

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002150015>

## DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL

*Luciana Netto<sup>1</sup>, Kênia Lara Silva<sup>2</sup>, Marília dos Santos Rua<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora da Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: luciananetto@ufsj.edu.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: kenialara17@gmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal. E-mail: mrua@ua.pt

**RESUMO:** Estudo de caso ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética, com o objetivo de analisar o desenvolvimento de competências para promoção da saúde, na perspectiva dos egressos de um curso de enfermagem, e sua relação com a mudança do modelo de atenção. Foram realizadas entrevistas com foco em competências com dez egressos. Os dados foram analisados pela perspectiva crítica do discurso. Os resultados demonstram que as competências para promoção da saúde, definidas em dois consensos internacionais, foram trabalhadas ao longo do processo de formação. Os discursos produzidos demonstram que o desenvolvimento de competências para promoção da saúde pode favorecer a mudança do modelo assistencial, apesar dos desafios neste processo. As estratégias curriculares de contato com a realidade, por meio da imersão do estudante no cenário de prática, desde o início do curso, e ações de extensão e pesquisa podem contribuir para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde e favorecer a mudança do modelo assistencial.

**DESCRIPTORES:** Promoção da saúde. Educação baseada em competências. Enfermagem.

---

## COMPETENCY BUILDING FOR HEALTH PROMOTION AND CHANGE IN THE CARE MODEL

**ABSTRACT:** Case study based on the theoretical and methodological framework of dialectics, aimed at analyzing competency building for health promotion, from the perspective of graduates from a nursing course and its relation to change in the care model. Interviews focused on competencies were held with ten graduates. Data were analyzed using critical discourse perspective. The results show that the competencies for health promotion, defined by two international consensus, were discussed in the course of the nursing education process. The discourses demonstrate that competency building for health promotion in nursing education can foster change in the care model, despite the challenges in this process. Curricular strategies like contact with reality through the immersion of students in the practical scenario since the beginning of the course and community service and research activities can contribute to competency building for health promotion in nursing education and foster the change in the care model.

**DESCRIPTORS:** Health promotion. Competency-based education. Nursing.

---

## DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CAMBIO DE MODELO DE ATENCIÓN

**RESUMEN:** Estudio de caso anclado en la dialéctica, con el fin de analizar el desarrollo de competencias para la promoción de la salud, desde la perspectiva de egresos de un programa de enfermería y su relación con el cambio del modelo de atención. Las entrevistas con enfoque en competencias con diez graduados de una licenciatura en enfermería. Los datos fueron analizados por análisis crítico del discurso. Los resultados muestran que competencias para promoción de la salud, definidas en dos consensos internacionales, se trabajaron durante todo el proceso de formación. Los discursos producidos muestran que este desarrollo de competencias puede fomentar el cambio del modelo de atención, a pesar de los desafíos en este proceso. Se necesita mayor cambio de paradigma, ya que el suelo parece fértil para este proceso. Las estrategias curriculares de contacto con la realidad, a través de la inmersión del estudiante en el escenario de práctica desde el inicio del curso, y las actividades de extensión e investigación pueden contribuir al desarrollo de competencias para la promoción de la salud en la formación de enfermería y fomentar el cambio del modelo de atención.

**DESCRIPTORES:** Promoción de la salud. Educación basada en competencias. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A proposta de substituição do sistema hegemônico de atenção à saúde por modelos 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 da área da saúde.<sup>1</sup>

A promoção da saúde é um campo atual e pode ser compreendida como um processo de capacitação do indivíduo que visa melhorar, controlar e gerir o seu processo de saúde e qualidade de vida.<sup>2-4</sup> Sua formulação como dimensão de uma política de saúde compõe discursos ideológicos desde a década de 1970, ganhando forma e expressão em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá.<sup>4</sup>

O movimento da promoção da saúde propõe-se a superar os vazios do modelo biomédico, articulando toda a sociedade em prol da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do coletivo. Entretanto, constitui desafio superar o modelo tradicional e hegemônico na construção de um outro paradigma sanitário que considere os acontecimentos cotidianos dos indivíduos e das coletividades nos modos de vida e na determinação do processo saúde-doença.<sup>5</sup>

Para que os profissionais de saúde atuem efetivamente no cenário que se desenha na atualidade, é imprescindível definir as competências necessárias, considerando a complexidade da política de saúde e sua implementação. Dentre essas competências, destacamos aquelas específicas para atuar na promoção da saúde que se referem a uma combinação de conhecimento, habilidades e valores essenciais necessários para a prática efetiva de ações promotoras de saúde individuais ou coletivas.<sup>6</sup>

A Declaração oriunda do Consenso de Galway e o Projeto Europeu CompHP (*Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*) delineiam valores e princípios fundamentais, bem como fornecem uma definição comum e domínios de competência essenciais aos que se envolvem em práticas de promoção da saúde, a saber: produção de mudanças, advocacia em saúde, parcerias, comunicação, liderança, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.<sup>7-9</sup> Esses domínios devem estar sustentados e devem funcionar de forma conjunta com os valores éticos e os conhecimentos em toda a ação de promoção da saúde.<sup>6-7</sup>

Acredita-se que o processo de formação deve ser capaz de preparar o profissional de saúde, independente da sua categoria, para atuar na promoção da saúde, permitindo-lhe que desenvolva

a capacidade para mobilizar as competências essenciais nesse campo.<sup>7-8</sup> As demais competências, conhecimentos, valores e habilidades para mudar as práticas e as políticas vigentes virão do processo de capacitação permanente.

Discussões sobre a formação do enfermeiro para atuar na promoção da saúde podem ser identificadas na literatura internacional,<sup>6,10-11</sup> mas ainda permanecem lacunas quanto às competências desenvolvidas nesse processo e quanto às estratégias de ensino que resultam em padrões profissionais adequados à transformação das práticas de saúde.

Nesse sentido, questiona-se como ocorre o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro e quais as estratégias pedagógicas que funcionam como dispositivo para essa formação?

Com essa problematização, o estudo apresenta como objetivo analisar o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde sob a ótica dos egressos de um curso de enfermagem e sua relação com mudança do modelo de atenção.

## MÉTODO

Trata-se de estudo de caso, de abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética marxista.<sup>12-15</sup>

Foram realizadas entrevistas com foco em competências com dez egressos, de um total de 57 enfermeiros formados nas duas primeiras turmas de uma instituição de ensino superior pública no Estado de Minas Gerais.

A abordagem dos egressos procedeu-se mediante apresentação e convite por e-mail para participação na pesquisa. Utilizaram-se os endereços eletrônicos registrados no setor de registro acadêmico da instituição de estudo. Dez egressos aceitaram o convite. Apesar do interesse manifestado pela pesquisa, os demais declinaram o convite por estarem trabalhando ou cursando mestrado/doutorado em outros municípios ou estados distantes do local do estudo. As entrevistas ocorreram no período de julho a novembro de 2014.

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas com foco em competências ou comportamental, uma ferramenta da psicologia organizacional que tem sido utilizada no recrutamento e na seleção de recursos humanos. O entrevistador procurou, por meio dessa técnica, 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.

A entrevista foi orientada pelas questões norteadoras: conte-me sobre uma prática de promoção da saúde que você desenvolveu como estudante ou profissional e como se saiu; relate um momento desenvolvido na sua graduação que possibilitou a você desenvolver a prática de promoção da saúde no seu ambiente de trabalho; ou ainda, descreva uma prática de promoção da saúde em que você assumiu a responsabilidade por realizá-la e como a graduação em enfermagem o preparou.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com a permissão dos participantes, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após os devidos esclarecimentos sobre o propósito do estudo. Para evitar identificação, cada egresso recebeu como codificação a letra E (egresso) seguida de numeração sequencial.

Para pontuar as competências para a promoção da saúde, facilitar a consolidação do amplo volume de material empírico e gerenciamento de todos os dados a serem analisados, foi utilizado o software webQDA,\* de apoio à análise de dados qualitativos num ambiente colaborativo e distribuído, versão 2013.<sup>16</sup>

O discurso falado e gravado das entrevistas foi submetido à transcrição, realizada pela pesquisadora, mantendo elementos do registro oral como entonação, ênfase, pausa, alterações na altura e no ritmo da fala. Para tanto, considerou-se convenções e modelos de transcrição,<sup>17-19</sup> no que diz respeito às direções referentes aos recursos para análise de discurso. Alguns sinais como /, [...] e palavras em caixa alta, entre aspas, parênteses, colchetes e sublinhadas constantes nas falas dos participantes do estudo referem-se a itens presentes na convenção e modelos de transcrição. Esses itens correspondem às interrupções no fluxo da fala, pausas, silêncio, comentários, citações literais e ênfase na voz, relevantes na análise de discurso.

Para avaliar a qualidade dos dados, 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 foi esgotado quando delineado o quadro empírico da investigação.

Procedeu-se a análise dos materiais oriundos das entrevistas orientadas pela perspectiva crítica em aproximação com a abordagem teórica e ao método para o estudo do discurso. Nessa abordagem,

articulando a linguística e a ciência social crítica, procedeu-se a análise dos eventos discursivos, considerando as dimensões tridimensionais (texto, prática discursiva e prática social) no contexto sócio-histórico e das transformações sociais.<sup>18-19</sup>

Primeiramente, por meio de uma análise horizontal das narrativas contidas na transcrição das entrevistas individuais, procedeu-se a identificação das regularidades e das vivências singulares, por meio dos sentidos subjacentes às ideias descritas nas falas. A seguir, mediante 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. Finalmente, numa síntese interpretativa, por meio de uma análise cruzada, foram discutidos os pontos de vista e as expressões singulares dos participantes, confrontando-os, num movimento dialético, com a interpretação crítica dos autores frente às categorias analíticas.<sup>18,20</sup>

O projeto de pesquisa que deu origem a esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - COEP/UFMG (Parecer nº 694.248 - CAAE 08863612.0.0000.5149), em 24/06/2014 e todas as etapas desse projeto estão em concordância com a Resolução 466/2012/MS, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

A comunicação dos resultados do estudo obedeceu às diretrizes para relatórios de projetos de pesquisa de natureza qualitativa com uso de entrevistas e grupos focais disponível no *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*.<sup>21</sup>

## RESULTADOS

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 serviços de urgência e emergência (n=2) e em projetos de ensino e pesquisa (n=1), perfazendo uma média de sete meses de trabalho. Oito egressos também estão inseridos em programas de pós-graduação, nas modalidades residência e mestrado.

Os resultados foram organizados de forma a demonstrar os achados nas dimensões: Competências para promoção da saúde e Mudança no modelo de atenção. Na primeira dimensão, os participantes revelaram seu entendimento sobre os atributos essenciais das competências de promoção da saúde. Na segunda dimensão, foram revelados os aspectos

\* O webQDA é um *software* desenvolvido pelo Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDFFF) do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, Portugal, como ferramenta na organização e análise de dados qualitativos.

práticos dessas competências e a relação com as mudanças no modelo de atenção.

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 habilidades a serem adquiridas ao longo do tempo. O elemento textual da temporalidade manifestado por expressões tais como “a gente vai desenvolvendo com o tempo”, “são construídas ao longo”, “desde o primeiro período”, indica que o desenvolvimento de competências é algo que se realiza em processos contínuos, cuja vivência na graduação, com a inserção precoce no campo da prática profissional é apenas um dos momentos.

[...] [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* (E 01).

Os discursos indicam que, no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde, prevalece uma lógica dominante com a menção dos conhecimentos numa posição hierárquica superior às habilidades e às atitudes nas manifestações discursivas.

*Quais as competências? [...] conhe/ ele tem que ter conhecimento, [...] daquilo que ele está querendo promover [...]* (E 10).

*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 01).

Os determinantes de saúde e a realidade do contexto no qual as pessoas estão inseridas também devem ser considerados pelos praticantes de promoção da saúde. Para os participantes, essa visão foi proporcionada, pela primeira vez durante o curso de graduação. A saúde, entendida como direito inalienável do ser humano, também foi citada por egressos, remetendo aos deveres dos governantes nesse processo.

*Eh [...] é/ foi a realidade mesmo./ A realidade do serviço. Isto foi bastante importante./ É, porque [...] 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 [...] 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).

*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).

Os achados apresentados conduzem à análise sobre os desafios para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde como prática social, atuando sobre as faltas e as ameaças para mudar o modelo de saúde hegemônico. Essa atribuição é creditada ao Estado, como ator responsável pela condução, e para garantia do direito à saúde no país.

O respaldo legal e a defesa da saúde são apontados pelos egressos como estratégias que permitem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. A legislação é apreendida ao longo do processo de formação e estimula a participação em ações de militância cidadã.

*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 [(00:06:12)], 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 [...]* (E 04).

Ainda nessa dimensão, os valores éticos foram abordados remetendo à crença na equidade e justiça social, respeitando a autonomia e a escolha individual e de grupos em um modo de trabalho participativo e colaborativo. Nesse ponto, o elemento textual da metáfora foi utilizado para abordar como devem ser as relações com as pessoas, famílias e comunidade: os entrevistados mencionaram que é necessário ao profissional a habilidade de adaptar suas práticas aos contextos, considerando as características das pessoas, famílias e comunidades, evitando as generalizações, o empacotamento.

*[...] 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).

Os egressos mencionaram que as ações de promoção da saúde, feitas em parceria colaborativa

com outros setores da sociedade, impactam positivamente a vida das pessoas e os serviços de saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento de parcerias foi citado como estratégia para o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde.

*Hum, deixa eu ver [...] Hum, hum/ não, fizemos sim/ teve um grupo que a gente trabalhou do PET, [...] que a gente fez/ um/ a gente arrecadou vários patrocínios para poder fazer as ações na praça, fizemos a caminhada do aleitamento. Então teve a parceria da Universidade, da secretaria de saúde, da prefeitura/ [(00:07:15)] (E 06).*

*Então assim, na unidade, principalmente, eu estou com várias ideias [...] começando a desenvolver um grupo de gestantes também, no sentido de prevenir uma gestação de risco, [...]. 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).*

O planejamento das ações de promoção da saúde foi citado como um domínio de competência para a promoção da saúde desenvolvido na formação. Os egressos fazem referência à organização das atividades que realizaram ao longo do curso e na prática profissional, como as ações nas praças, feiras, encontros, nos ambientes hospitalares ou nas unidades básicas de saúde.

*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/. Isto aí sem sombra de dúvidas (E 08).*

Na mobilização social, os egressos abordam os estímulos que têm feito junto à população para a realização de atividades propostas, cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida, como caminhadas e ginástica. A mobilização é considerada importante para dar visibilidade às demandas sociais.

*Foi lá na/ no estágio rural, em (nome de um município próximo à cidade sede do curso)./ 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/ (E 10).*

## DISCUSSÃO

Os achados apresentados remetem a um processo de construção do novo modelo assistencial, que pretende substituir o modelo biologicista, médico centrado, focado na doença e na atenção individual, ainda vigente na atualidade.<sup>22-23</sup> Há evidências que sinalizam esse movimento de ruptura, representado pela consciência da falência das práticas em vigor, que desconsideram o contexto e os sujeitos.<sup>8</sup>

A implementação do novo modelo assistencial requer ações que se centrem na relação de confiança entre os profissionais e destes com as pessoas, com a família e a comunidade, promovendo o autocuidado, respeitando a dignidade das pessoas, solidarizando e apoiando o cidadão na tomada consciente de decisão, na tentativa de garantir o direito de responsabilidade individual sobre sua vida e sua saúde.<sup>22</sup> A valorização da pessoa, evidenciada no discurso dos participantes, é importante para o novo modelo de cuidados de saúde.<sup>24</sup>

Evidencia-se que o novo modelo assistencial em construção tende a se aproximar ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cujo foco centra-se na promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade. Esse novo modelo busca a conscientização dos cidadãos, tentando estimulá-los à prática de comportamentos, à promoção de estilos de vida saudáveis e capacitá-los para tomada de decisão compartilhada nas situações complexas da vida cotidiana, rumo ao exercício da cidadania e do fortalecimento comunitário.<sup>4,25</sup>

Esses aspectos, definidos desde a Carta de Ottawa,<sup>4,26</sup> e reforçados na Política Nacional de Promoção da Saúde,<sup>25</sup> demandam profissionais com outras competências além daquelas tradicionalmente mobilizadas quando da atuação no modelo médico-hegemônico.

É importante destacar que as competências de advocacia em saúde, mobilização social, liderança e parcerias estão presentes no discurso e são indicativos de novos modos de fazer saúde. Os participantes reconhecem que as ações de promoção da saúde realizadas em parceria colaborativa com outros profissionais de saúde e outros setores da sociedade estimulam a liderança de membros da comunidade, permitem maior disseminação da proposta e impacta positivamente a vida das pessoas e os serviços de saúde.

Essas competências são mobilizadas principalmente nas atividades de educação em saúde e nos movimentos sociais em defesa da saúde. A necessidade dessa mobilização de competências é

apontada por outros autores como fator indispensável à efetividade das ações de promoção da saúde.<sup>7-8</sup>

Por outro lado, reconhece-se que o movimento de mudança é dialético e enfrenta desafios frente ao velho que insiste em permanecer. Nesse sentido, as marcas da transmissão do conhecimento e da informação, que contradizem a perspectiva dos sujeitos ativos, e a atuação sobre os determinantes sociais são ainda citados nos discursos, em especial quando se menciona o domínio de comunicação e execução nas competências para a promoção da saúde.

Assim, para avançar no processo de construção do novo modelo assistencial, os discursos demonstraram que o enfermeiro tem mobilizado competências para a promoção da saúde desenvolvidas ao longo do seu processo de formação, tanto na academia como na vida.<sup>27</sup> Temporalmente a construção dessas competências é processual e não se resume à graduação.

Entretanto, na vida acadêmica, como um espaço privilegiado para a formação, a indução da mudança paradigmática sobre o modelo assistencial se constrói com base na aproximação, o quanto antes, com os contextos das práticas profissionais dos serviços de saúde.<sup>28</sup>

Para reverter a racionalidade biomédica imperante nas escolas, algumas estratégias curriculares, como a de imersão do estudante no cenário de prática com aprendizagem ativa desde o início do curso, contribuem para o contato com a realidade de vida e saúde da população e seus determinantes.<sup>28</sup> Viver e conviver imersos no contexto dos serviços, aprendendo a fazer fazendo, favorece a reflexividade e a atuação competente na busca de soluções para a prática profissional. Visualiza-se que o desenvolvimento de competências é facilitada nessa inserção, uma vez que ela possibilita elaborar propostas de intervenção e desenvolvimento de ações efetivas e sustentáveis de promoção da saúde e redução das iniquidades, com base no respeito ao ser humano e à sua diversidade.<sup>22,29</sup>

Assim, 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 sociais, orientado por outras ideologias. Nesse sentido, esse estudo reforça o seguinte pensamento,<sup>30</sup> para combater políticas dominantes, deve-se estimular a democracia dialogante para garantir a liberdade de expressão e recuperar o verdadeiro sentido de ser cidadãs e cidadãos. 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”.<sup>30:50</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, a prática social expressa ideias que remetem à superação do modelo de atenção hegemônico. Contudo, convive-se também com a manutenção do caráter reprodutivo das práticas, com a transmissão de conhecimentos e informações apresentados como desafios para a transformação social.

Como características do novo modelo, a promoção da saúde é apresentada como uma prática importante, aprendida de forma integrada ao longo do processo de formação.

O desenvolvimento de competências para a promoção da saúde se aprende fazendo, continuamente e cotidianamente, alicerçada na inserção dos estudantes nos serviços de saúde, o que favorece a aprendizagem por aproximações com a população e o desenvolvimento da autonomia e visão crítica.

Os achados indicam que estratégias inovadoras dos currículos podem romper com a matriz social do discurso de caráter reprodutivo, normativo e convencional e estimular a criatividade e as invenções na formação do enfermeiro potencializando competências de mobilização social, advocacia em saúde e parcerias. Essas são mudanças que sustentam a ruptura e o movimento de transformação do modelo assistencial em saúde.

O enfermeiro com competências essenciais em promoção da saúde tem um papel importante para garantir o olhar integrado e a efetividade das ações do novo modelo, permitindo a reflexão sobre as práticas e contribuindo para o processo de mudança permanente.

Pode-se relacionar como limites desse estudo que os resultados descritos carregam restrições quanto ao contexto no qual o estudo foi desenvolvido e ao período considerado. Procurou-se garantir o rigor em todo o processo metodológico para minimizar a expressão da subjetividade implícita na pesquisa qualitativa. Os resultados desse estudo sugerem novas pesquisas em cenários diversificados para possível comparação com outros contextos nacionais e internacionais.

## REFERÊNCIAS

1. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Cien Saude Colet*. 2010;15(3):757-62.

2. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, organizadores. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4<sup>th</sup> ed. San Francisco (US): Jossey-Bass; 2008.
3. Greiner PA, Edelman CL. Health defined: objectives for promotion and prevention. In: Edelman CL, Mandle CL, organizadores. Health promotion: throughout the life span. 7<sup>th</sup> ed. St. Louis (US): Mosby Elsevier; 2010. p.3-25.
4. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; Ottawa, Canada. Geneve (CH): World Health Organization; 1986.
5. Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Silva PM, Rodrigues AT. Health promotion: challenges revealed in successful practices. Rev Saúde Pública. 2014; 48(1):76-85.
6. Dempsey C, Barry MM, Battel-Kirk B. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook. Paris (FR): IUPES; 2011.
7. Barry MM, Battel-Kirk B, Davison H, Dempsey C, Parish R, Schipperen M, et al. The CompHP Project Handbooks. Paris (FR): International Union for Health Promotion and Education (IUHPE); 2012.
8. Fragelli TBO, Shimizu HE. Competências profissionais em Saúde Pública : conceitos, origens, abordagens e aplicações. Rev Bras Enferm. 2012; 65(4):667-74.
9. Allegrante JP, Barry MM, Auld ME, Lamarre M-C, Taub A. Toward international collaboration on credentialing in health promotion and health education: The Galway Consensus Conference. Heal Educ Behav. 2009 June; 36:427-38.
10. Arroyo HV. Professional training and competency development for health promotion capacity building in Latin America. Glob Health Promot. 2009; 16(2):66-72.
11. Battel-Kirk B, Barry MM, Taub A, Lysoby L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. Glob Health Promot. 2009; 16(2):12-20.
12. Konder L. O que é dialética. 28<sup>a</sup> ed. São Paulo (SP): Brasiliense; 2004.
13. Marx K. O capital. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo (SP): Abril Cultural; 1983.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13<sup>a</sup> ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2013.
15. Minayo MC de S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34<sup>a</sup> ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.
16. Souza FN, Costa AP, Moreira A. WebQDA: Software de apoio à análise qualitativa. Atas da 5<sup>a</sup> Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação (CISTI2010). Santiago de Compostela, Espanha: Associação Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação; 2010. p. 293-8.
17. Kock IV. A inter-ação pela linguagem. São Paulo (SP): Contexto; 2010.
18. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília (DF): Editora Universidade de Brasília; 2008.
19. Magalhães I. Teoria crítica do discurso e texto. Ling em (Dis)curso. 2006; 4(Esp):113-31.
20. Gomes R, Souza ER, Minayo MC de S, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005. p. 185-221.
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care; 2007; 19(6):349-57.
22. Alves E, Oliveira MAC. O desenvolvimento da competência crítica e reflexiva no contexto de um currículo integrado. Londrina (PR): iNESCO; 2014.
23. Keller-Franco E, Kuntze TD, Costa LS. Inovação curricular na formação dos profissionais da saúde. Rev e-curriculum. 2012; 8(2). p.1-14.
24. Fertonani HP, Pires, DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2015 Jun; 20(6):1869-78.
25. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM no 687 de 30 de março de 2006. Brasília (DF): MS; 2015.
26. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny, AM, Monticelli, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):352-8.
27. Santos SSC, Hammerschmidt K. Complexity and the reconnection of interdisciplinary knowledge: contribution of Edgar Morin's thoughts. Rev Bras Enferm. 2012; 65(4):561-5.
28. Garcia MAA, Kather B. Construindo vínculos, aprendendo saúde: estudo de revisão. Rev APS. 2012 Out-Dez; 15(4):496-507.
29. Souza PA, Zeferino AMB, Da Ros MA. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. Rev Bras Educ Med. 2011; 35(1):20-5.
30. Santomé JT. A construção da escola pública como instituição democrática: poder e participação da comunidade. Currículo sem Front. 2001 Jan-Jun; 1(1):51-80.

Correspondência: Luciana Netto  
Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Sala 301.4 Bloco D  
35501-296 - Chanadour, Divinópolis, MG, Brasil.  
E-mail: luciananetto@ufsj.edu.br

Recebido: 30 de junho de 2015  
Aprovado 03 de novembro de 2015