trabalhador [risos] em 150 horas, 170 horas. [...] Mas não tem, viu (colega). [falas simultâneas] Não,/ não/ eu estou falando./ Não/ eu estou falando assim/ ele tem/ ele tem/ ele tem/ não/ só/ ele tem/ quatro temáticas diferentes. [...] Não são quatro temáticas [falas simultâneas] No 7º/ é/ não/ são quatro temáticas. ele tem que passar conosco no hospital [...] É por isso que eu estou em um monte de PIEESC. [falas simultâneas] Ele tem/ ele tem que **passar** pelo hospital, entendeu? [comentários paralelos entre participantes]/ ele tem que **DEPOIS passar** na UNIDADE BÁSICA./ Ele **passa/** é isso que eu estou falando./ É isso que eu estou dizendo./ A ESTRUTURA DO CURRÍCULO/ ela é assim. Entendeu? [...] [tentativa de interferência] Ficava assim, a gente fazia tudo junto [...] Sim, (colega), mas não existem PIEESCs/ separados. [comentários paralelos entre participantes] PIEESC de gestão, PIEESC de saúde do trabalhador, PIEESC do adulto, PIEESC do idoso. Não existe isso [falas simultâneas] [...] (GF 02).

(133) Aí **depois** vem PIEESC de gestão. Aí os meninos ficam/ três semanas fazendo oficinas de gestão./ Aí, depois vem o PIEESC de saúde do adulto. Aí ficam "x" semanas fazendo adulto./ Muda o professor, muda/ o campo. [...] Não é isso que está no projeto pedagógico. Esse não é o projeto da professora [...] é o projeto PEDAGÓGICO está escrito [risos],/ [...] e a gente tem que discutir esses assuntos, [...]. Então eu acho/ que isso é uma coisa que a gente precisa REVER isso. Nós ((01:01:36)) [...] do curso,/ e para a gente ter ((01:01:41)) melhor nesta proposta porque,/ desde que eu cheguei aqui, NÃO vai mudar, eu sempre escutei./ ESSE modelo não muda. Esse modelo integrador não pode ser modificado./ E ele não está sendo bom em alguns momentos, tanto para a gente quanto para o aluno./ Eu acho que a PIEESC, ela poderia, que ela até deveria estar mais madura, é, o aluno ficar mais tempo comigo, ver o teu perfil [aponta para um colega], ver o perfil dele [aponta para outro colega], [...] Eu acho que ele devia ficar mais tempo com a gente./ Mas o que ESTÁ ESCRITO, ele tem que ver tudo. É isso. [falas simultâneas] (GF 02).

Evidencia-se, na indicação direta dos participantes sobre a experiência prática em ações de promoção da saúde, uma referência a ações organizadas por dia ou

semana, com atividades rotineiras dos programas de saúde, normalmente pontuais e esporádicas. Além da descontinuidade, os discursos revelam, também, o cunho informativo das práticas, por meio de encontros, palestras e outras atividades de educação em saúde. Essas características podem fazer com que ações ditas de promoção da saúde acabem se comportando como de prevenção de doenças ou agravos, distanciando-se do conceito de promoção da saúde.

O discurso enfatiza que, mesmo em situações pontuais e descontínuas, as práticas de promoção da saúde são desenvolvidas a todo tempo.

- (134) Durante a graduação [...] Na verdade durante a graduação, então/ é, eu vejo assim, nosso curso [...] ele foi todo voltado para a promoção da saúde, então, todas as atividades, todos os semestres de atividades que nós tivemos, [...]. Nós tivemos alguma/ é/ atividades voltadas para este trabalho de promoção (E 05).
- (135) Durante o [...] estágio supervisionado eu desenvolvi um grupo de idosos quanto à cuidados com a pele, [...] E foi interessante a abordagem [...] em relação ao cuidado, um pouco das questões das principais doenças, mas também teve uma/ uma receptividade para com os idosos olhando também o lado psicológico, [...] (E 08).
- (136) [...] encontro e orientação a gestantes e puérperas, orientação e cuidados com amamentação, planejamento familiar, entre outros. [...] a formação acadêmica, estudos aprofundados sobre o tema. [...]. Foi implantada a greve estudantil para buscar melhores condições de ensino e serviços de saúde (E 03).

Reforça-se, ainda, o caráter coletivo das ações de promoção da saúde, do trabalho em equipe, incluindo a Enfermagem com relativo destaque no processo, em ações desenvolvidas e aprendidas na academia e levadas para a vida profissional.

- (137) Eu estou desenvolvendo [...] na estratégia de saúde da família [...] comecei um grupo de caminhada com os hipertensos e diabéticos/. Estou fazendo um grupo nas segundas, quartas e sextas de manhã, aí tem várias pessoas da comunidade que nem são hipertensos e diabéticos que começaram a participar também. [...] comecei neste mês, então [...] não foi possível eu avaliar ainda e estou marcando consulta com eles assim de enfermagem também para eu poder fazer o acompanhamento/. [...] está sendo ótima. Eu estou adorando [...] porque a adesão deles está sendo muito grande. É/ um/ umas pessoas comunicam com as outras, então já/ já temos um grupo de cerca de 20 pessoas e está sendo bem bacana. Aí eu estou tendo participação também de outros profissionais da equipe, fisioterapeuta, enfermeira, a técnica de enfermagem e os agentes comunitários (E 05).

Os docentes ressaltam que não há sistematização do modo de implementação das estratégias consideradas diferenciadas no currículo, ficando a cargo do professor e interesse do estudante a escolha da forma como serão implementadas as ações de promoção da saúde nas atividades práticas. Esse

fato leva à presença de diversas “versões” de cada período, cuja mudança é influenciada pelos professores. O potencial do professor deve ser ressaltado, visto que educar é um ato vivo. Assim, não basta estar previsto no PPC, é preciso investir nos sujeitos em cena que fazem o PPC acontecer.

- (138) [...] E aí a gente cai no risco de ter versões de períodos/ [...] Exatamente. [...] Esse primeiro semestre vai ser assim no 5º período,/ no próximo [...] se mudar o grupo de professores, aí, aí que fica MAIS DIFÍCIL ainda/ [nesse momento outros docentes sinalizam que concordam com a colocação da participante]. [...] Se mantém o mesmo grupo de professores no mesmo período/ a gente CONSEGUE fazer alguma coisa./ [...], a gente percebe o quanto que o OUTRO professor influencia na mudança (GF 01).

Os docentes reportam, também, o processo vivenciado durante a trajetória das mudanças de PPC, da primeira para a segunda versão, com previsão de iniciar um novo processo de mudança curricular, visando adequar cada vez mais a proposta à realidade dos serviços de saúde locais.

- (139) A gente tem um currículo que VÁRIAS coisas se perderam, várias/ [nesse momento outro docente sinaliza que concorda com a colocação da participante]/ coisas se perderam. A primeira coisa é que/ todo professor que chegava na instituição, a gente tinha o cuidado, a gente chamava isso de acolhimento, até porque é um termo utilizado lá/ na nossa área, [...]/ que era acolher essa pessoa, porque/ não é nada fácil, entendeu?/ Você chegar e, quem foi chegando e esse tanto de “BBBBB” [referência às siglas das unidades curriculares constantes do PPC] [risos altos] [conversas paralelas] /isso servia tanto para os alunos como para o professor. A gente tinha esse cuidado, que as pessoas/ você passou por isso, [...]/ o (colega)/ que era/ quem era responsável para acolher aquele professor que estava chegando./ A gente ficava/ acolher em todos os sentidos, [...], acolher porque ele vinha de outra cidade e ele precisava de um lugar para morar,/ acolher porque ele não entendia nada do que a gente estava falando, era outra língua./ Isso/ aí as pessoas vão chegando, quer dizer, isso tinha que continuar porque como são MAIS pessoas para acolher/ mas isso se perdeu./ Então muitos caíram aqui de pára-quadras/ e foram aprendendo,/ assim,/ aos trancos e barrancos, como ele falou. Uns/ conseguiram/ [...], tiveram afinco de estudar, ver como é que funcionava, de perguntar,/ e outros/ tem gente que eu imagino que nunca deve ter lido esse currículo [...] Que não deve saber o que que está escrito no currículo (GF 01) .

- (140) Acho que esses/ essas/ esse currículo, ele/ contribui/ para a nossa/ promoção de competências nossas,/ para o professor./ Quando eu BATO o olho aqui,/ eu fico vendo. Quais são essas que eu adquiri,/ ou que eu aprimorei depois que eu vim para cá? [...] Pensar o tipo de proposta nisso agora [falas simultâneas] ATÉ uma reflexão NOVA,/ sobre o que é ser professor/ (GF 02).

Apesar da proposta do PPC direcionar a formação do enfermeiro para atuar na promoção da saúde, percebe-se a falta de intencionalidade do ensino para a promoção da saúde na prática, além da indefinição de “espaços” e momentos específicos para se tratar a promoção da saúde no currículo. Isso é, também, uma contradição explícita nos discursos, que parece reproduzir o modelo tradicional de currículo.

- (141) [...] eu acho que todas as unidades curriculares são fantásticas, mas eu acho que as bases

psicossociais, ela é o ESPAÇO que a gente tem para fazer esse [...] pensar [...] **SABER SER do aluno.** [...] as bases psicossociais eu acho que elas juntam essas três coisas./ Porque é lá que é o espaço de discutir, porque ele faz o elo com a questão, que a gente vai ver, da cultura, que a gente vai chegar lá e deparar na unidade, [...], com a questão da ÉTICA/ que a gente vai estudar nas bases psicossociais, entendeu? Então/ com a questão da política que a gente vai discutir é em bases psicossociais, do so/ tudo é nas bases psicossociais (GF 01).

As contradições evidenciadas no estudo permitem colocar em xeque a proposta de integração defendida no PPC do curso, o pre(escrito). O vivido no processo pedagógico demonstra inovações nas estratégias e atividades de ensino, mas também revela muitos desafios para a consolidação de um currículo transformador do modelo de ensino vigente. É preciso avançar no conhecimento do pre(escrito) no PPC para ampliar e fortalecer as estratégias diferenciadas e favorecer a sua implantação a contento.

Em tempos de mudança estrutural nos modelos de atenção à saúde, o processo educativo é considerado particularmente importante para o desenvolvimento de competências essenciais às novas práticas. Nesse sentido, os resultados desse estudo reforçam o pensamento de Santomé (2001), quando afirma que, para combater políticas dominantes, deve-se estimular a democracia dialogante, para garantir a liberdade de expressão e recuperar o verdadeiro sentido de ser cidadão. Assim, pode-se “analisar informada e criticamente o que está ocorrendo na sociedade e criar disposições e atitudes positivas de colaboração e participação na resolução de problemas coletivos” (SANTOMÉ, 2001).

Nesse processo, o docente é apresentado como o ator social capaz de provocar as mudanças necessárias para ultrapassar o modelo conteudista e transmissor tradicional. Entretanto, esse também não está devidamente preparado para o novo modelo de ensino problematizador e contextualizado que vem surgindo.

Como acontece em qualquer currículo tradicional, também nesse estudo os participantes referem que o professor é o elo mais importante que permite evitar a fragmentação dos conteúdos, favorecendo o ensino em ato, a integração entre teoria e prática e articulando conteúdos abordados nas diversas unidades curriculares.

- (142) É isso que eu queria falar [...], porque/ eu acho que o professor do currículo integrado, [...], como a ((00:42:35)) ele é o ator principal, eu acho, porque é ele que vai fazer, [...], o elo com o aluno, ele que vai fazer o elo com/ a/ os profissionais lá no campo, também com a comunidade, também lá no campo, ou que seja no hospital, [...], de uma forma mais/ de tratamento, de reabilitação, enfim./ Eu digo isto porque quando eu entrei aqui a minha grande preocupação era: mas, espera aí/ tem tantas siglas, em todo período tem este tanto de unidade curricular, o que que cada unidade é ou não é, porque eu venho de uma formação muito/ fragmentada, [...], e de uma vivência muito/: ah, na disciplina tal eu vou ver a disciplina tal/ e ver aquelas competências, unidades, ali dentro; [...] (GF 01).

Para tanto, essa proposta pedagógica diferenciada necessita de docentes capazes de fazer essa integração entre os conteúdos, as unidades curriculares e os períodos, ultrapassando, por vezes, a dinâmica do seu próprio processo de formação no modelo tradicional. Apesar das dificuldades inerentes ao processo de transição entre as práticas pedagógicas de transmissor para problematizador, o contexto e o cenário do estudo são favoráveis a essa mudança.

- (143) Mas a questão DE FAZER a promoção, lá na/ na prática, é o que faz o elo, eu acho que fica muito a par/ questão do professor, então tem professor que vai dar conta, tem professor que não vai/ [nesse momento outro docente sinaliza que concorda com a colocação da participante]/entendeu?/ Então esse aluno/ é a mesma coisa, ele vai chegar lá no estágio supervisionado, tem o aluno que vai conseguir até pela capacidade DELE mesmo, individual,/ e aquele que não vai conseguir, porque tem todas as fragilidades e isso não foi trabalhado ao longo, [...] (GF 01).
- (144) Eh/ eu/ eu/ CONCORDO/ e assino embaixo nisso que a (colega) falou, [...]/ Eu acho assim. A gente ficar mudando um currículo [...] não significa que a gente VAI acertar,/ mas o que eu/ vejo,/ e aí bate com o que elas falaram,/ é que **a GENTE é que/ é errado, às vezes.**[falando pausadamente]/ Não é o currículo./ É que a gente não consegue fazer. [nesse momento outra docente sinaliza que concorda com a colocação do participante] **A gente é que é fragmentado.**[nesse momento outra docente sinaliza que concorda com a colocação do participante] E fica falando/[conversas paralelas]((01:59:20)) e a gente fica falando que o aluno é/ fragmentado. **Na verdade é eu/ que sou.** [nesse momento outra docente sinaliza que concorda com a colocação do participante]. É eu que VEJO [comentários paralelos entre participantes]/ é eu que vejo/ saúde disso, saúde daquilo, saúde daquilo. [demonstração manual da divisão das áreas de atuação]/ Mas não/ não sendo necessariamente que o aluno está vendo./ É eu que não CONSIGO [falando pausadamente]/ **e fico falando que é o currículo.**/ Que é mais fácil, [...] Jogo para a frente, para o outro. [...] Eu estou falando que a integração que a gente exige no currículo,/ a integração que eu exijo com ele/ para que ele esteja/ tenha promoção, [...] nem eu, [...] ou às vezes estou fazendo ((02:01:13)) com o professor/ que divide a mesma unidade curricular comigo/ (GF 02).

A proposta metodológica do *Problem Based Learning* (PBL), utilizada na implantação do curso, apesar de contestada a princípio, é lembrada como possibilidade de retorno à discussão no novo processo de reformulação curricular em curso, agora com o olhar mais amadurecido pela experiência acumulada.

Como exemplos, os docentes citam atividades de ensino com enfoque nas experiências práticas, uso de estudos de caso, estudos de textos e estudos

dirigidos que permitem a busca da informação pelos estudantes em um processo de construção ativa do conhecimento e reportam à manutenção da proposta problematizadora, mesmo que não seja o PBL nos moldes preconizados pelos idealizadores da proposta.

(145) E [...] tanto que era/ que assim é [...] com a proposta da [...] da [...] da [...] do currículo ser INTEGRADO/ e ser a partir da problematização,/ o que que aconteceu?/ o [...] o [...] os casos partiriam DA [...] da vivência da pratica do aluno,/ e este aluno traria pra gente/ e tudo seria contextualizado/ e traçado, a parte da teorização, prática,/ com enfoque no cuidado/ (IC 03).

(146) [...] então,/ porque muita coisa a gente MANTEVE da proposta original./ TANTO que quando a gente [...] quando nós [...] que a [...] foi contrat (contratada) [...], porque vieram várias pessoas./ A única que a gente, é [...] por afinidade, com que a gente já tava vivenciando/ que era este currículo, né, de São Carlos,/ foi a [...],/ e aí umas coisas que, a gente [...] a gente quis manter,/ que era a questão de desde o 1º período o aluno ir para a prática, né?/ a parte de [...] é [...] de ter a [...] metodologias mais problematizadoras,/ não na modalidade de PBL, assim não,/ mas mais problematizadora/ então a gente manteve a lógica inicial do [...] do currículo/ e os módulos foram construídos, quando a gente construiu este currículo atual,/ porque,/ a qualquer momento, se a gente quiser VOLTAR,/ que é [...] que a gente [...] GOSTOU de ter feito,/ a gente achou que o aluno, realmente,/ a forma [...] que ele aprende,/ que ele busca,/ que ele estuda,/ mas a gente não deu conta,/ porque a gente [...] não teve tempo hábil,/ nem para se preparar,/ veio tudo junto./ Então a gente quis construir de forma que/ num futuro,/ quando tiver assim, né, todos os professores,/ a gente VOLTASSE para o PBL./ Então eu penso que na verdade aquela construção, de modo que se você for verificar,/ é POSSÍVEL voltar/ para criar a situação-problema, né, e trabalhar desta forma [...], entendeu?/ (IC 02).

Mesmo ciente de que o uso de metodologias ativas, por si só, não garante a problematização, os discursos refletem a proposta do currículo diferenciado e do uso de metodologias ativas de ensino como eixo central do processo educacional. Essa abordagem é defendida por outros estudiosos (COSTA et al., 2011; MARIN et al., 2010; MITRE et al., 2008).

Apesar dos desafios, a proposta pedagógica vigente é elogiada pelo grupo de docentes, que se sente honrado em participar do processo de implantação e seguimento do curso. Destacam-se, como fatores diferenciais da proposta curricular, a possibilidade de dar retorno aos estudantes acerca das atividades desenvolvidas nas unidades curriculares, dentre outros.

A experiência prévia é lembrada pelos egressos ao dizer que, na prática profissional, sentem como foi importante e satisfatória a formação acadêmica, fazendo alusão ao modelo pedagógico adotado no curso e ao papel dos professores. No modelo curricular, o professor atua de forma a estimular, no estudante, a busca pelo conhecimento contextualizado.

- (147) Esta universidade me ajudou bastante, e/ os professores, principalmente os professores dos quais eu/ eu pude trabalhar, aprendi bastante, são professores qualificados que realmente pensa, [...] Assim/ tem este pensamento além, que não é só você chegar e ensinar a prática/ além da prática, a importância da pesquisa, a importância de ir além do que, é/ só no “pegar e fazer”, isto não tem preço/. É importante/ (E 02).
- (148) Então a gente vê o contexto da família mesmo./ Então, o que a gente pode fazer junto com os alunos,/ para poder, [...] de certa forma,/ aquela família, [...] é/ compartilhar informações, para que a gente também possa compartilhar alguma coisa que MUDE/ a qualidade de vida que eles tem, [...] ou melhore uma situação [tosse] que evite complicações, por exemplo,/ a gente faz. Então eu ACHO que o nosso currículo/ currículo/ é/ permite isso (GF 02).

Os professores apostam na potencialidade da proposta curricular para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde e pensam que investir na consolidação da implementação integral da proposta do (pre)escrito (PPC) seja o próximo passo significativo a ser dado rumo a efetividade das ações. Para tanto, identificam a necessidade de ampliar a compreensão da proposta por toda a comunidade acadêmica: estudantes, professores, tutores, coordenação do curso, administração universitária e gestão/profissionais dos serviços de saúde locais.

- (149) Em cima da pergunta,/ o que é que o currículo integrado/ é/ ajuda e proporciona/ a/ na proporção/ eu acredito/ eu acredito que/ ele em si [comentários paralelos entre participantes]/ o currículo integrado/ cumprido eh/ eh/ da forma que ele deve ser cumprido,/ é CLARO que ele é um excelente [falas simultâneas] [nesse momento outros docentes sinalizam que concordam com a colocação do participante] [...] Em parte. É isso que eu falei. *Fifty-fifty.* [falas simultâneas] Até porque,/ até porque/ o que que ele consegue?/ Ele consegue, a todo momento, não fragmentar/ ele VEM para não fragmentar. [...] O que ela falou está perfeito [falas simultâneas] Eu concordo em 100% com a (colega)./ Ele vem primeiro para não fragmentar/ e dentro do/ do tecer do curso como um todo aí/ o que é que ele consegue nos mostrar?/ Que tem como/ DURANTE as integrações,/ ir desenvolvendo competências/ a partir do primeiro dia dele aqui. [...] / eu ainda acho que se a gente pegar o tradicional,/ pode ser que ele tenha menos ainda de chance de/ chegar nessas (competências), você entendeu? [...] É isso que eu penso [falas simultâneas] Então, mesmo/ mesmo com a gente com dificuldade, [...] Eu já passei por várias instituições antes dessa. [falas simultâneas]/ mesmo com a gente/ com as nossas dificuldades pessoais/ de lidar com isso,/ MESMO que o currículo/ precise./ Precisa de melhorar, é lógico/ a gente tem caminhos para isso./ Mas MESMO assim,/ eu vou lá e volto para o tradicional,/ que eu julgo que isso aqui é/ esse problema, *fifty-fifty.*/ E aí eu [respira fundo] não acho que vai resolver,/ você entendeu?/ Acho que nós precisamos CAMINHAR/ para que isso/ melhore (GF 02).
- (150) E a gente às vezes espera assim, que/ o mesmo compromisso que eu tive em me adaptar ao currículo e correr atrás e fazer, que TODOS fazem/ façam isso, e isso não acontece, [...] [nesse momento outro docente sinaliza que concorda com a colocação da participante]/ Então essa IMPLICAÇÃO do professor,/ ela assim, a gente percebe/ e às vezes fica chateado, não é? [tom de pesar]. Poxa é tão difícil marcar uma atividade lá no CEMEI, é tão difícil ir com o aluno, é tão difícil/ fazer esse exercício./ Às vezes a gente fica até se perguntando, não é?/ Essa mudança existe mesmo, como é que é isso?/ e aí a gente vê um colega que não faz/ e/ você vê que às vezes, assim, [tom de pesar] isso chateia muito a gente/ [derrama água] até molha viu?/ [risos altos] /até molha/ até molha/ [...] Ainda bem que é água, não é?/ [...]era só para poder, [...] / foi até bom que eu

extravasei aqui/ [risos altos]/ mas é porque a gente, assim, a gente ((01:12:17)) (falou), não é?/ Vamos fazer um currículo integrado, não é?/ Vamos pegar e vamos fazer, [...]/ Se de tudo, depois/ tudo que eu fizer não der certo aí sim a gente, eu posso até pensar em um dia voltar para o tradicional,/ mas é que se todo mundo pensasse DESSA forma eu acho que a gente ia chegar em lugares muito melhores,/ a gente está chegando/ (GF 01).

- (151) Eu acho que é uma construção, [...]/[nesse momento outro docente sinaliza que concorda com a colocação da participante]. Ainda está engatinhando/ [conversas paralelas] /tem tudo para dar certo. [...] mas que se a gente/ se a gente não tiver muita certeza a gente VAI MUDAR o foco com isso/ [conversas paralelas]/ Isso é um risco que eu vejo (GF 01).

Nesse ambiente de franca tendência à mudança, é preciso, pois, como diz Tavares (2003, p. 13), uma atitude realística e saudável de se ligar com “as novas formas de conhecer, aprender e, porventura, desaprender para apreender e empreender em moldes diferentes; de investigar e intervir na formação das diferentes instituições e do cidadão da sociedade emergente que é absorvido pelas organizações” e serviços sociais e comunitários do mercado de trabalho competitivo atual.

Acredita-se que, para ensinar as competências para a promoção da saúde, os docentes devem se desvestir dos conceitos, valores e comportamentos adquiridos no seu próprio processo de formação e assumir novas perspectivas pedagógicas favoráveis ao contexto atual de ensino. Como afirma Duarte (2011), é preciso buscar e elaborar outras formas de refletir sobre o processo de ensino-aprendizagem como parte do processo de autoconstrução profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, tomou-se como premissa a relação dialética da prática social com a estrutura social, na qual a última pode ser entendida como condição ou efeito da primeira, mostrando que o discurso pode ser moldado pela organização social, como reflexo dessa realidade. Procurou-se analisar o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro, com o pressuposto de que o desenvolvimento dessas competências ocorre nos cursos de formação profissional por meio de estratégias pedagógicas diferenciadas e inovadoras que favorecem a prática reflexiva, condição para o desenvolvimento das competências para a promoção da saúde.

Frente a isso, conclui-se que a tese elaborada para esse estudo foi confirmada, qual seja, as competências para a promoção da saúde são ensinadas, de forma integrada, ao longo da formação acadêmica do enfermeiro na instituição cenário. A Reflexividade, como categoria, permitiu evidenciar o desenvolvimento contínuo das competências para a promoção da saúde, por meio do aprender a “fazer fazendo reflexivamente”, a partir da vivência prática, integrada e contextualizada no cenário do estudo.

A confirmação da tese está sustentada nos achados empíricos que apontam que as práticas discursivas, no cenário do estudo, remetem às relações hegemônicas, tanto do ponto de vista do currículo quanto do modelo assistencial. Nota-se, nesse mesmo discurso, indicativos da construção de movimentos de mudança que remetem à superação do modelo hegemônico na formação e na atenção à saúde, embora as propostas em curso se revelem, por ora, insuficientes, pela própria dinâmica da realidade. Atenta-se aqui para o fato de que a concepção pedagógica do curso, apesar de apontar na direção da mudança, não permitiu, ainda, uma modificação estrutural, restringindo-se a alterações derivadas, mantendo o *status quo*.

Fazer diferente, para mudar o cenário da saúde e do ensino, é um desafio e se revela permeado de contradições. É preciso, para além de uma matriz curricular diferenciada, que as práticas pedagógicas e assistenciais acompanhem o

processo de mudança paradigmática. Assim, os resultados do estudo apontam que o discurso sobre a abordagem da promoção da saúde é avançado, indicando práticas de saúde cujo foco centra-se na conscientização dos cidadãos, tentando estimulá-los à mudança de comportamentos, à promoção de estilos de vida saudáveis e capacitá-los para tomada de decisões partilhadas nas situações complexas da vida cotidiana, rumo ao exercício da cidadania e do fortalecimento comunitário. Mas, na prática, valorizam-se a transmissão do conhecimento, a palestra, a prescrição, sem levar em conta a participação e corresponsabilização dos sujeitos.

Destacar a promoção da saúde como nova forma de se fazer saúde significa assumir o discurso da assistência integral, ao invés do discurso da somatória da promoção à prevenção, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação da saúde das famílias e da comunidade. Para isso, é preciso elaboração suficiente do significado de cada um desses processos para evitar que a promoção da saúde se encontre diluída e manifesta em ações essencialmente curativas.

Acredita-se que o processo de mudança de um modelo para outro poderia ser mais acelerado se a participação dos gestores e profissionais da rede local fossem mais integrados à formação dos profissionais de saúde e se, nesses cursos, fossem trabalhados mais intensamente, e de modo específico, os temas relacionados diretamente aos eixos e aos conceitos transversais das competências para a promoção da saúde.

Vale ressaltar que os conteúdos identificados como de promoção da saúde estão distribuídos ao longo do curso e são tratados, de maneira geral e inespecífica, em diferentes unidades integradoras e no campo de prática profissional. A promoção da saúde, como um movimento contra-hegemônico, ocupa um lugar ainda em construção, com processos inconclusos que aparentam estar longe de se tornarem a prática hegemônica cotidiana.

Foi possível vislumbrar que a mudança paradigmática do modelo assistencial, de reducionista para promotor da saúde, ainda está em processo de construção e a formação acadêmica não tem sido capaz de produzir as mudanças necessárias

no contexto social e político. Assim, nem sempre a prática corresponde ao idealizado no PPC.

Em parte, esses achados se justificam pela “novidade” que o próprio tema das competências para a promoção da saúde representa para docentes, estudantes e profissionais de saúde. No âmbito do serviço, o enfermeiro não atua na promoção da saúde no contexto local e a gestão cobra produção referente ao modelo pseudocurativo de atenção. Além disso, depara-se com professores com pouca formação. Para o desenvolvimento das competências para a promoção da saúde, é preciso dispor de professores experientes em promoção da saúde, também com suas competências desenvolvidas, uma vez que é preciso atuar na promoção para ensinar o estudante como fazer promoção da saúde. Esse é um desafio a ser vencido.

A não sistematização do modo de implementação das estratégias consideradas diferenciadas no currículo leva à presença de diversas “versões” de cada período ou unidade curricular, cuja mudança é influenciada pelos professores. O potencial do professor deve ser ressaltado, visto que educar é um ato vivo. Assim, não basta estar previsto no PPC, é preciso investir nos sujeitos em cena que fazem o PPC acontecer. A aposta nos professores como sujeitos centrais nesse processo revela a dimensão viva da educação em ato.

Apesar das dificuldades inerentes à implantação da proposta curricular diferenciada no cenário do estudo, os resultados mostram que ela tem características que favorecem o aprender a fazer mediado pela experiência e reflexividade, mobilizando o desenvolvimento das competências para a promoção da saúde.

As principais estratégias pedagógicas que funcionam como dispositivo para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde consistem na aprendizagem contextualizada, considerando a complexidade da realidade social, a inserção e a imersão do estudante na realidade. Os contextos mais favoráveis à prática reflexiva no desenvolvimento das competências para a promoção da saúde são os que comportam a integração ensino-serviço-comunidade, a interação professor-estudante e o trabalho em equipe. A Prática de Integração

Ensino-serviço-comunidade (PIESC) congrega essas diferentes estratégias e é apresentada como a marca do curso no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde. Essas estratégias curriculares podem romper com a matriz social de caráter reprodutivo, normativo e convencional da universidade e estimular o caráter opositivo, inovador e criativo.

A especificidade histórica revela que o cenário é propício para avançar nas discussões sobre as mudanças do modelo assistencial, visto que a população acadêmica (e o indivíduo, em particular) está aberta às modificações necessárias, à aceitação do novo. Como a história passa pelo indivíduo, esse avanço pode vir a acontecer, de fato, no cenário do estudo.

Como pesquisadora e docente da instituição envolvida no cenário do estudo, foi um desafio e uma satisfação a realização dessa pesquisa. Um desafio, pela dificuldade em favorecer o estranhamento necessário para explorar o caso sob outras perspectivas. E uma satisfação ao perceber que as premissas defendidas na prática cotidiana estão obtendo resultados positivos, o que pode ser percebido nas falas dos participantes do estudo.

A subjetividade implícita do pesquisador e suas análises individuais podem representar conclusões distintas para uma mesma situação, apesar dos critérios claros de análise. Longe de ser um limite, essa subjetividade abre a possibilidade de ampliação do ponto de vista do pesquisador em relação e conexão ao ponto de vista de outros estudiosos do assunto. Embora remeta a uma realidade particular, o estudo permite revelar um conjunto de situações e realidades que as condicionam no que diz respeito ao processo de formação de competências do enfermeiro.

É importante continuar e aprofundar a discussão desses temas no contexto brasileiro, especialmente no campo da enfermagem, podendo, também, a discussão ser alargada a outros países onde se observam outras culturas formativas. Salienta-se a necessidade de analisar o quanto de promoção da saúde existe nas práticas desenvolvidas e traçar um paralelo entre as tendências das propostas curriculares da atualidade para verificar como é tratada a promoção da saúde nas diferentes propostas. Recomendam-se novas pesquisas em

cenários diversificados para possível comparação com outros contextos nacionais e internacionais, em um movimento coletivo, com potencial mobilizador, agregador e inspirador e com efeito multiplicador do impacto dessa ação. Muito já foi feito, mas pode-se fazer ainda mais e, sobretudo, melhor.

Longe de ser um limite, os resultados descritos nesse estudo, por sua natureza, carregam restrições quanto ao contexto no qual o estudo foi desenvolvido e ao período considerado. Por responder com rigor aos pressupostos de validação para os estudos de caso, a natureza contextualizada desse estudo não permite sua generalização teórica, mas há possibilidade de aproximações de cenários com outras realidades desde que adaptações aos contextos sejam feitas.

Para o curso cenário desse estudo, recomenda-se ampliar e fortalecer as estratégias pedagógicas diferenciadas, investir na adequação da proposta pedagógica ao cenário local, sem deixar perder a essência da proposta inicial de favorecer a integração teoria e prática e integração ensino-serviço-comunidade. A ousadia em colocar em prática o que está preconizado na legislação deve ser mantida e aperfeiçoada continuamente. Todos os docentes devem conhecer a proposta e serem estimulados a superar os desafios de sua implantação. Além disso, por ter formação essencialmente prática, o enfermeiro deve ser formado em cursos que favoreçam a proximidade com os contextos sociais e seus determinantes de saúde e doença. Essa característica dificulta a formação acadêmica do enfermeiro em propostas à distância.

Como destaca Tavares, muitos dos contributos desse estudo já foram “pensados, ditos e reditos, condenando-nos a reconhecer, como Paulo Freire, a nossa simples condição de *peregrinos do óbvio*”. Não obstante é verdade, que é na caminhada que se descobre

que as coisas não são tão óbvias, com isso, nos abrimos a outros sentidos e podemos, nesse diálogo da aliança inter-humana da comunicação, ler o mundo, dizer a nossa palavra e exprimir a nossa indignação em relação a tudo aquilo que nos pareça menos justo, verdadeiro e autêntico (TAVARES, 2000, p. 65).

REFERÊNCIAS

- AHPA. **Core Competencies for Health Promotion Practitioners**. Queensland, Australia: AHPA (Australian Health Promotion Association), 2009.
- AKERMAN, M. et al. Intersectorialidade? IntersectorialidadeS! **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291–4300, 2014.
- ALARCÃO, I. Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. **Revista da Faculdade de Educação**, v. 22, n. 2, p. 11–42, 1996a.
- ALARCÃO, I. (ED.). **Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão**. CIDInE 1 ed. Porto: Porto Editora, 1996b.
- ALARCÃO, I. (ED.). **Escola reflexiva e supervisão: uma escola em desenvolvimento e aprendizagem**. CIDInE 14 ed. Porto: Porto Editora, 2000.
- ALLEGGRANTE, J. P. et al. Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference. **Health Education & Behavior**, v. 36, n. June, p. 427–438, 2009.
- ALVES, E.; OLIVEIRA, M. A. C. **O desenvolvimento da competência crítica e reflexiva no contexto de um currículo integrado**. Londrina: iNESCO, 2013.
- ANDRADE, R.; ET AL. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 738–744, 2011.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- AQUINO, J. M. DE et al. Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários. **Journal of Research: fundamental care online**, v. 6, n. 1, p. 364–377, 2014.
- ARROYO, H. V. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. **Global health promotion**, v. 16, n. 2, p. 66–72, 2009.
- ARROYO, H. V. **Promoción de la salud: Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica**. San Juan, Puerto Rico: Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico., 2010.
- BARRY, M. M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 05–11, 2009.
- BARRY, M. M. et al. **The CompHP Project Handbooks**. Paris: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2012.
- BATTEL-KIRK, B. et al. A review of the international literature on health promotion

competencies: identifying frameworks and core competencies. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 12–20, 2009.

BRAID, L. M. C.; MACHADO, M. F. A. S.; ARANHA, Á. C. State of the art of curriculum research relating to healthcare professional training courses: a survey on articles published between 2005 and 2011. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 16, n. 42, p. 679–692, 2012.

BRASIL. **Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Brasília - DF Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos., , 1996.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília Ministério da Educação. Diário Oficial da União, 07 nov., , 2001.

BRASIL. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 167–77, 2000.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos anos (1988-2008). **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305–2316, 2009.

CARVALHO, A. T. DE; ALMEIDA, E. R. DE; JAIME, P. C. Health conditionalities in the Bolsa Família program – Brazil: an analysis through health professionals. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1370–1382, dez. 2014.

CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M.; LIMA, V. Health Promotion in Brazil. **Promotion&Education**, v. 14, n. 7, p. 07–12. Suplemento 1, 2007.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669–678, 2004.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 236–40, 2007.

COSTA, J. R. B. et al. Active teaching-learning methodologies: medical students' views of problem-based learning. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 13–19, mar. 2011.

COSTA, T. V.; GUARIENTE, M. H. D. M. Egressos de enfermagem do Currículo Integrado da Universidade Estadual de Londrina: aprimoramento profissional e científico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 487–494, 2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de saúde pública**, 1999.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (Eds.). . **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39–54.

DALLA LANA, L.; AREND BIRNER, J. Um relato de caso sobre a construção e elaboração do portfólio como metodologia avaliativa de aprendizagem. **Ciencia y enfermería**, v. 21, n. 3, p. 101–112, dez. 2015.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, v. 27, n. 3, 2001.

DEMO, P. **Educação e Conhecimento: relação necessária, insuficiente controversa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

DEMPSEY, C. et al. **Literature Review Developing Competencies for Health Promotion Deliverable 3B**. Paris: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2011.

DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M. **The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook**. Paris: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2011.

DUARTE, M. E. Desaprender para ensinar os princípios (ou um outro modo de enfrentar a orientação). **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 12, n. 2, p. 143–152, 2011.

FAIRCLOUGH, N. **Critical discourse analysis: the critical study of language**. London: Longman, 1995.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing discourse: Textual analysis for social research**. New York: Routledge, 2003.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Tradução Isabel Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FAIRCLOUGH, N.; MULDERRIG, J.; WODAK, R. Critical Discourse Analysis. In: VAN DIJK, T. (Ed.). . **Discourse Studies. A multidisciplinary Introduction**. London: Sage, 2011. p. 357–378.

FISHER, A. **Critical thinking - An Introduction**. 2nd. ed. Cambridge, UK:

Cambridge University Press, 2014.

FLEURY, M.; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. **RAC. Edição Especial**, p. 183–196, 2001.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais em Saúde Pública : conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 4, p. 667–674, 2012.

FREITAS, I.; BRANDÃO, H. **Trilhas de aprendizagem como estratégia para desenvolvimento de competências**. ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 29. **Anais...** Brasília - DF: ANPAD, 2005

GANDRA, E. C. **A defesa da saúde e a atuação política do enfermeiro: competências para a promoção da saúde na formação profissional**. Dissertação—Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

GARCIA, M. A. A.; KATHER, B. Construindo vínculos, aprendendo saúde: estudo de revisão. **Rev APS**, v. 15, n. 4, p. 496–507, 2012.

GATTI, B. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (EDS.). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 4 th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Eds.). . **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 185–221.

GONDIN, S. Grupos focais como técnicas de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paideia**, v. 12, n. 24, 2002.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 757–762, 2010.

GREINER, P. A.; EDELMAN, C. L. Health defined: objectives for promotion and prevention. In: EDELMAN, C. L.; MANDLE, C. L. (Eds.). . **Health promotion: throughout the life span**. 7th. ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 2010. p. 03–25.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem**. Divinópolis UFSJ, , 2009.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas

concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352–8, 2006.

HELSINKI. **The Helsinki Statement on Health in All Policies**. Helsinki, Finland The 8th Global Conference on Health Promotion, 10-14 June, , 2013.

HENRIQUES, R. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Eds.). . **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

HYNDMAN, B. Towards the Development of Competencies for Health Promotion in Canada: A Discussion Paper. **Health Promotion Ontario**, p. 1–13, 2007.

HYNDMAN, B. Toward the development of skills-based health promotion competencies: the Canadian experience. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 51–55, 2009.

IDE, C. A. C. et al. Avaliação da implantação do currículo integrado no programa de graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 4, p. 340–347, 2014.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Assessment of the teaching-learning process in students of the health area: cardiopulmonary resuscitation maneuvers. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 49, n. 4, p. 657–64, ago. 2015.

KELLER-FRANCO, E.; KUNTZE, T. D.; COSTA, L. S. Inovação curricular na formação dos profissionais da saúde. **Revista e-Curriculum**, v. 8, n. 2, p. 1–14, 2012.

KINSELLA, E. A. Technical rationality in Schön's reflective practice: dichotomous or non-dualistic epistemological position. **Nursing Philosophy: an international journal for healthcare professionals**, v. 8, n. 2, p. 102–113, 2007.

KINSELLA, E. A. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. **Nursing Philosophy: an international journal for healthcare professionals**, v. 11, n. 1, p. 3–14, jan. 2010.

KOCK, I. V. **A inter-ação pela linguagem**. São Paulo: Contexto, 2010.

KONDER, L. **O que é dialética**. 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LALANDA, M. C.; ABRANTES, M. M. O conceito de reflexão em J. Dewey. In: ALARCÃO, I. (Ed.). . **Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão**. Porto: Porto Editora, 1996. p. 41–61.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians: a working document**. Toronto: Health and Welfare Canada, 1974.

LEAVELL, H.; CLARCK, E. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LIMA, V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 369–79, 2005.

LOPES, V. DE F.; ANDRADE, M. **Continuing education - practice in a family health unit: a descriptive study.** *Online Brazilian Journal of Nursing*, 25 out. 2013.

MAGALHÃES, I. Teoria crítica do discurso e texto. **Linguagem em (Dis)curso**, v. 4, n. Especial, p. p. 113–131, 2004.

MARIN, M. J. S. et al. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 331–344, jun. 2010.

MARX, K. Pósfácio à 2ª Edição de O capital. In: MARX, K. (Ed.). . **O capital**. 2ª. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MCCRACKEN, H.; RANCE, H. Developing competencies for health promotion training in Aotearoa - New Zealand. **Promotion & Education**, v. 7, n. 1, p. 40–43, 2000.

MCQUEEN, D. V. The Galway Consensus. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 3–4, 57–8, 64–5, 2009.

MELVILLE, L. ET AL. Health promotion competencies for Israeli workforce. **Promotion & Education**, v. 8, n. 3, p. 178–184, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2133–2144, dez. 2008.

MORGAN O, D. **Focus Groups as Qualitative Research**. 2nd. ed. California: Sage Publications, 1997.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução Catarina Eleonora F Silva; Jeanne Sawaya. 2. ed. Brasília - DF: UNESCO Brasil, 2000.

MORIN, E. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007a.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2007b.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento [La tête bien faite]**. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

MOYSÉS, S. T.; SÁ, R. F. DE. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4323–4329, 2014.

NEW ZEALAND. **Health Promotion Forum: Report to MOH review and future of health promotion competencies**. Wellington: New Zealand Ministry of Health. Manatu Hauora, 2004.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. **Anais...Alma-Ata**, URSS: OMS (Organização Mundial da Saúde), 1978

OPAS. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. **Anais...Ottawa**, Canadá: OPAS (Organização Panamericana de Saúde), 1986

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PATCHEN, T.; CRAWFORD, T. From Gardeners to Tour Guides: The Epistemological Struggle Revealed in Teacher-Generated Metaphors of Teaching. **Journal of Teacher Education**, v. 62, n. 3, p. 286–298, 21 abr. 2011.

PEREIRA, L.; LOPES, M.; LUGARINHO, R. **Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar?** VII Congresso Nacional da Rede Unida, III Mostra Paranaense de Saúde da Família, III Fórum Nacional de Redes em Saúde, II Encontro de Promotores de Políticas Públicas Saudáveis, III Encontro Estadual da ANEPS-PR, I Encontro Paranaense de Estudantes da Áre. **Anais...2006**

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, P. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PINHEIRO, D. G. M. et al. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 180–188, 2015.

RADIUS, S.; GALER-UNTI, A.; TAPPE, M. Educating for Advocacy: Recommendations for Professional Preparation and Development Based on a Needs and Capacity Assessment of Health Education Faculty. **Health Promotion Practice**, v. 10, n. 83, p. 83–91, 2009.

RESENDE, V. M. **Análise de discurso crítica: uma perspectiva transdisciplinar entre a linguística sistêmica funcional e a ciência social crítica**. 33rd ISFC - International Systemic Functional Congress. **Anais...São Paulo: 2006**

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. C. V. S. **Análise de Discurso Crítica, do modelo tridimensional à articulação entre práticas: implicações teórico-metodológicas.** *Linguagem em (Dis)curso*. Tubarão, 2004.

RIBEIRO, J. Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, v. III Série, n. n^o 5, p. 27–36, 28 dez. 2011.

RUA, M. S. **De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico.** Tese (doutorado)—Lisboa (Loures): Lusociência, 2011.

SÁ-CHAVES, I. (ED.). **Percursos de formação e desenvolvimento profissional.** CIDInE 3 ed. Porto: Porto Editora, 1997.

SÁ-CHAVES, I. (ED.). **Os “ portfólios” reflexivos (também) trazem gente dentro: reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos.** CIDInE 17 ed. Porto: Porto Editora, 2005.

SÁ-CHAVES, I. S. C. **A construção de conhecimento pela análise reflexiva da praxis.** Tese (doutorado)—Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2002.

SALDAÑA, J. **The coding manual for qualitative researches.** 2nd. ed. London, UK: Sage, 2013.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOMÉ, J. T. A Construção da Escola Pública como Instituição Democrática : Poder e Participação da comunidade. *Currículo sem Fronteiras*, v. 1, n. 1, p. 51–80, 2001.

SANTOS, S. S. C. Research on nursing in light of Edgar Morin’s concept of complexity. *Rev Bras Enferm*, v. 56, n. 6, p. 687–689, 2003.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. Complexity and the reconnection of interdisciplinary knowledge: contribution of Edgar Morin’s thoughts. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 65, n. 4, p. 561–565, 2012.

SAUPE, R. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde em Revista*, v. 8, n. 18, p. 31–37, 2006.

SCHÖN, D. **The reflective practitioner. How professionals think in action.** London: Temple Smith, 1983.

SCHÖN, D. A. **Educating the reflective practitioner.** San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.

SCHÖN, D. A. **La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones.** Barcelona: Paidós, 1994.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SENA, R. R.; DUARTE, E. Contribuição para a construção do percurso metodológico do projeto classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva. In: **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 325–333.

SHILTON, T. et al. Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia: An historical overview. **Health Promotion Journal of Australia**, v. 12, n. 2, p. 117–123, 2001.

SHILTON, T. Health promotion competencies: providing a road map for health promotion to assume a prominent role in global health. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 42–6, 2009.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde como decisão política para a formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. Esp, p. 826–9, 2007.

SILVA, K. L. et al. Educação em Enfermagem e os desafios para a promoção da saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p. 86–91, 2009.

SILVA, K. L. et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 368–376, 2010.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. **Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 2, p. 315–321, 2011.

SOUZA, F. N.; COSTA, A. P.; MOREIRA, A. **WebQDA: Software de apoio à análise qualitativa**. Atas da 5ª Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação (CISTI2010). **Anais...**Santiago de Compostela, Espanha: Associação Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação., 2010

SOUZA, P. A.; ZEFERINO, A. M. B.; DA ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 20–25, 2011.

SPELLER, V. et al. **The CompHP professional standards for health promotion handbook**. Paris: IUHPE, 2012.

TAVARES, J. Contributos psicológicos e sociológicos para uma escola reflexiva. In: ALARCÃO, I. (Ed.). **Escola reflexiva e supervisão: uma escola em desenvolvimento e aprendizagem**. CIDInE 14 ed. Porto: Porto Editora, 2000. p. 55–66.

TAVARES, J. **Formação e inovação no ensino superior**. CIDInE 15 ed. Porto: Porto Editora, 2003.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007.

TRINDADE, L. D. L. et al. A formação profissional na orientação da assistência aos grupos vulneráveis na atenção básica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 368 – 378, 2 jul. 2015.

TUSSET, D. **Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. Dissertação (mestrado)—Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2012.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525–531, 2003.

WESTPHAL, M.; BÓGUS, C.; FARIA, M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim Oficina Sanitária Panamericana**, v. 120, n. 6, p. 472–482, 1996.

WHO. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. First International Conference on Health Promotion; World Health Organization. Ottawa, Canada. **Anais...**Geneve: WHO (World Health Organization), 1986

* * *

Esse trabalho foi realizado com apoio parcial da UFSJ (PROSER), da CAPES (DINTER) e do CNPq (SWE), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (Processo 204340/2014-4).