

Tanaka Maeda, Sayuri; Chiesa, Anna Maria

Innovación en el proceso de aprendizaje de enfermería en salud colectiva
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 120-128
Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71413596014>



Texto & Contexto Enfermagem
ISSN (Versión impresa): 0104-0707
texto&contexto@nfr.ufsc.br
Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

INNOVACIÓN EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA¹

Sayuri Tanaka Maeda², Anna Maria Chiesa³

¹ Resultado parcial del proyecto del Programa Enseñar con Investigación – Desafíos de la enseñanza de enfermería en salud colectiva bajo la perspectiva de la promoción de la salud, Edital 2008 financiado por la *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo*, Expediente número 08/09774-0

² Doctora en Enfermería. Profesora Doctora del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (EEUSP). São Paulo, Brasil. E-mail: rime_yuri@yahoo.com.br

³ Doctora en Salud Pública. Profesora Livre Docente del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva de la EEUSP. São Paulo, Brasil. E-mail: amchiesa@usp.br

RESUMEN: Las autoras enfatizan el aprendizaje de los alumnos en el enfrentamiento con la realidad orientado por la investigación pedagógica. Se buscó sistematizar las facilidades y las dificultades observadas por los familiares en la atención a la salud y analizar sus implicaciones pedagógicas en el proceso de aprendizaje de los alumnos en la asignatura Fundamentos y Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva. El estudio fue retrospectivo, basado en datos de la encuesta domiciliaria producidos en la investigación pedagógica, involucrando a estudiantes de graduación en el 2006. Se adoptó el método de Análisis de los Contenidos de los datos asociados a la visión de estructura y procesos de servicios. Las principales facilidades y dificultades observadas y consideradas como aspectos fundamentales fueron respectivamente la calidad de la relación usuario-profesionales y la demora en la atención a causa del exceso de demanda. Esas temáticas constituyeron momentos de movilización de la capacidad cognitiva de los estudiantes, pues permitieron observar las necesidades de los usuarios y fortificar la práctica pedagógica en el proceso de formación.

DESCRIPTORES: Salud pública. Educación superior. Aprendizaje por asociación. Enfermería. Difusión de innovaciones.

INOVATION IN THE PUBLIC HEALTH NURSING LEARNING PROCESS

ABSTRACT: This paper emphasizes students' learning when facing reality guided by pedagogical investigation. Its aim was to systematize the facilities and difficulties perceived by family members receiving health care and to analyze its pedagogical implications in the student learning process in the Public Health Nursing Fundamentals and Practices course. The study was retrospective, based on domestic inquiry data resulting from a pedagogical investigation involving undergraduate nursing students in 2006. A data content analysis method was carried out together with the perspective of service structure and processes. Facilities and difficulties that emerged as essential aspects respectively were the quality of patient-practitioner relationships and the fact that receiving health care took so long due to an excessive demand. These issues corresponded to moments of cognitive capacity mobilization as patients' needs were noticed and the pedagogical practice in the learning process was optimized

DESCRIPTORS: Public health. Higher education. Learning by association. Nursing.

INOVAÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

RESUMO: As autoras enfatizam o aprendizado dos estudantes no enfrentamento da realidade orientado pela investigação pedagógica. Objetivou-se sistematizar as facilidades e dificuldades percebidas pelos familiares no atendimento à saúde e analisar suas implicações pedagógicas no processo de aprendizagem dos estudantes na disciplina Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. O estudo foi retrospectivo baseado em dados de inquérito domiciliar produzidos na investigação pedagógica envolvendo estudantes de graduação, em 2006. Adotou-se método de análise de conteúdo dos dados, associados à visão de estrutura e processos de serviços. Como facilidades e dificuldades emergiram, respectivamente, a qualidade da relação usuário- profissionais e a demora no atendimento pelo excesso da demanda como aspectos fundamentais. Essas temáticas constituíram-se em momentos de mobilização da capacidade cognitiva dos estudantes ao perceber a necessidade dos usuários e potencializar a prática pedagógica no processo formativo.

DESCRIPTORES: Saúde coletiva. Ensino superior. Aprendizagem por associação. Enfermagem.

INTRODUCCIÓN, JUSTIFICATIVA Y OBJETIVOS

Siguiendo la dinámica de las transformaciones que afectan al mundo en todos los sectores productivos, la Pro-Rectoría de Graduación de la Universidad de São Paulo (USP) lanzó un desafío a fin de revalorizar la enseñanza de graduación. Como producto de esa política, relevantes proyectos se encuentran en curso, como el de preparación para el ejercicio de la función docente (Curso de Pedagogía Universitaria) y concomitantemente, integrando el Programa Enseñar con Investigación, dos modalidades: Enseñar con Investigación e Investigar la Enseñanza.*

Este trabajo es fruto de la iniciativa política que orientó incentivos y financiamientos a la investigación en educación, campo poco explorado en el ejercicio de la docencia. Alineado con esa base política y con el reto de innovar en el proceso de enseñanza y aprendizaje, el proyecto fue desarrollado en la modalidad Enseñar con Investigación – Los Desafíos de la Enseñanza de Enfermería en Salud Colectiva, bajo la Perspectiva de la Promoción de Salud. El presente trabajo examina parte de los resultados de este proyecto.

Para articular los objetivos de este trabajo, es oportuno discurrir sobre la organización curricular vigente en la Facultad de Enfermería de la Universidad de São Paulo (EEUSP), que ofrece el curso de Bachillerato en Enfermería, en consonancia con las Directrices Curriculares Nacionales, y la Licenciatura en Enfermería, en sociedad con la Facultad de Educación de la USP.

El Proyecto Político Pedagógico (PPP) de la EEUSP comprende áreas temáticas como: enfermería en salud del adulto y anciano, de la mujer, del niño y del adolescente, en salud mental y psiquiátrica; asistencia nutricional, enseñanza en enfermería, ética, historia y legislación en enfermería, investigación y gerencia en enfermería. Son ofrecidas 80 plazas anualmente. Las áreas temáticas están organizadas en asignaturas, bajo la coordinación de cuatro departamentos y distribuidas a lo largo de ocho semestres. El PPP y el currículo de la Facultad de Enfermería de la USP,¹ organizado por asignaturas, se encuentran en un periodo de reformulación, como ocurre en las demás facultades de esta universidad.

Este trabajo analizó una de las asignaturas de carácter obligatorio desarrollada por el Departamento de Enfermería en Salud Colectiva que adopta como escenario el proyecto nacional Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil.

El SUS viene asumiendo un papel activo en la reorientación de las estrategias y de los modos de cuidar, tratar y acompañar la salud individual y colectiva; ha sido capaz de provocar repercusiones en los modos de enseñar y aprender por parte de las instituciones formadoras señalando esfuerzos, y repensar los procesos de formación.²

El abordaje en salud colectiva exige de los profesores, más que conocimientos de destrezas técnicas, instrumentales o teorías científicas, la comprensión de la relación de la sociedad civil con el Estado, para que se tornen visibles la función social del Estado, su organización política y jurídica, su poder de regular la sociedad y la implicación del desarrollo del SUS.

Actualmente, con la globalización, desarrollar la habilidad de aprender junto a los alumnos es una relación necesaria y humana en todos los procesos. Ese saber será considerado prioritario en un plan de enseñanza adecuado porque nunca se agota y posibilita otros saberes, sean los inmediatamente útiles o los que buscan una excelencia que nunca será completa. La capacidad de aprender se compone de muchas preguntas y de algunas respuestas; de búsquedas personales, no de hallazgos decretados institucionalmente; de crítica y cuestionamiento, en vez de obediencia que se satisface con lo establecido comúnmente. El principio importante es enseñar a aprender, promoviendo la actividad permanente del alumno y nunca la aceptación pasiva de los conocimientos ya deglutidos, que el profesor deposita en la cabeza obediente.³⁻⁵

La flexibilidad de las actividades de enseñar y aprender y la innovación constante de las tecnologías exigen un fomento educacional abierto, exigen más que una instrucción especializada para la obtención de un trabajo ventajoso en el mundo de la producción. En sentido amplio, una de las responsabilidades de la educación es contribuir para la formación de personas capaces de pensar y tomar decisiones, de buscar las informaciones relevantes que necesiten, de relacionarse con la realidad y cooperar con la

* El proyecto “Desafíos de la enseñanza de enfermería en salud colectiva bajo la perspectiva de la promoción de la salud” fue aprobado por el Edital -2008, becas de la Iniciación Científica - Programa Enseñanza con Investigación de la Pro-Rectoría USP. Proyecto FAPESP proceso N° 2008/09774-0.

construcción colectiva de la permanente adaptación al contexto en transformación.⁶

A la luz de esas consideraciones, el presente trabajo eligió parte del proyecto matriz relativo al proceso de escucha a las familias residentes en el territorio, con el objetivo de objetivándose sistematizar las facilidades y dificultades percibidas por los familiares en la atención en la salud y analizar sus implicaciones pedagógicas en el proceso de aprendizaje de los estudiantes en la disciplina Fundamentos y Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo que utilizó datos secundarios, reunidos a través de una encuesta domiciliaria, de origen pedagógico, realizado en la enseñanza de graduación, en la asignatura obligatoria de Fundamentos y Prácticas de Enfermería en la Salud Colectiva.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la USP, respetando las normas de la Resolución N° 196/96 del Ministerio de Salud. Se considera que los formularios llenados son datos institucionales, y, por lo tanto, se solicita el consentimiento y la aprobación de la jefatura del departamento a fin de utilizarlos para fines de investigación.

Frente a la presentación anterior acerca del currículo de la Escuela, es interesante describir, aunque brevemente, la política adoptada por el Departamento, el cual involucra la asignatura a la que referimos anteriormente. Existe una interacción constante entre docentes y profesionales del campo práctico, con la que se busca establecer conexiones entre la enseñanza, la investigación y la extensión universitaria en la región del Distrito de Butantã, de la Coordinación de la Región Centro Oeste de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo. Hay una continua inversión en el reconocimiento de la realidad, en el espacio social habitado por la población y en la organización del trabajo. Así, se pretende promover una producción articulada del conocimiento con el objetivo de desarrollar prácticas de cuidados que favorezcan la acogida de estudiantes en asignaturas programadas, como por ejemplo, contribuir en la atención a la salud de la colectividad.

En el campo de pasantía, la proporción profesor-alumno es de un profesor para cada grupo de ocho a nueve estudiantes. Además, la

enseñanza dispone de la inserción de las Técnicas Especialistas, enfermeras ligadas a la Escuela que actúan en Unidades Básicas de Salud (UBS), siendo que cada técnica especialista trabaja con dos profesores, es decir, es responsable por dos campos de pasantía, dividiendo el tiempo de la semana. Una de las finalidades es la de mediar en la política de enseñanza y la preparación del ambiente pedagógico. Se puede decir que el campo es un laboratorio vivo de investigación y de práctica asistencial, que contempla, a la vez, la enseñanza y la actuación en la realidad; un espacio en el cual se lleva a cabo la estrategia pedagógica más productiva.

Se construye el escenario de la enseñanza en colaboración con los profesionales que actúan en el campo. La encuesta domiciliaria incluye aspectos que la gerencia local desea conocer acerca de la población que se entrevista. La elección de la población también es un proceso en el que se consideran las necesidades del campo práctico y de la enseñanza: se producen y almacenan datos sociales sobre el territorio, así como se considera el momento de aprendizaje de los estudiantes.

La asignatura prevé tres grandes etapas de desarrollo. La primera, teórico-práctica, se divide en dos momentos: el de la aplicación de los instrumentos para captación de la realidad, incluyendo también la reunión de los equipos sociales, públicos y privados, y la sistematización de la información. La segunda consiste en divulgar y debatir los resultados de las encuestas con los profesionales del servicio y representantes de la comunidad. La tercera etapa es la de elaboración y ejecución de un proyecto de carácter educativo. Los tres momentos son interdependientes y buscan dar herramientas a los alumnos, que asociadas a la experiencia vivida en la realidad favorecerán el ejercicio de la problematización.⁴⁻⁵

El foco de este estudio es la segunda etapa presentada, que tiene como objetivo que los estudiantes reconozcan el contexto en el que vive la población, es decir, el espacio social que la rodea. Se hizo el trabajo de campo en cuatro UBS: dos que siguen totalmente las estrategias del Programa Salud de la Familia, una de modalidad tradicional y una unidad tradicional dirigida exclusivamente a la clientela de la USP.

Hubo, aproximadamente, 40 alumnos en cada semestre y un grupo de cinco docentes. En el primer semestre del año, el grupo de alumnos se formó por estudiantes del 3° y 5° semestres del curso; en el segundo semestre eran estudiantes del

4º y 6º semestres. La división en dos semestres está relacionada al número mínimo de docentes necesarios, un profesor en cada UBS, condición para operar la asignatura de 165 horas. La coexistencia de alumnos de diferentes estadios en el mismo grupo está en conformidad con la flexibilidad adoptada en el currículo de la EEUSP, que permite a los alumnos entradas en disciplinas diferentes, por combinaciones temáticas.

El formulario de la encuesta domiciliaria utilizado es histórico. Se lo somete, hace cerca de 13 años, a una revisión sistemática a cada semestre, a causa de la rotación de profesores en la asignatura. En el formulario hay una serie de ítems de identificación general, formas de vivir y trabajar, proceso salud-enfermedad de las familias, y cinco preguntas abiertas sobre la concepción de salud, la preocupación de la familia, sobre quién es responsable del cuidado del enfermo y cuáles son las facilidades y dificultades que los familiares notan en el proceso de la atención en la salud. Las respuestas de los familiares no presentan diferencias significativas entre sí.

Las preguntas hechas sobre las facilidades y las dificultades fueron:

- Qué facilidades notan las personas que viven en su casa en la atención en la Unidad Básica de Salud?

- Qué dificultades notan las personas que viven en su casa en la atención en la Unidad Básica de Salud?

Se han reunido las respuestas a estas preguntas por medio de las encuestas registradas por los estudiantes, bajo la supervisión de los docentes responsables. Realizar la encuesta es una habilidad fundamental, pues proporciona a los estudiantes momentos de reflexión y producción de informaciones,⁷ que constituyeron el material primario de este estudio, con la intención de fomentar la enseñanza con base en la realidad, produciendo conocimiento e intentando romper la cronología de primero estudiar la teoría y posteriormente practicar.⁸

Se hizo la encuesta a un total de 170 familias, de las cuales se utilizaron 154 entrevistas, pues se excluyeron 16 formularios por insuficiencia de informaciones en sus respuestas.

Las respuestas a las preguntas fueron organizadas en núcleos temáticos, asociados a la visión de estructura y procesos de servicios.⁹⁻¹⁰ Se asociaron esas categorías con el fin de ordenarlas

para momentos de discusión y aprehender dimensiones que demandan los pacientes más allá del ámbito de las quejas en las consultas clínicas. La mayoría de las veces las necesidades de cuidados son escatimadas por la velocidad en la atención, racionalidad dominante del proceso de trabajo. Se cree que eso interfiere en el acceso, como el de promover la integridad de la atención en casos de salud y en casos de enfermedad.

En el aspecto facilidades hubo una amplia diversidad, puesto que la pregunta era abierta y cada persona entrevistada la contestó según su memoria del momento y las experiencias vividas.

Las facilidades asociadas a la visión de estructura valoradas por los usuarios fueron: la obtención de medicinas y vacunas; la cercanía de la unidad en relación a sus respectivas casas; y la modalidad Salud de la Familia, considerada como un elemento diferenciador en la atención. Las facilidades asociadas a la visión del proceso fueron: la importancia de la acogida, la rapidez en la atención, y la relación usuario-empleado. Además, hubo casos de familias que en lugar de hablar de las facilidades, hablaron sólo de las dificultades. Hubo también dos familias que dijeron que no utilizaban el SUS porque disponían de seguro de salud.

Es importante señalar que el conjunto de datos fueron sistematizados por los estudiantes que, como parte del trabajo, hicieron una presentación de los resultados de forma dialogada, en respuesta a la comunidad y servicio.

RESULTADOS

En el caso de los relatos de facilidades, se reunieron los datos informados por 154 familias. Sin embargo, solo 148 entrevistas fueron utilizadas, pues además de los 16 formularios excluidos por falta de datos, otros seis dejaron de ser utilizados porque tenían respuestas monosilábicas e insuficientes.

En el caso de los relatos de dificultades, también se trabajó con entrevistas de 154 familias, pero hubo seis formularios que no tenían respuestas, así que quedaron 148 al final.

Se asociaron los núcleos temáticos de facilidades y de dificultades en la atención de la salud a la estructura y al proceso,⁹⁻¹⁰ y se los organizó en las Tablas 1 y 2. Las temáticas así dispuestas posibilitaron discusiones que nos remitieron al acceso y a sus barreras observadas.

Tablas 1 - Distribución de las facilidades según la percepción de las familias entrevistadas. Distrito del Butantã, Coordinación Centro Oeste de la Secretaría Municipal de la Salud. São Paulo, 2009

Facilidades observadas	n	%
Obtención de medicinas y vacunas	31	21,10
Cercanía de la UBS	10	6,8
Arreglo/organización del servicio	6	4,1
Presencia del PSF	8	5,45
No ha encontrado facilidad	3	2,04
No utiliza el servicio	2	1,35
Acogida	54	36,73
Rapidez en la atención	16	10,80
Buena relación	14	9,62
Identidad	3	2,04
Subtotal	147	100,00

Se observa en el Tabla 1 que las adquisiciones de productos farmacéuticos e inmunobiológicos son el primer elemento del rol de las facilidades, lo que demuestra que son más importantes para los usuarios que la presencia del PSF. [...] *es fácil encontrar medicinas* [...] (Familia EP-115).

El acceso a las medicinas es resultado de los cambios implementados en la esfera de la atención básica del modelo tradicional de Salud de la Familia que, por estimular la política de atención integral, ha hecho realidad la distribución de medicamentos en nuestros días.

El arreglo/organización es considerado por la población como una forma de ampliar la oferta y el contacto de carácter educativo, y de hacer disponible los servicios que enfocan la salud y probablemente mejoraran la integración servicio-comunidad. [...] *las actividades en grupo [...] aunque tenga un plan de salud, usar la USB es un derecho [...] todos de la familia tienen la tarjeta del SUS* (Familia EP-136).

Los usuarios consideraron la distancia y la fila de espera como una doble dificultad para conseguir atención. [...] *está lejos y faltan transportes* (Familia EP - 18)

Acerca de la no utilización de los servicios del SUS, los gestores saben que, por el principio de universalidad, todas las personas son, o pueden venir a ser, usuarios del sistema, en conformidad con los derechos constitucionales y garantizados por el criterio de la territorialidad.

Esas temáticas fueron agrupadas para ser discutidas como causas estructurales de impor-

tancia para la población, que involucran consejos y gerentes locales, gestores del ámbito político en la búsqueda de soluciones, como los medios de aclaración que motiven la creación de condiciones para satisfacer a las necesidades locales.

En el Tabla 1, con el agrupamiento de la temática proceso, se ofrece una idea más precisa sobre la importancia de algunos elementos en el ámbito relacional, informaciones fundamentales a la producción de cuidados y al suceso de las prácticas. Surgen en estas relaciones el acto de acoger, la buena relación el hecho de ser conocido por los empleados, es decir, la identidad, valorada en momentos de acceso. Llama la atención que juntos estos temas representan 45,85% del tabla presentada, señalando que las expectativas de las personas no se sitúan solo en el ámbito del saber-hacer, y que la interacción humana figura como estrategia fundamental para la construcción conjunta del SUS. Uno de los ejemplos de declaraciones sobre esas temáticas: [...] *el HU es más accesible y completo [...] el ambiente es agradable [...] los empleados están preparados y son atentos* (Familia EP-168).

Cuanto a la temática de dificultades asociadas a la visión estructural, ha predominado en los relatos los siguientes aspectos, entendidos como barreras: la demora en "esperar su vez en la UBS"; el intervalo entre la consulta y el retorno que se extiende por meses; demora para obtención de resultados de exámenes; dificultades para conseguir consulta en odontología; burocracia en la entrega de medicinas; tener que "madruguar" para concertar consulta; falta de médicos; falta de medicinas y otras semejantes totalizaron 69. A ese conjunto, para sintetizarlos, se ha denominado capacidad organizativa y exceso de demanda.

La barrera de la distancia entre las UBS y las viviendas fue citada por 21 familias que dijeron necesitar más de un medio de transporte y pasar por vías de difícil acceso para llegar a las UBS.

Al hecho de que tres familias que relataron dificultades para concertar consultas hayan sido encaminadas al hospital de urgencia se ha denominado evasión.

Diez familias relataron dificultad para acceder a otros niveles de atención, o sea, consulta con especialistas, ítem que fue denominado *integración entre diferentes niveles de atención*.

Se observó la necesidad de adecuación de la infraestructura, como la construcción de rampas como vías de acceso y accesibilidad para los discapacitados.

Hubo declaraciones de 16 familias que no notaban problemas o dificultades en función de la implementación del PSF. Tres familias afirmaron que disponen de servicios de seguro de salud y que no utilizan el SUS.

Cuanto a las dificultades, de los 154 formularios, seis no presentaban registros, por lo tanto, se ha trabajado con los datos informados por 148 familias. Las respuestas clasificadas en núcleos temáticos y asociadas al proceso evidenciaron predominio de elementos del ámbito relacional, denominándose no acogida: “nos falta atención”; “mala voluntad de la enfermería, de las enfermeras y de los empleados”; “falta de educación, miran con menosprecio a las personas humildes y ancianas”; “los médicos se quedan escribiendo y no te miran” y otros sumaron 27 declaraciones; cuatro se han declarado satisfechas con la atención (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de las dificultades según la percepción de las familias entrevistadas. Distrito del Butantã, de la Coordinación Centro Oeste de la Secretaría Municipal de la Salud. São Paulo, 2009

Dificultades observadas	n	%
Capacidad organizativa y exceso de demanda	69	46,62
Distancia de las UBS	19	12,84
Integración y acceso a otros niveles de atención	10	6,76
Evasión	3	2,03
No ha encontrado dificultades	13	8,78
No utiliza el servicio	3	2,03
Estructura física sin adecuaciones para discapacitados	1	0,68
No acogida por parte de los profesionales/ empleados	27	18,23
No se anima a buscar atención	3	2,03
Subtotal	148	100,0

Para el primer núcleo la siguiente declaración es representativa: [...] *la demora para ser atendido y para conseguir concertar una consulta [...] por teléfono, la concertación es imposible [...] precariedad, falta de organización [...] la capacidad de atención que tienen no soporta el barrio* (Familia EP- 151).

Las UBS responden a la procura de 20 a 30 mil habitantes por área comprendida. La perspectiva posible para el exceso de demanda, para

la distancia de las UBS, que afecta el acceso, es la dimensión de la participación activa de la población local en la gestión pues son habitantes del territorio, tienen que pasar a conocer los problemas y proponer alternativas, conocer los potenciales y desarrollar nociones de prioridad.⁸

La integración entre niveles de asistencia aparece como perjuicio a la población, apuntando hacia el comprometimiento político entre gerentes locales y gestores regionales. Cabe señalar que el cuidado en salud colectiva requiere una visión del Sistema de Salud, exige conocimientos sobre gestión de la tecnología, una vez que en un nivel cualquier de atención no se puede atender a todas las necesidades de salud. Pero esa es una discusión demasiado compleja, no constituye objeto de este trabajo.

En cuanto a la evasión, ha abarcado el encaminamiento al hospital de urgencias relatado por los pacientes, situación cuya origen es la imposibilidad de conseguir una consulta, a causa del exceso de pacientes.

La UBS, en su condición de institución promotora de la salud, tratamiento y seguimiento de enfermedades, tiene misión otorgada por la sociedad: el acto de acoger como primera actitud humana, integrado en el proceso de trabajo en equipo, pues representa un momento decisivo de ingreso del usuario en el sistema, lo que justifica la utilización y la movilización de los dispositivos institucionales destinados a la atención necesaria.¹¹

Se destaca el ejemplo de no acogida a través de la siguiente declaración: [...] *falta de educación en la atención, menosprecio hacia las personas humildes y ancianas* [...] (Familia EP- 87).

Respecto a los 16 formularios y otros 13 que fueron excluidos por las respuestas incompletas, en lo que se refiere a las facilidades y dificultades, cabe resaltar que los docentes de la disciplina priman la calidad de la información a ser obtenida, así como consideran que entrevistar familias es un procedimiento especial y un momento de reflexión para los estudiantes entrevistadores junto a las familias.⁷

Dos hechos evidenciaron las cuestiones pedagógicas como punta del iceberg: agrupar en la disciplina alumnos de estadios distintos, conforme la flexibilidad implementada en el currículo, y excluir formularios por insuficiencia de informaciones.

Al evaluar el rendimiento del proceso de aprender se observaron algunas diferencias, por

ser alumnos de 3º y 5º semestre y de 4º y 6º semestre: una de las distinciones observadas en la práctica estuvo relacionada a diferentes habilidades para aplicar el formulario y elaborar el informe.

La exclusión de formularios remite más a la competencia docente, aunque también revele problemas del alumno en los momentos de la entrevista con las familias. Otra hipótesis es la comprensión de la importancia y del significado del instrumento de la encuesta domiciliar, que indican la no interiorización del sentido de esos momentos en el proceso de aprendizaje y a la vez señalan la necesidad de revisión de dichos procesos.

DISCUSIÓN

Los componentes del formulario utilizado para la encuesta domiciliar reflejan la posibilidad de ponerlos en movimiento para la divulgación de conocimiento y de estrategia pedagógica válida.^{6,12}

El elenco de esas percepciones manifestadas en determinados momentos, tanto facilitador como obstaculizador, propició oportunidades de aprendizaje para los alumnos; ha creado el debate sobre la viabilidad de la universalidad, integridad y control social como directivas del SUS. Se cree que fue posible transmitir a los estudiantes que el SUS es un proyecto en construcción permanente que debe ser compartido en el interior de cada comunidad. La participación activa de las instituciones educativas en ese proyecto es fundamental, visando innovación pedagógica, formación y actualización docente.

La distinción de los núcleos temáticos en estructura y procesos facilitó la conducción didáctica, la localización del origen de los problemas y el debate sobre posibles medidas correctivas junto a los profesionales del servicio. Una vez descompuestas las partes, se permite recomponerlas en unidad y establecer relaciones a los condicionantes externos a las UBS que vislumbren red de cuidados.

Fruto del principio del derecho universal, ¿cómo propiciar el acceso y la accesibilidad a los servicios? Parte significativa de los núcleos temáticos adviene de la actitud de los trabajadores, pero sin la contrapartida de los usuarios no moviliza producción de cuidados.

Aparentemente, según depone la mayoría de la población entrevistada, la actitud es de espera y pasividad con respecto a la mejoría en la atención. A pesar de la existencia del Consejo Gestor, la responsabilidad de cambiar los servicios cabe a los profesionales, la comunidad no se reconoce como

socia en la gestión de la organización y producción de cuidados. Se nota que todavía los profesionales y la comunidad están lejos de conseguir compartir esta responsabilidad.

Podemos afirmar que, como acción pedagógica, la investigación de la realidad local ha permitido a los estudiantes y profesores entender el contexto en que vive la población, cuál es el espacio de referencia y sentido de la vida de las personas. Es posible, a partir de eso, discutir la práctica de enfermería en salud colectiva fomentando la transformación y generando la dinámica de cuidar.^{2,5,8,13} La formación universitaria se constituye en práctica permanente y en articulación del proceso de aprendizaje, de docencia y de enseñanza basada en una postura investigadora, lo que fundamenta la construcción histórica y la vivencia continua de las docentes de este curso en la enseñanza con investigación.¹⁴

La dinámica del proceso de enseñar y la claridad del propósito influyen directamente en el proceso de aprendizaje de los alumnos. A lo largo de la disciplina, los profesores pueden crear distintas estrategias y adecuarlas para el grupo de alumnos, de modo que los alumnos comprendan y asimilen el uso de la tecnología de enfermería en salud colectiva: instrumento de reconocimiento de la situación de salud-enfermedad, trabajo, vida en comunidad, la propia entrevista con responsabilidad de producción de información, proceso educativo y contextualización de las políticas de salud local. En ese sentido, es importante destacar que la función del docente es crear condiciones de aprendizaje para que el alumno intervenga utilizando esas herramientas.

La capacidad de abstracción, de pensar de forma sistémica, de comprender problemas complejos, de asociar la teoría y la práctica, de negociar y de emprender proyectos colectivos, son capacidades que pueden ser ejercidas en la vida política, en la vida cultural y en la actividad general, por lo que deben ser motivadas en cualquier contexto de enseñanza, con el interés de transformar la postura pasiva del alumno.^{6,14}

Se constata la riqueza de las informaciones en términos de aprendizaje de los alumnos, pues la visión particular de los pacientes y familias puede ser posicionada, posibilitando componer el todo en una determinada realidad. Efectivamente la visión particular es inseparable del contexto.¹² Existe un tejido interdependiente, interactivo e inter-retroactivo entre las partes y el todo, el todo y las partes.

En el proceso de trabajo en enfermería, identificar las necesidades de los usuarios/familiares debe servir de fundamento para cualquier trabajo en el área de salud. Así se establece interacción entre el servicio y los usuarios, implicando en la dinámica del proyecto de cuidado a la salud.

CONCLUSIONES

El contexto de enseñar con investigación y aprender con investigación se ha constituido de momentos indisociables, pues lo sostuvo la política pedagógica adoptada por el Departamento, que mantuvo el proceso formativo de los estudiantes. Se presupone que la disciplina es un espacio de los sujetos y que es una condición vital tomar la educación, más que la enseñanza, como fenómeno histórico, social y colectivo de los actores comprometidos.

Tanto factores facilitadores como obstaculizadores, referentes a la accesibilidad al servicio de salud, sobresalieron en las diversas expresiones de los entrevistados. El acto de acoger es determinante para la continuidad del proceso de atención integral. O sea, el concepto de acoger, el acto de solidarizarse con el otro en el sufrimiento, es de fundamental importancia en la interacción de actores sociales, porque interviene inmediatamente en el suceso o fracaso de la atención.

Por las manifestaciones de los entrevistados, el movimiento de interacción entre dos personas trasciende las emociones de aprobación o de reprobación: aproxima y facilita o crea barreras de comportamiento que pueden dificultar o facilitar el acceso al Sistema de Salud.

Lo que emerge con estos resultados es la necesidad de reconocer de la complejidad de enseñar y hacer apreender en una actividad social y humana en que cada alumno presenta características diferentes y es un momento en el cual se enfrentan, necesariamente, con el proceso crítico de reconocimiento e interiorización del conocimiento. Este proceso sólo se constituye como conocimiento cuando se relaciona con la información de una determinada realidad, pues las informaciones constituyen parcelas dispersas del saber. Los conocimientos fragmentados sólo sirven para usos técnicos, no consiguen ser conjugados para alimentar un pensamiento capaz de considerar la situación humana en el centro de la vida, en el mundo, y no posibilita enfrentar los grandes desafíos de nuestra.

La capacidad para integrar una realidad es una cualidad fundamental de la mente humana,

que necesita ser desarrollada. Por eso es compatible que una propuesta pedagógica comprenda una introducción a la postura de investigación.

REFERENCIAS

1. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Comissão de Graduação. Projeto Político Pedagógico. São Paulo (SP); 2005.
2. Ceccin RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [online]. 2004 [acesso 2010 Jan 6], 14(1):41-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso
3. Savater F. O valor de educar. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2000.
4. Cyrino EG, Toralles-Pereira M L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública* [online]. 2004 Mai-Jun [acesso 2009 Dez 23]; 20(3):780-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300015
5. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2007 Abr-Jun [acesso 2009 Dez 23]; 16(2):315-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200015
6. Not L. Ensinando a aprender. São Paulo (SP): Summus; 1993.
7. Szymanski H, Almeida LR, Brandini RCAR. A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva. Brasília (DF): Liber Livro; 2004.
8. Dowbor L. Educação e apropriação da realidade local. *Estud Av* [online]. 2007 Mai-Ago [2010 Jan 04]; 21(60):75-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000200006&lng=pt&nrm=iso
9. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa (PT): Editora 70; 1986.
10. Donabedian A. The quality of care how can it be assessed?. *JAMA*. 1988 Sep; 260(12):1743-8.
11. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)* [online]. 2007 Set-Dez [acesso 2010 Jan 04]; 11(23):427-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003&lng=pt&nrm=iso
12. Anastasiou LGC, Pessage LA. Processo de ensinagem na universidade: estratégias de trabalho em sala de aula. 7ª ed. São Paulo (SP): UniVile; 2007.
13. Soubhia Z, Garanhani ML, Dessuti EM. O significado de aprender a pesquisar durante a graduação. *Rev*

- Bras Enferm [online]. 2007 Mar-Abr [acesso 2008 jul. 5]; 60(2):178-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a09v60n2.pdf>.
14. Vasconcelos JC. Metodologia dialética em sala de aula [resumo]. Rev Educ AEC [online]. 1992 Jun [acesso 2008 Jul 2]; 21(83). Disponível em: <http://www.inep.gov.br/pesquisa/bbe-online/det.asp?cod=41460&type=P&nl=50>.
15. Severino AJ. Ensino e pesquisa na docência universitária: caminhos para a integração. São Paulo (SP): Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo; 2008.