

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO

FABIANA RIBEIRO SANTANA

**Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de
Graduação em Enfermagem**

Goiânia

2007

FABIANA RIBEIRO SANTANA

**Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de
Graduação em Enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Linha de pesquisa: Fundamentação teórico filosófico metodológica do processo de cuidar em enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani

Goiânia

2007

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

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(GPT/BC/UFG)

SANTANA, Fabiana Ribeiro.

Integralidade do Cuidado: concepções e práticas de docentes de Graduação em Enfermagem. / Fabiana Ribeiro Santana; Orientadora: Adélia Yaeko Kyosen Nakatani. – Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2007. 162 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2007.

Bibliografia: f. 143

Inclui apêndice.

1. Integralidade 2. Cuidados de Enfermagem 3. Assistência Integral à Saúde 4. Prática do docente de Enfermagem
I. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem II. Título

CDU:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Ribeiro Santana

Integralidade do cuidado:
concepções e práticas de
docentes de Graduação em
Enfermagem

Dissertação apresentada à Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás,
para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adélia Yaeko Kyosen
Nakatani

Aprovada em: 28/02/2007

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani

Instituição: Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Enfermagem

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Cinira Magali Fortuna

Instituição: Secretaria Estadual de Ribeirão Preto-SP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Adenícia Custódia Silva e Souza

Instituição: Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Enfermagem

Assinatura: _____

Esta pesquisa foi desenvolvida junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisa de Saúde Integral da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, e está inserida na linha de pesquisa “Fundamentação teórico filosófico metodológica do processo de cuidar em enfermagem”.

DEDICATÓRIA

À minha família, pelo apoio e amor incondicionais,
em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Nos caminhos da integralidade vivenciei e aprendi várias lições que tocaram as mais profundas fibras do meu ser. Em nenhum momento me senti inteiramente só, pois quando a insegurança invadia, sentia a espiritualidade amiga apoiar-me e fortalecer-me. Ouso dizer que os terrenos, muitas vezes áridos, germinaram, em mim, a essência da integralidade, que apenas cresce, quando convivemos com os outros seres humanos...

A Deus e à espiritualidade amiga pela oportunidade bendita de aprimorar-me.

À minha família pelo apoio presente em todos os momentos.

Ao meu amor pelo companheirismo e dedicação.

À Professora Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, pelas incomparáveis lições de humildade, amizade e profissionalismo.

À Professora Adenícia Custódia Silva e Souza pelas preciosas contribuições e meigas palavras.

À Professora Maria Márcia Bachion pela colaboração, amizade e respeito.

À Professora Raquel Aparecida Marra da Madeira Freitas, minha mentora desde a Graduação em Enfermagem, pelo exemplo profissional e pessoal.

À Professora Cinira Magali Fortuna pelo carinho, reflexões férteis e poéticas, acerca da integralidade do cuidado.

À Professora Vânia Cristina Marcelo pela contribuição na “pré-qualificação” do mestrado.

Ao Professor Marcelo Medeiros pela atenção e contribuições no trabalho, principalmente com relação à Metodologia.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, Adenícia Custódia Silva e Souza, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Anaclara Ferreira Veiga Tipple, Denize Bouttelet Munari, Marcelo Medeiros, Maria Márcia Bachion, Maria Alves Barbosa, Sheila Araújo Teles e Virgínia Visconde Brasil, pelas incontáveis lições.

Pelos professores que fizeram parcerias com o mestrado, na pessoa da Professora Lisete Diniz Ribas Casagrande, auxiliando na minha construção do mosaico da integralidade.

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem, pelo carinho e respeito.

Aos colegas do mestrado, pela amizade sincera.

As onze professoras que acreditaram neste trabalho, e disponibilizaram parte do seu tempo precioso, para que a coleta de dados fosse possível.

As três Instituições de Ensino Superior, que tornaram possível a concretização deste projeto.

À Professora Carmen Luci Rodrigues Lopes, minha mãe na FEN, pelas preces e palavras de conforto e amizade.

À Professora Terezinha Silvério de Melo pelas empolgadas palavras de apoio.

À Assistente Social Conceição Marques de Souza, pelas ricas contribuições na correção ortográfica e gramatical.

Aos amigos do Coral Vida e Luz que compreenderam as minhas ausências. nos ensaios e apresentações, e principalmente pela amizade e amor fraterno.

Aos companheiros da Associação Brasileira de Enfermagem, pelos exemplos de perseverança e amor à Enfermagem.

Aos colegas do Hospital de Urgências de Goiânia, pela amizade e coleguismo.

Aos estudantes da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, pela honra de ter sido a sua professora, durante dois anos.

“Só construindo um modelo que explore positivamente a capacidade cuidadora do conjunto dos trabalhadores de Saúde é que reformaremos o Sistema Único de Saúde na defesa da vida individual e coletiva” (MERHY, 1998, p. 113).

“Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (MATTOS, 2001, p. 61)”.

RESUMO

SANTANA, F.R. **Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de Graduação em Enfermagem**. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2007.

A integralidade tem norteado processos de mudanças, na formação do enfermeiro. Assim, é importante conhecer as iniciativas em cursos de Graduação em Enfermagem, com foco nesse princípio. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com objetivos de analisar as concepções de integralidade presentes, nos discursos dos docentes, e as estratégias utilizadas para a apreensão de integralidade pelos alunos. Participaram docentes de três Instituições de Ensino Superior (IES) existentes no Estado de Goiás, que haviam integralizado pelo menos um currículo, no ano de 2005. A coleta de dados ocorreu nas respectivas instituições, entre abril e setembro de 2006, após agendamento prévio. Compuseram o estudo onze docentes do gênero feminino, com idade entre 40 e 55 anos, com experiência em docência, variando de 15 a 32 anos e a maioria portadora de Pós-Graduação *Stricto-Sensu*. As entrevistas e os planos de ensino dos docentes representantes das áreas das Ciências da Enfermagem (Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem) foram analisados segundo Bardin (2003). Por meio da análise, emergiram três concepções de integralidade: Integralidade do Cuidado: do singular ao global; Integralidade do Cuidado: os caminhos para o SUS e Integralidade do Cuidado: estratégias para a ensinagem. Os sentidos da integralidade do cuidado mostraram-se inovadores, à medida que valorizam o singular, o global e os caminhos para o SUS. Manifestam os sentidos, prestando o cuidado ao ser humano na sua realidade social, com as suas especificidades e subjetividades, considerando as redes de cuidado e sociais em que estão inseridos. Como estratégias para a ensinagem, buscam desenvolver o aprender a aprender e fazer e aprender a ser e viver junto, possibilitando meios para que os educandos apreendam todos os sentidos manifestos pelos docentes. Esperamos que os resultados, desta pesquisa, possam contribuir para a reflexão dos docentes das IES sobre o sentido da integralidade do cuidado, na área de ensino, assim como, reorientar o processo de formação, potencializando os recursos humanos e estratégias já utilizadas, rumo à construção contínua de integralidade do cuidado, na área de saúde.

Palavras chaves: educação de enfermagem, integralidade, cuidados de enfermagem, assistência integral à saúde, prática do docente de enfermagem.

ABSTRACT

SANTANA, F.R. **Completeness of the care: conceptions and practices of professors of Graduation in Nursing**. 2007. 162 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - College of Nursing, Federal University of Goiás, Goiânia, Goiás, 2007.

The completeness has guided change processes, in the formation of the nurse. So, it is important to know the initiatives in courses of Graduation in Nursing, with the focus in this principle. It is about a descriptive-exploratory study, that aims to analyze the conceptions of completeness that are present in the speeches of the professors, and the strategies used for the apprehension of completeness for the pupils. Professors from three Institutions of Higher Education (HE) existing in the State of Goiás that had integrated at least a resume, in the year of 2005 participated of this study. The collection of data was carried out in the respective institutions, between April and September of 2006, after previous appointment. Eleven professors of the feminine gender composed the study. They were at between 40 and 55 years old, with teaching experience that varies from 15 to 32 years and the majority has After-Graduation Stricto-Sensu course. The interviews and the plans of teaching of the representative professors of the áreas of Sciences of the Nursing (Beddings of Nursing, Assistance of Nursing, Administration of Nursing and Education of Nursing) has been analyzed according to Bardin (2003). By means of the analysis, three conceptions of completeness had emerged: Completeness of the Care: of the singular to the global one; Completeness of the Care: the ways for the SUS and Completeness of the Care: strategies for the learning. The directions of the completeness of the care had revealed innovative, to the measure that value the singular, global and the ways for the SUS. They reveal the directions, giving the care to the human being in its social reality, with its specificities and subjectivities, considering the social nets of care and where they are inserted. They have tried to develop learn to learn and make, and learn to be and to live together as strategies for the learning, creating possibilities for the students to apprehend all the directions manifested by the professors. We want that the results, of this research, can contribute for the reflection of the professors of the HE on the direction of the completeness of the care, in the area of education, as well as, to reorient the formation process, giving potency to the human resources and to the strategies that have already been used in the direction of the continuous construction of completeness of the care, in the health area.

Words Keys: education nursing, completeness, nursing care, comprehensive health care, nursing faculty practice.

RESUMEN

SANTANA, F.R. **Integralidad del cuidado: concepciones y prácticas de docentes de Graduación en Enfermería**. 2007. 162 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2007.

La integralidad ha orientando procesos de cambios en la formación del enfermero. De esta manera, es importante conocer las iniciativas en cursos de Graduación en Enfermería, con foco en ese principio. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, con objetivos de análisis de las concepciones de integralidad presentes en los discursos de los docentes, y las estrategias utilizadas para la aprehensión de integralidad por los alumnos. Participaron docentes de tres Instituciones de Enseñaza Superior (IES) existentes en el Estado de Goiás, que habían integralizado por lo menos un currículo, en el año de 2005. Los datos fueron recogidos en las respectivas instituciones, entre abril y septiembre de 2006, tras cita previa. Once docentes del genero femenino hicieron parte del estudio, con edad entre 40 y 55 años y con experiencia entre 15 y 32 años en docencia donde gran parte posee Pos-Grado Stricto-Sensu. Las entrevistas y los planes de trabajo de los docentes representantes de las áreas de las Ciencias de la Enfermería (Fundamentos de Enfermería, Asistencia de Enfermería, Administración de Enfermería y Enseñanza de Enfermería) fueron analizados según Bardin (2003). Por medio de los análisis, emergieron tres concepciones de integralidad: Integralidad del Cuidado: del singular al global; Integralidad del Cuidado: los caminos para el SUS (Sistema Único de Salud) y Integralidad del Cuidado: estrategias para la enseñanza. Los sentidos de la integralidad del cuidado se revelaron innovadores, a la medida que valorizan el singular, el global y los caminos para el SUS. Manifiestan los sentidos, atendiendo con cuidado al ser humano en su realidad social, con sus especificidades y subjetividades, considerando las redes de cuidado y sociales en que están inseridos. Como estrategias para la enseñanza, buscan desarrollar el aprender a aprender y hacer el aprender a ser y vivir junto, posibilitando medios para que los educandos aprendan todos los sentidos manifiestos por los docentes. Esperamos que los resultados, de esta investigación, puedan contribuir para la reflexión de los docentes de las IES acerca del sentido de la integralidad del cuidado, en el área de enseñanza, así como, reorientar el proceso de formación y potenciación de los recursos humanos y estrategias ya utilizadas hacia a la construcción continua de integralidad del cuidado, en el área de salud.

Palabras claves: educación en enfermería, integralidad, atención de enfermería, atención integral de salud, práctica del docente de enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	23
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A INTEGRALIDADE	24
3.2. ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL E A INTEGRALIDADE	42
3.3. CONCEPÇÕES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	62
4. METODOLOGIA	
4.1. TIPO DE ESTUDO	79
4.2. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	79
4.3. DELIMITAÇÃO DO <i>CORPUS</i> DE ESTUDO	81
4.4. COLETA DE DADOS	84
4.5. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	85
4.6. IMPLICAÇÕES ÉTICAS	88
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1. CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA	90
5.2. CONCEPÇÕES DE INTEGRALIDADE DO CUIDADO	93
5.2.1. Integralidade do Cuidado: do singular ao global	93

5.2.2. Integralidade do Cuidado: os caminhos para o SUS	99
5.3. INTEGRALIDADE DO CUIDADO: ESTRATÉGIAS PARA A ENSINAGEM	106
5.3.1. A construção de novos aprender e fazer	107
5.3.2. A construção de um novo ser profissional	129
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
APÊNDICE A	158
APÊNDICE B	159
APÊNDICE C	160



O Mosaíco da Integralidade do Cuidado
Fabiana Ribeiro Santana

Compreendemos a integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas, na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema, conferindo uma característica polissêmica e polifônica.

1. INTRODUÇÃO

Quando iniciei os meus primeiros anos na Graduação em Enfermagem, em 1998, já trazia comigo o amor pelo ensino, cultivado pela minha mãe, pedagoga. Sempre me dedicava mais às disciplinas voltadas para a capacitação pedagógica, e durante as atividades práticas em unidades de saúde, utilizava grande parte do tempo, conversando e orientando os pacientes/clientes. Contudo, observava que esta prática não fazia parte das “funções” de muitas das enfermeiras da assistência, que se ocupavam com o preenchimento de papéis e organização de rotinas. Pela primeira vez percebi a grande dicotomia entre as práticas do ensino e dos serviços.

A realidade dos hospitais e CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde) muitas vezes repletos de contradições e problemas estruturais, físicos e administrativos, me deixava desconfortável, e me trazia grande alívio quando a professora priorizava os estudos de casos e orientações em saúde.

O ensino e as práticas de cuidado, na maioria das vezes, mostravam-se elitizadas, no decorrer do curso, impedindo-nos, muitas vezes, da execução de cuidados diretos ao paciente. Essa característica perdurou até o final do curso, em que os professores excluía as contradições e paradoxos da prática da Enfermagem, nos transmitindo uma visão idealizada da profissão.

Embora evidentes, as dicotomias entre os cenários da prática e do ensino, quase sempre, passavam despercebidas. Entretanto, durante o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso, entrei em contato, com o referencial materialista histórico-dialético, que me possibilitou uma apreensão mais ampla e crítica da realidade. Realizei, conjuntamente com uma parceira de monografia, várias reflexões filosóficas sobre o cuidar da enfermagem (SOUZA; SANTANA; FREITAS,

2003). Debrucei-me, pela primeira vez, nas publicações científicas da Revista Brasileira de Enfermagem, para compreender as facetas do cuidado em enfermagem.

Concluída a Graduação, iniciei minha prática profissional, na área do ensino, como coordenadora local e docente junto à auxiliares de enfermagem, no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Por meio do PROFAE, iniciei a pós-graduação *lato sensu*, de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem.

Durante a especialização, tive a oportunidade de estudar vários temas voltados principalmente para: a educação, a sociedade, a cultura, o conhecimento e a prática pedagógica em enfermagem (BRASIL, 2003a). As discussões e reflexões desenvolvidas, na especialização, foram “terrenos férteis”, para o aprofundamento das minhas reflexões, e cada vez mais me ligava à área de ensino.

Posteriormente, atuei, por dois anos, como professora substituta, na área fundamental, em uma Instituição de Ensino Superior. As minhas experiências profissionais suscitavam freqüentes questionamentos sobre a formação dos futuros profissionais, fazendo-me buscar o Mestrado em Enfermagem, na perspectiva do cuidado, e um curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança do Ensino Superior, na Área de Saúde. O tema investigado “A Integralidade do Cuidado”, cada vez mais, fazia sentido na minha vida, como prática concreta de reorientação do ensino de Enfermagem.

Contudo, as experiências vivenciadas, como enfermeira supervisora, em um serviço de alta tecnologia, possibilitaram-me a apreensão dos nós críticos da integralidade do cuidado, diminuindo as concepções idealizada e acrítica que nutria. A atuação profissional, no serviço de saúde, tornou-se o grande marco da

integralidade, pois, pela primeira vez, exercitei o diálogo com outros profissionais da área de saúde, antes totalmente distantes das minhas práticas. Entendi que a integralidade como eixo condutor da reorientação dos processos de ensino apenas poderia ser compreendida nos cenários de prática e pelo diálogo permanente com outros profissionais e usuários.

Para tanto, entendemos que o grande desafio para a Enfermagem, na perspectiva da reformulação do sistema de saúde, é a redefinição das práticas nos serviços e o redirecionamento da formação em todos os níveis. Para isso se torna necessária uma análise prospectiva das bases históricas, políticas e ideológicas que condicionam o processo de formação e a práxis (GEOVANINI et al., 1995).

A saúde, entendida como ausência de doença, foi assumida pelo estado brasileiro diante de um quadro caótico, com endemias e epidemias de varíola, malária, febre amarela e peste, ocorridas na década de 1920. O modelo de intervenção era autoritário, com o método campanhista (GEOVANINI et al., 1995; POLIGNANO, 2003). Neste contexto, emerge a profissionalização da Enfermagem brasileira, nos moldes nightingaleanos, com o objetivo de minimizar os problemas de saúde pública, garantindo os interesses econômicos do país (GEOVANINI et al., 1995).

A conquista de direitos sociais como a saúde e a educação, resultou de um intenso movimento de participação de lutas sociais, entretanto, permaneceu como privilégio de alguns grupos, até meados da década de 1940. Conforme Vaghetti; Vaz (1998) e Barreira (1999) o paradigma de saúde e de enfermagem, neste período, baseava-se no modelo tecnicista de assistência hospitalar. O Ensino de Enfermagem centrava-se nos procedimentos.

Após a década de 1950, a atenção à saúde visava a manutenção das funções reprodutivas da força de trabalho, seguindo a lógica do capital, que fragmenta, massifica e “coisifica” o homem. A Enfermagem reproduzia esse modelo, mantendo-se dócil e servil aos médicos e ao estado (PIRES, 1989), e nesse momento, acontece a introdução dos princípios científicos, no ensino e na prática (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social, na década de 1960, alocou recursos públicos para a iniciativa privada, fomentando o desenvolvimento de um complexo sistema médico-industrial (GEOVANINI et al., 1995; POLIGNANO, 2003). A construção do corpo de conhecimento da Enfermagem, reproduzia o paradigma biomédico, por meio das Teorias de Enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986; WALDOW, 2001).

A década de 1970 destaca-se pela construção de um novo modelo de Sistema Nacional de Saúde, conferindo ao Ministério da Previdência Social, a responsabilidade quanto ao atendimento curativo, e ao Ministério da Saúde, a função do atendimento preventivo (BRASIL, 1975; GEOVANINI et al., 1995). Este novo sistema baseava-se na fragmentação, e a Enfermagem seguia as exigências do mercado, excluindo as disciplinas das áreas de saúde pública e ciências sociais, do tronco profissional do currículo (CARVALHO, A., 1972; FREITAS, D., 1990; FERNANDES, 2006). Em 1978, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde representou um movimento contra-hegemônico, que priorizava a assistência profilática e preventiva, sem descuido da curativa e de reabilitação, conferindo essas ações como responsabilidade do Governo (GEOVANINI et al., 1995).

As décadas de 1980 e 1990 caracterizaram-se por um intenso processo de mobilização popular e sindical, pela redemocratização do país, intensificação da reforma sanitária, e a consolidação do conceito ampliado de saúde, associando às condições de vida, trabalho, lazer, participação e controle social (ALMEIDA, C., 2003). Também acontece, na Enfermagem, um movimento de questionamento das práticas profissionais, dentro de um referencial crítico, discutindo-se o perfil desejável do enfermeiro (PIRES, 1989).

O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, no âmbito da Previdência Social, traçado em 1982, representou um marco teórico da integralidade da atenção à saúde, visto que priorizava as ações primárias, a integração de instituições de saúde, a regionalização e hierarquização do sistema, a reorientação da política de recursos humanos e o reconhecimento da participação popular.

O termo integralidade, foi disposto na legislação da saúde, no Brasil, apenas em 1985, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais fizeram parte de um projeto interministerial entre a Previdência, a Saúde e a Educação (BRASIL, 1985).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde marcou a reorientação do Sistema Nacional de Saúde, dispondo as diretrizes para a Constituição Federal (CF) do Brasil de 1988, e do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990. O princípio de integralidade de assistência é entendido, do ponto de vista jurídico-institucional, como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 4).

A diretriz de integralidade disposta na CF e Leis Orgânicas de Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990), não garantem o cuidado integral, visto que este depende de uma intensa gama de aspectos, como: as dimensões social, emocional,

antropológica, cultural, filosófica, intersubjetiva, entre outros. Nesse sentido, baseando-nos no Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (s.d), compreendemos a integralidade como: uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas, na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema, conferindo uma característica polissêmica e polifônica. Então, o Ensino de Enfermagem passa a relacionar o aprender a aprender (aspecto científico), o aprender a fazer (aspecto técnico) e o aprender a ser e viver junto (aspecto sociovalorativo), apontados como pilares da educação no relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (DELORS et al., 2003).

A construção do SUS depende diretamente da formação dos recursos humanos, na área de saúde. Os profissionais de saúde possuem um papel primordial na sua consolidação. Neste sentido, segmentos importantes das Instituições de Ensino Superior (IES) têm participado da construção do SUS, desde o seu início, oferecendo contribuições às formulações e proposições que organizam a saúde. Entretanto, identifica-se há longo tempo a necessidade de promover mudanças na formação, de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios, que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira (BRASIL, 2004a), visto que o perfil dos estudantes sempre esteve centrado no modelo médico e na fragmentação.

No modelo de atenção são necessárias mudanças no processo de trabalho em saúde, no perfil dos sujeitos e nas relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários dos serviços (TEIXEIRA, 2002). Por isso, acreditamos que não poderemos promover mudanças, sem que as instituições de ensino na área de

saúde, centrem, nos usuários, seus projetos políticos pedagógicos (PPP) e suas práticas, com eixo na integralidade do cuidado.

A adoção da integralidade como eixo orientador da formação resgata o conceito de omnilateralidade, ou seja, a necessidade de considerar a totalidade na análise de qualquer fenômeno, em questão, demandando uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas (SILVA; TAVARES, 2004).

A estratégia da integralidade como eixo de mudança, no ensino de graduação, tem sido uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS). Por meio deste princípio do SUS, o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações concretas, como: a convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde; a ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde; o trabalho articulado com o Ministério da Educação; o desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Pólos de Educação Permanente em Saúde e a sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

Evidencia-se assim, a necessidade de se desenvolver pesquisas e estudos sobre a Integralidade, para que os atores do processo de atenção à saúde apropriem-se do tema, e utilizem os seus princípios nas ações de saúde, visto que a integralidade é um assunto escassamente estudado, principalmente no que se refere à sua inclusão na formação de recursos humanos, para o SUS. Ainda, não identificamos, em trabalhos acadêmicos de dissertações e teses, a preocupação com essa temática. Existem trabalhos que investigam a integralidade na perspectiva dos usuários, e funcionários que atuam nos serviços do SUS (CASTRO, 1991;

MOREIRA, 1994; SAITO, 2004), contudo não encontramos, até o momento, estudos que busquem as percepções e práticas dos docentes das Instituições de Ensino Superior e Médio, o que comprova a necessidade de realização da presente pesquisa.

Esta pesquisa buscou analisar as concepções de integralidade do cuidado e as estratégias de ensino, presentes entre os docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem, do Estado de Goiás.

Esperamos que os resultados possam contribuir para reflexão dos docentes das IES sobre o sentido da integralidade no ensino, assim como, reorientar o processo de formação, potencializando as estratégias e os recursos humanos já utilizados, rumo à construção contínua de integralidade do cuidado, na área de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar as concepções e ações acerca da integralidade presentes entre docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem, do Estado de Goiás.

2.1.1. Específicos

Identificar as concepções de integralidade do cuidado, expressas pelos docentes.

Identificar as estratégias de ensino com foco na integralidade do cuidado, expressas nos discursos dos docentes e planos de ensino.

Identificar as relações entre as concepções de integralidade do cuidado, com as estratégias de ensino desenvolvidas pelo docente no curso.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Integralidade

Para melhor visualizar como se delineou a integralidade do cuidado, no contexto das políticas públicas de saúde, faremos inicialmente uma aproximação aos aspectos históricos.

Entendemos que as categorias exploradas, neste estudo, apenas adquirem real consistência quando são elaboradas a partir de um contexto econômico, social e político, historicamente construído. Isolá-las do movimento significa transformá-las em formas abstratas e objetos de contemplação.

Nesse desvendamento, tenta-se captar o movimento da coisa na coisa em movimento, o que exige a captação das relações existentes na realidade social dos homens como uma união dialética entre o sujeito e o objeto. Ou seja, a realidade não é mais naturalizada, mas historicizada¹, ao ser considerada como produto da práxis humana, já que o mundo histórico é o mundo dos processos dessa práxis (CURY, 1995, p. 25).

Nesse sentido é indispensável considerarmos as premissas:

- O movimento histórico das políticas de saúde está conectado com o movimento político-social e econômico da sociedade brasileira, de maneira dialética² e contraditória;
- Os atores do processo de construção da saúde pública tenderam a reproduzir nos seus sistemas, serviços e relações, a lógica do capital.

Por meio da história da saúde pública, no Brasil, percebemos que a concepção e a prática da integralidade da atenção à saúde permaneceram, por

¹ Historicizada – remete a idéia de conteúdo contextualizado, historicamente e socialmente, de maneira crítica e dialética.

² “A dialética constitui-se, até hoje, no paradigma mais consistente para analisar o fenômeno da educação” (GADOTTI, 2000, p. 10).

quase cinco séculos distantes da legislação, e, principalmente, dos cenários de prática.

As atividades de saúde pública, no Brasil, até 1850, limitaram-se à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios, e saúde dos portos. Verifica-se que o interesse essencial ficou limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século (POLIGNANO, 2003).

No começo do século XX, não havia atendimento médico de caráter público. A população pobre dependia da assistência prestada pelos hospitais de caridade, mantidos pela Igreja (TAPAJÓS, 1992).

A indefinição de uma política de saúde, explica-se, em parte, pelo desinteresse na reprodução da força de trabalho, que gradativamente era ocupada pelos imigrantes (GEOVANINI et al., 1995).

A saúde apenas passou a constituir um problema econômico-social, quando as doenças infecto-contagiosas, trazidas pelos europeus e escravos africanos, começaram a disseminar-se rápida e progressivamente, tomando grandes proporções nos principais centros urbanos. Os países que comercializavam com o Brasil advertiam em relação à persistência das epidemias e endemias, que constantemente ameaçavam, não só as tripulações das embarcações, como as suas populações (GEOVANINI et al., 1995).

No início do século XX, esse quadro sanitário caótico causou, na cidade do Rio de Janeiro, a disseminação de diversas doenças graves como: a varíola, a malária, a febre amarela e a peste, com sérias conseqüências tanto para a saúde coletiva, pela elevada taxa de mortalidade, quanto para o comércio exterior, visto

que os navios estrangeiros não atracavam no porto do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2003).

Diante dessa crise, o governo assume a assistência à saúde por meio da criação de serviços públicos, da vigilância e do controle mais eficaz dos portos, inclusive, estabelecendo a quarentena. Além disso, revitalizou, por meio da Reforma Oswaldo Cruz, em 1904, a Diretoria-Geral de Saúde Pública, incorporando novos setores como: o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Soroterápico Federal, que posteriormente foi transformado no Instituto Oswaldo Cruz (GEOVANINI et al., 1995).

O modelo de intervenção utilizado ficou conhecido como campanhista, pois baseava-se na intervenção da polícia sanitária, e na execução de campanhas. Esse modelo tornou-se hegemônico, como proposta de intervenção, na área de saúde coletiva, durante décadas (POLIGNANO, 2003).

Apesar da hegemonia do modelo campanhista, outras experiências começaram a surgir, no início dos anos 20, enfatizando os serviços ambulatoriais permanentes de combate a determinadas doenças. Essa tentativa de mudança das práticas sanitárias foi promovida por sanitaristas brasileiros, assessorados por entidades norte-americanas, como a Fundação Rockfeller³, em resposta à crise sanitária presente (RIZZOTO, 1999).

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reorganizou os serviços de saúde, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que durante anos promoveu ações normativas e executivas das atividades de saúde pública, como: a introdução da propaganda e da educação sanitária na técnica rotineira de

³ Fundação Rockfeller – criada, em 1913, nos Estados Unidos, com o objetivo de promover, neste e em outros países, o estímulo à saúde pública, ao ensino, à pesquisa biomédica e às ciências naturais, centralizando as ações filantrópicas praticadas pela família Rockfeller, desde o final do século XIX, sobretudo nas regiões mais pobres (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, s.d).

ação; a criação de órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. Destacaram-se: a assistência hospitalar e infantil, a higiene industrial como problemas individualizados; a expansão das atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro; e a criação da Escola de Enfermagem Ana Néri (POLIGNANO, 2003; GEOVANINI et al., 1995).

A Reforma Carlos Chagas representou a redefinição do papel do Estado em relação ao saneamento do país, a participação dos médicos sanitaristas nas decisões políticas, o início do programa de cooperação da Fundação Rockefeller, na Capital Federal e, a substituição da polícia sanitária pela educação sanitária, condizentes com os ideais democráticos de que se imbuía o movimento sanitário internacional liderado pelos Estados Unidos da América (BARREIRA, 1998).

Em 1921, Carlos Chagas viajou aos EUA e, por meio de um acordo com a Fundação Rockefeller, acertou a vinda de uma Missão de Cooperação Técnica, para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil (Missão Parsons)⁴, sob a orientação de enfermeiras norte-americanas. O objetivo era promover, no DNSP, inovações importantes à efetivação da reforma sanitária. Entretanto, a inserção dessa categoria profissional feminina, na área de saúde, não correspondia à aspiração da sociedade ou do consenso dos médicos do DNSP (GEOVANINI et al., 1995; BARREIRA, 1998).

O plano da Missão Parsons incluía a organização de uma escola de enfermeiras e de um hospital-escola de alto padrão, assim como um serviço de enfermeiras de saúde pública, fundamentados na adaptação americana do modelo nightingaleano⁵ (GEOVANINI et al., 1995; BARREIRA, 1998).

⁴ A Missão Parsons foi representada pela enfermeira Ethel Parsons e atuou no Brasil durante dez anos consecutivos (1921 – 1931) (BARREIRA, 1998).

⁵ “A implantação do sistema de ensino de Enfermagem, no Brasil, seguiu o modelo americano do sistema nightingale, onde as disciplinas teóricas tinham pouca duração e o ensino era baseado principalmente nas atividades práticas” (CARVALHO, A., 1972, p. 27).

As atividades das enfermeiras de saúde pública, do DNSP, envolviam: visitas domiciliárias, entrevistas nos dispensários, nos hospitais de isolamento e no hospital infantil, e o combate aos surtos epidêmicos, nos bairros ou em instituições fechadas (BARREIRA, 1998).

A ligação da primeira Escola de Enfermagem, moderna do país, aos serviços de saúde pública promoveu um avanço espetacular da enfermagem de saúde pública, na fase inicial da profissão, no Brasil (BARREIRA, 1998). Entretanto, Rizzoto (1999) considera que houve um empenho, por parte das enfermeiras norte-americanas, em reproduzir, no Brasil, o modelo de enfermagem que vigorava nos EUA. Se, por um lado o desenvolvimento da enfermagem profissional não buscava atender às necessidades de saúde da maioria da população, por outro lado, deveria priorizar e qualificar os serviços de enfermagem hospitalar. Afirma ainda que, a legislação do ensino de Enfermagem, desde a criação da Escola de Enfermagem Ana Néri, revela que a formação do enfermeiro sempre esteve centrada no indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar.

A economia era assentada na monocultura do café (agroexportadora). A acumulação capitalista, advinda do comércio exterior, possibilitou o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo. Esse processo foi acompanhado de uma urbanização crescente e de intensa imigração, especialmente de europeus (italianos e portugueses), que trabalhavam nas indústrias. Os operários, na época, não tinham quaisquer garantias trabalhistas. Entretanto, os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário, na Europa, e dos direitos trabalhistas, que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária (POLIGNANO, 2003).

O movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Por meio desses movimentos, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais. Foi assim que, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Elói Chaves (Decreto nº 4.682), marco da Previdência Social, no Brasil. Por meio desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) (POLIGNANO, 2003). É a primeira vez que o Estado interfere na criação de um mecanismo destinado a garantir ao trabalhador a assistência à saúde (TAPAJÓS, 1992). Entretanto, privilegiaram somente os operários da zona urbana, eram organizadas por empresas e não por categorias profissionais, não eram automáticas, pois dependiam do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa, para reivindicarem a sua criação (POLIGNANO, 2003).

O Estado não participava do custeio das Caixas, conforme o que dispõe o Artigo 3º, da Lei Elói Chaves. As CAP's eram mantidas por empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos), empresas (1% da renda bruta) e usuários dos serviços (BRASIL, 1923).

A direção das Caixas acontecia de forma tripartite, já que as decisões vinham de um Conselho Administrativo, de que faziam parte o superintendente ou inspetor geral da respectiva empresa, dois empregados do quadro (o caixa e o pagador), e mais dois empregados eleitos pelos funcionários da Caixa dos Ferroviários (BRASIL, 1923).

Na década de 1930, a política de Estado de Getúlio Vargas pretendeu estender os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano organizado. Dessa forma, aconteceu a mudança das CAP's para Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Os trabalhadores organizaram-se por categoria

profissional (marítimos, comerciários, bancários). Os IAP's foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância de cada categoria profissional (POLIGNANO, 2003).

As CAP's e os IAP's eram mantidos pelo regime de capitalização, entretanto ao contrário das CAP's, que eram geridas por colegiado, os Institutos eram administrados pelo Estado (COHN, ELIAS, 1998; JARDIM, 2003).

Nos anos de 1940, o Brasil, governado por Getúlio Vargas, possuía uma constituição autoritária, inspirada no fascismo e com a ditadura consolidada. Os preços do café subiam devido às dificuldades de importação, causadas pela Segunda Guerra Mundial, favorecendo o aumento da produção industrial nacional e, assim, atraindo as pessoas do campo para as cidades em busca de trabalho. O aumento da urbanização desencadeou o incremento da rede previdenciária, e os gastos com a assistência em saúde (VAGHETTI; VAZ, 1998).

No ano de 1942, reorganizaram-se os Ministério da Educação e Saúde e o Departamento Nacional de Saúde, passando a desenvolverem serviços de combate às endemias, além da institucionalização das campanhas sanitárias e o controle da formação de técnicos em saúde pública (VAGHETTI; VAZ, 1998). Criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública, resultante de um convênio entre os Estados Unidos e o Brasil, objetivando a prestação da assistência médico-sanitarista às populações da região amazônica, combatendo a malária que se alastrava na região, garantindo assim, o suprimento de borracha ao esforço de guerra americano. Ao final do convênio, esta instituição foi transformada na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) (GUIMARÃES, 1978).

Nesse contexto, expandiu-se o ensino da Enfermagem, devido ao interesse do Governo em fomentar o desenvolvimento da profissão, com vistas a atender ao

aumento da industrialização e urbanização, assim como suprir as necessidades da modernização e expansão dos hospitais (VAGHETTI; VAZ, 1998).

Por meio desse percurso histórico, percebemos que as enfermeiras das décadas de 1920 e 1930, foram absorvidas pela saúde pública urbana, enquanto as que se formaram entre 1940 e 1950 passaram a servir a um modelo tecnicista de assistência hospitalar (VAGHETTI; VAZ, 1998; BARREIRA, 1999). O trabalho da enfermeira, no hospital, prendia-se primordialmente à organização do serviço de enfermagem (elaboração e implantação de rotinas de funcionamento, além do treinamento do pessoal auxiliar), à chefia do serviço de enfermagem e supervisão e à organização de salas de cirurgias (BARREIRA, 1999).

Ao final da década de 1940, os serviços sanitários incorporaram os progressos tecnológicos da indústria farmacêutica, sendo instituída, em 1946, a Campanha Nacional de Vacinação com o método BCG (VAGHETTI; VAZ, 1998). Destacou-se, também, a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), em 1949, por meio de financiamento dos Institutos e das Caixas, ainda remanescentes (POLIGNANO, 2003).

A partir da segunda metade da década de 1950, iniciaram-se amplas transformações na economia brasileira com a sua integração ao sistema capitalista ocidental, por meio das estratégias do Governo Kubitschek (GEOVANINI et al., 1995).

A falta de infra-estrutura urbana e a precariedade dos serviços, somados ao elevado custo de vida, à inflação e as grandes aglomerações nas cidades, geraram as condições para a deterioração da vida e da saúde. Entretanto, a assistência à saúde era direcionada, apenas, ao cumprimento das funções reprodutivas da força de trabalho (GEOVANINI et al., 1995).

Tendo como base esse pressuposto, e pressionado pelos movimentos dos trabalhadores, em defesa de seus direitos, o sistema de saúde sofreu expansões e modificações diversas, conforme a conjuntura política e econômica. Esse processo de lutas culminou com a reorganização da Previdência Social, reforçando a política de saúde médico-hospitalar, e relegando a saúde pública a segundo plano (GEOVANINI et al., 1995).

Em 1966, aconteceu o processo de unificação dos IAP's, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Reuniram-se os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar incorporou os benefícios, já instituídos, fora das aposentadorias e pensões. Um desses benefícios era o da assistência médica, oferecido pelos vários IAP's, sendo que alguns já possuíam serviços e hospitais próprios. No entanto, ao aumentar o número de contribuintes e, conseqüentemente, de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população (POLIGNANO, 2003).

Na história brasileira, a organização do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi a primeira estratégia de unificação dos serviços de saúde. Todavia, esse fato, não garantiu a integralidade da atenção à saúde e nem a resolutividade dos serviços e das ações.

Diante disso, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos, para atender à necessidade de ampliação do sistema, tendo optado por direcioná-los para a iniciativa privada, objetivando o apoio de setores importantes e influentes, dentro da sociedade e da economia. Desta forma, estabeleceram-se convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país,

pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial (POLIGNANO, 2003; GEOVANINI et al., 1995).

A crescente demanda do setor previdenciário, a dicotomia entre as prioridades de saúde da população e as ações efetivas, geraram a crise, na esfera da saúde (GEOVANINI et al., 1995).

Diante disso, um novo modelo foi definido, a partir de 1975, por meio da Lei nº 6.229, do Sistema Nacional de Saúde, que legitimou a pluralidade institucional, ficando o Ministério da Previdência Social responsável pelo atendimento médico-assistencial individualizado; o Ministério da Saúde (MS), por meio das Secretarias, pelos cuidados preventivos e de alcance coletivo, e o Ministério da Educação e Cultura, pela orientação da formação e habilitação dos profissionais de nível universitário e técnico, do setor saúde (BRASIL, 1975; GEOVANINI et al., 1995).

Apesar do avanço na organização do sistema de saúde, que já possuía ministérios e secretarias, possibilitando a ampliação das ações de saúde, além da responsabilização do governo, havia falhas muito graves, como: a fragmentação e a falta de planejamento intersetorial dessas ações, que inviabilizavam a integralidade da atenção à saúde.

A política de saúde pautou-se na Declaração de Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde (1978). Os objetivos desse movimento internacional da saúde priorizaram as assistências profilática e preventiva, sem o descuido dos aspectos curativos e de reabilitação. Ressaltaram também a responsabilidade do Governo na assistência à saúde e traçaram linhas básicas para a democratização do setor. Apesar dessa mudança ser admitida na

teoria, observou-se na prática a implementação apenas de algumas medidas, para a superação da crise do setor (GEOVANINI et al., 1995). A Declaração de Alma-Ata representou uma luta contra-hegemônica em um contexto que priorizava a atenção curativa em detrimento da preventiva.

O sistema de saúde tornou-se cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, dentro da estrutura do INPS, que acabou levando em 1977, por meio da Lei Federal nº 6.439, de 1º de setembro, à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 1977; POLIGNANO, 2003).

Ao INAMPS competia prestar assistência médica: aos trabalhadores urbanos segurados do INPS, aos servidores do Estado, aos trabalhadores rurais e gerenciar os programas especiais de assistência (BRASIL, 1977).

Nas décadas de 1980 e 1990, as políticas de saúde estavam inseridas num contexto de profunda crise econômica, com o crescimento estagnado, inflação e recessão, determinando o rompimento do estado desenvolvimentista, como foi concebido na década de 1930, apoiado na articulação do Estado com empresas e interesses privados (CHIORO; SCAFF, s.d).

A crise da saúde agravou-se principalmente na área financeira da Previdência Social, e as propostas racionalizadoras continuaram em debate político, a fim de atender ao déficit previdenciário e ao crescimento das demandas sociais. Surgiu no âmbito do próprio Ministério da Previdência Social, no Governo de Figueiredo, a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), por meio do Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981 (BRASIL, 1985).

Outro acontecimento marcante foi o processo de redemocratização do país, acelerado pela derrota eleitoral do Governo, em 1982, pelo “Movimento das Diretas Já”, além das mobilizações popular e sindical, resultando em um incremento das forças de oposição (CHIORO; SCAFF, s.d).

Neste contexto de redemocratização, o Movimento de Reforma Sanitária fortaleceu-se com a adesão de novos atores sociais. Buscou-se imprimir uma compreensão inovadora do processo saúde/doença, entendendo-o em sua estreita relação com as condições de vida e trabalho da população (GERMANO, 2003). O debate, em torno da saúde, ultrapassou o âmbito das academias e do pessoal técnico, e se evidenciou em todos os segmentos da sociedade, tornando-se uma forte vontade política direcionada para a transformação do setor (ALMEIDA, M. C., 1990).

A Reforma Sanitária foi reformulada na perspectiva de romper com o modelo corporativista tradicional, reverter a linha privatizante da política setorial e integrar áreas correlatas de política social, histórica, que estruturalmente eram tratadas separadamente. Diante disso, formalizou-se um conceito ampliado de saúde (correlacionado com condições de vida, trabalho e lazer), e mecanismos de participação e controle social (ALMEIDA, C., 2003).

A Portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1982, aprovou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, no Âmbito da Previdência Social. As estratégias envolviam: a prioridade às ações primárias de saúde, enfatizando a assistência ambulatorial; a integração das instituições de saúde em nível federal, estadual e municipal, em um mesmo sistema regionalizado e hierarquizado; a utilização plena da capacidade de produção; estabelecimento de níveis e limites orçamentários; a administração descentralizada de recursos; o reconhecimento da

participação complementar da iniciativa privada; o estabelecimento de critérios racionais para a prestação de serviços; a simplificação do pagamento de serviços de terceiros com o controle do órgão público; a racionalização das prestações de serviços médicos de custos elevados; a implantação gradual da reforma com registros eventuais; a reorientação da política de recursos humanos; a valorização das atividades básicas e reconhecimento da participação popular (BRASIL, 1985; GEOVANINI et al., 1995).

As estratégias do movimento de reorientação da assistência à saúde possuíam bases teóricas voltadas para a integralidade da atenção à saúde, pois valorizava a atenção primária, a integração das instituições de saúde, a organização de um sistema regionalizado, descentralizado e hierarquizado, destacava a reorientação da política de recursos humanos e a participação popular. Diante disso, podemos afirmar que esse processo foi um marco teórico na construção da integralidade da atenção à saúde.

O Plano CONASP subsidiou a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS), dispostas pela Portaria nº 01, de 07 de junho de 1985, dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação e Cultura (BRASIL, 1985).

As AIS consistiram em um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), que visou um novo modelo assistencial, que incorporasse o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas. Assim, a Previdência passou a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (POLIGNANO, 2003).

Os princípios e diretrizes gerais das AIS eram: universalidade do atendimento; integração interinstitucional; programas de saúde a partir dos problemas sanitários prevalentes; integralidade das ações de saúde; regionalização e hierarquização

única dos serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas de saúde, garantindo o encaminhamento a outros níveis de referência; utilização prioritária e plena da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial, controle de custo/benefício; co-participação institucional no financiamento das ações; desenvolvimento de recursos humanos por meio da política de formação do estabelecimento de cargos e salários e reconhecimento de legitimidade de participação dos vários segmentos sociais (BRASIL, 1985).

Por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) o conceito de integralidade da atenção da saúde foi, pela primeira vez, disposto na legislação da saúde pública, no Brasil. Entre as estratégias, desse plano, destacavam-se: a universalidade do atendimento, a regionalização e hierarquização, a valorização das atividades básicas de saúde, os serviços de referência e o desenvolvimento de políticas, envolvendo os recursos humanos.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), possibilitou a formulação dos princípios orientadores da reestruturação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), consolidados na Reforma Sanitária Brasileira. Representou um marco significativo na concepção do SUS, disposto na Constituição Federal de 1988 (GERMANO, 2003).

O relatório final da CNS definiu a saúde como: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 2003b, p. 24). Esse documento subsidiou as discussões na Assembléia Nacional Constituinte, em 1987.

Outro movimento que influenciou a Reforma Sanitária Brasileira foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 21 de novembro de 1986, que gerou a Carta de Ottawa. Foi uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde, no mundo. Considerou como ponto de partida os progressos alcançados em consequência da Declaração de Alma-Ata, o documento “Os Objetivos da Saúde para Todos” e o debate acerca da ação intersetorial para a saúde (OMS, 1986).

A VIII CNS obteve, como desdobramento prático, o desenvolvimento de trabalhos técnicos, a cargo da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, influenciando a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), pelo Poder Executivo e, a elaboração da nova Constituição Brasileira, pelo Legislativo, ambos iniciados em 1987 (CHIORO; SCAFF, s.d).

O Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), disposto no Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, contribuiu para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS (BRASIL, 1987). Propôs a unificação das três esferas de governo, enquanto a Constituição não decretasse e fizesse nascer o SUS (CARVALHO, G., 1993).

Diante desses desafios, a Constituição Federal do Brasil, de 1988, incorporou os conceitos, os princípios e a organização da saúde da Reforma Sanitária, dispostos nos Artigos 196 a 200. Destaca a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo garantida por meio de políticas sociais e econômicas que objetivam a redução do risco de doença e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No período de 1989/1990, foram elaboradas as Leis nº 8.080 e 8.142, chamadas Leis Orgânicas da Saúde, que deliberaram acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. As Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais foram adaptando-se à nova legislação, em âmbito regional e municipal, destacando o processo de participação da sociedade e da pactuação entre as diferentes forças políticas observados na Assembléia Nacional Constituinte (CHIORO; SCAFF, s.d).

O Sistema Único de Saúde do Brasil possui como princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade. Entretanto, a sua efetivação exige dos atores sociais uma contínua construção e reconstrução dos enfoques, atuação e ação (BRASIL, 2004a).

O princípio da universalidade prevê a saúde como direito de todos. Cabe ao Poder Público a provisão de serviços e ações que lhe garantam esse direito, enfatizando as ações preventivas, e reduzindo o tratamento de agravos. O princípio da equidade reafirma a necessidade de se restringir as disparidades sociais e regionais, por meio das ações e serviços de saúde. O princípio da integralidade prevê que a atenção à saúde deve considerar as necessidades específicas das pessoas ou grupos, mesmo que minoritários, em relação ao total da população. Busca a estruturação de redes hierarquizadas, com níveis crescentes de complexidade dos serviços, com vistas a aumentar os níveis de resolutividade (BRASIL, 1988; BRASIL, 2000).

Conforme o Artigo 7º, da Lei Orgânica de Saúde (8.080/1990), as ações e serviços públicos de saúde, e os que integram o SUS, devem obedecer ao princípio de integralidade de 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” (BRASIL, 1990, p. 4).

O princípio da integralidade da atenção à saúde, como disposto na CF, de 1988, e nas respectivas Leis Orgânicas de Saúde, não foi consolidado no sistema e serviços de saúde. Entretanto, vários atores (profissionais de saúde, docentes, os movimentos organizado e estudantil, etc.) buscam a construção de tal ideário, bandeira da Reforma Sanitária, desde a década de 1970.

A mudança do modelo de atenção à saúde não pode acontecer como um salto mecânico, mas depende de vários fatores que se conectam em uma teia de relações contraditórias e dialéticas. A concepção de integralidade não se restringe à atenção à saúde, mas possui inúmeras facetas, como: a dimensão social, filosófica, política, antropológica, emocional, psicológica, educacional, intersubjetiva, interpessoal, etc. Esses aspectos não estão contidos na legislação do SUS, mas constituem um corpo de conhecimentos, de fundamental importância, que vêm sendo construídos por vários atores.

Um exemplo concreto dessa construção é o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde⁶ (LAPPIS), criado em 2000, certificado como grupo de pesquisa no diretório do CNPq, em 2004. Reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. O grupo propõe repensar a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. O trabalho desenvolve-se de forma multidisciplinar, tem como ponto de partida o conhecimento que é construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde e na sua relação com a sociedade civil (LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE, s.d).

No LAPPIS a concepção de integralidade é de

... um amplo conceito, uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema (LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE, s.d).

Esses espaços dialógicos devem ser momentos de exercício da polifonia⁷ e da polissemia⁸ da integralidade, em que os vários sentidos e vozes são ouvidas de maneira crítica, autocrítica, reflexiva e criativa, para que se possa propor estratégias para a construção da integralidade que respeitem os vários contextos sociais e históricos.

6 Integram o grupo de pesquisa: Racionalidades Médicas, CNPq e o Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Trabalha em parceria com outras unidades acadêmicas da UERJ, como o Instituto da Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF), o Grupo Temático de Educação em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Ministério da Saúde, a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), o Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT/Fiocruz), a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC) e o Centro de Ciências Biológicas e de Saúde da Universidade de Caxias do Sul. O LAPPIS conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo a Pesquisa, do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) (LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE, s.d).

7 "A idéia de polifonia vem sendo desenvolvida por Inesita Araújo na proposição de modelos que inserem a comunicação nos processos de intervenção social" (XAVIER; GUIMARÃES, 2004, p. 149).

8 "Polissemia aponta para uma idéia com múltiplos sentidos e representações, associados às necessidades e práticas dos sujeitos" (XAVIER; GUIMARÃES, 2004, p. 149).

3.2 Ensino de Enfermagem no Brasil e a Integralidade

A história do ensino de Enfermagem, no Brasil, possui direta relação com o contexto social, político e econômico, e por meio de suas mediações e contradições podemos compreender a realidade concreta.

Durante o seu percurso histórico, o ensino de Enfermagem reproduziu a estruturação ideológica reinante, mas em alguns momentos manteve mediações críticas com essas estruturas de poder hegemônicas.

A organização da Enfermagem pode ser dividida didaticamente em três períodos históricos: o primeiro cuja organização esteve sob o controle das ordens religiosas, que data do período colonial até o final do século XIX; o segundo identifica-se pelo desenvolvimento da educação institucional e das práticas de saúde pública, entre o século XIX até o começo da 2ª Guerra Mundial e o terceiro caracteriza-se pelo processo de profissionalização da Enfermagem, que se delimita entre a 2ª Guerra Mundial até à atualidade (GEOVANINI et al., 1995).

As primeiras ações de saúde estavam vinculadas aos rituais místicos, realizados nas tribos pelos pajés e feiticeiros, enquanto que as práticas domésticas eram desenvolvidas pelas mulheres índias, para o cuidado das crianças, idosos e enfermos (GEOVANINI et al., 1995).

Após a colonização, a assistência aos doentes foi estabelecida pelos jesuítas, seguida posteriormente por religiosos, voluntários, leigos e escravos selecionados. A Enfermagem, assim, baseava-se em ações domésticas e empíricas, atendendo prioritariamente a fins lucrativos, sendo praticada quase que exclusivamente por elementos do sexo masculino (GERMANO, 1985; GEOVANINI et al., 1995).

As atribuições conferidas aos “enfermeiros” eram demasiadamente simplificadas, devido à falta de divulgação dos conhecimentos científicos, daquela época. Em geral, os cuidadores eram analfabetos. Outros mais educados orientavam-se por livros portugueses de medicina popular e enfermagem caseira (GERMANO, 1985; PAIXÃO, 1979).

O início da profissionalização da Enfermagem teve como cenário o Hospício Nacional de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro. Com o objetivo de suprir a necessidade de cuidar dos alienados, Marechal Deodoro da Fonseca, por meio do Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, cria a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras, hoje Escola Alfredo Pinto, para preparar pessoas qualificadas para cuidar de doentes (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002).

A Escola de Enfermeiros e Enfermeiras orientava-se no modelo das Escolas de Sapietrière, na França. O referido Decreto definiu o currículo do curso e os critérios para o ingresso dos alunos. A duração mínima do curso era de dois anos. O perfil do aprendiz enfocava exclusivamente os aspectos básicos da assistência hospitalar, predominantemente curativa (GEOVANINI et al., 1995).

O currículo incluía: noções de propedêutica clínica, anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, cuidados especiais, tratamentos por meio de banhos, além de administração e economia das enfermarias (FERNANDES, 1990).

A pretensão da criação da escola era de formar profissionais enfermeiros sob o controle médico, dando continuidade à institucionalização da hegemonia médica, como elemento central da assistência de saúde, já garantida pela regulamentação oficial do ensino da Medicina (PIRES, 1989).

Em 10 de novembro de 1922, instituiu-se, na cidade do Rio de Janeiro, a escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por

meio do Decreto nº 5.799/1922, hoje Escola Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GERMANO, 2003; SANTOS, 2003). A sua criação foi determinada pela necessidade de se formar recursos humanos, para propiciar a melhoria das condições de saúde da população, objetivando proteger o Rio de Janeiro das epidemias e endemias predominantes, na época (FONSECA, 2002).

A organização da Escola Ana Néri foi realizada por enfermeiras norte-americanas, coordenadas pela enfermeira Ethel Parsons, comissionadas pelo governo brasileiro, para implantar o modelo anglo-americano de enfermagem, na capital da República (BARREIRA, 1999).

A forma de organização reproduzia a filosofia da Fundação Rockefeller, pela ética religiosa do trabalho e da temperança e, pelo ideal universal da enfermagem, como serviços. Sua organização tinha uma inspiração paramilitar, e como fundamento o papel civilizador dos Estados Unidos, nas Américas, em relação ao movimento sanitário e ao hospital moderno. Não obstante este viés etnocêntrico, e apesar do grande desassossego causado pela irrupção da enfermeira diplomada, na área de saúde e na sociedade do Rio de Janeiro, em dez anos (1921-1931), as atividades desse grupo produziu resultados fantásticos, referentes à implantação e reconhecimento de uma escola de alto padrão, à organização e consolidação de um serviço de enfermeiras de saúde pública e de vários hospitais federais, entre eles o hospital São Francisco de Assis. Além disso, promoveu a visibilidade da figura da enfermeira diplomada, reforçando no imaginário coletivo a imagem da mulher economicamente emancipada (BARREIRA, 1999).

A preocupação em reproduzir o discurso da Missão Parsons e a intenção de inserir a escola de enfermagem na universidade, determinaram a necessidade de formar uma liderança nativa. Assim, várias enfermeiras brasileiras foram indicadas

para se aperfeiçoarem nos Estados Unidos, de modo a se tornarem sucessoras e interlocutoras das enfermeiras americanas que ocupavam os cargos de direção (BARREIRA, 1999).

O curso da Escola de Enfermeiras, do DNSP, visava fornecer instrução teórica e prática, com duração de dois anos e quatro meses, tempo para ser possível ministrar as matérias estabelecidas (SANTOS, 2003). A base para o funcionamento seguiu o Sistema Nightingale. O perfil das aprendizes destacava o treinamento das técnicas de enfermagem⁹.

A supervalorização de procedimentos de enfermagem e a ética religiosa não possibilitavam ao egresso/profissional enfermeiro a apreensão e a prática da integralidade, visto que lhe faltavam as competências indispensáveis para tal, como: as político-gerenciais, educacionais e de cuidado à saúde. O aprender a fazer, relacionado apenas à execução de procedimentos e ao ensino tradicional, promoveu uma consciência ingênua e fácil de manipular.

Dentre os conteúdos gerais destacaram-se: os princípios e métodos da arte de enfermagem, bases históricas, éticas e sociais, noções de anatomia e fisiologia, higiene, administração, farmacologia, física e química aplicada, patologia, parasitologia e microbiologia, cozinha e nutrição, saúde pública, raios X e problemas sociais e profissionais. Dentre os conteúdos especializados salientaram-se: os serviços de saúde pública, administração hospitalar, dispensários, laboratórios, salas de cirurgias e pediatria (FERNANDES, 1990).

⁹ “A sistematização das técnicas foi, desde o primeiro currículo do curso de formação de enfermeiras, destaque entre os conteúdos a serem desenvolvidos com os alunos e foi também pelo controle da aplicação sistematizada destas técnicas que as atividades de enfermagem foram reconhecidas como campo de atividades e de conhecimento especial na área da saúde” (CARVALHO, A., 1972, p. 27).

Os modelos de currículos, apresentados pela Escola de Enfermeiros e Enfermeiras e pela Escola de Enfermagem Ana Néri, seguiam os currículos obrigatórios, da época, que surgiram para atender questões sociais (cuidar dos doentes mentais, substituir as irmãs de caridade nos hospitais, e manter a formação sob o controle médico), e/ou políticas (minimizar os problemas de saúde pública, visando os interesses econômicos do país, mantendo o funcionamento dos portos e facilitação das exportações) (SANTOS, 2003).

Segundo Freitas, D. (1990) esse era o referencial para a formação do enfermeiro, na década de 1930: ênfase no ensino de disciplinas profissionais (Artes Domésticas, Nutrição, Dietética, Serviço Social, Medicina Clínica e Cirúrgica e disciplinas de caráter preventivo); relevância do sentimento de religiosidade, como condição primordial ao bom desempenho da profissão; caráter de obediência, abnegação, caridade como inerentes às qualidades do enfermeiro; utilização do modelo médico de assistência na Enfermagem, caracterizando-a como uma profissão de caráter estritamente técnico-manual.

Na década de 1930, o ensino de Enfermagem buscou reproduzir de maneira acrítica o modelo biomédico de saúde. Destacou-se ainda o fazer centrado exclusivamente em procedimentos de enfermagem.

As enfermeiras diplomadas pela Escola Ana Néri, logo após sua absorção pelo Serviço do Departamento Nacional, também são inseridas nos Estados e no ensino das escolas de formação de pessoal auxiliar, que iriam executar os cuidados e tarefas delegadas, de caráter manual, sob a sua supervisão. Dessa forma, atendiam às necessidades dos hospitais privados que buscavam gastar menos com a remuneração do trabalho (PIRES, 1989).

Os cursos de formação de Auxiliares de Enfermagem tinham inicialmente a duração de três meses e eram ministrados nos próprios hospitais ou aconteciam em estabelecimentos anexos às escolas de formação de enfermeiras, com a duração de 18 meses. O primeiro curso de formação de auxiliares, de caráter permanente, aconteceu em Belo Horizonte, agregado à Escola Carlos Chagas, em 1936. Foi criado por D. Lais Netto dos Reis, e tinha a duração de um ano. Acompanhando a escola mineira, foi criado um curso de auxiliares, com 18 meses, junto à Escola Ana Néri (PIRES, 1989).

A composição heterogênea da enfermagem é sustentada pelo sistema de formação, e ao mesmo tempo, em que atende às necessidades do mercado, reforça a fragmentação da classe. A divisão de atribuições, determinou aos auxiliares o cuidado direto, limitando os enfermeiros às funções administrativas e burocráticas (GEOVANINI et al., 1995).

Na década de 1940, a Escola Ana Néri foi incorporada à Universidade do Brasil. A Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, controlou o aumento das escolas, e dispôs que a educação em enfermagem fosse centralizada nos centros universitários (GEOVANINI et al., 1995). Além disso, a lei institucionalizou os critérios e o tempo de formação dos auxiliares de enfermagem, estabelecidos em 18 meses (PAIXÃO, 1979). Como desdobramento instituiu-se a primeira mudança no currículo da Enfermagem, para atender ao Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949 (GERMANO, 2003).

Neste modelo e no anterior, a formação em enfermagem era direcionada a um grupo de elite, pois eram mulheres que pertenciam às camadas sociais mais abastadas. O modelo era aliado aos interesses da classe dominante, dócil e servil aos médicos e ao Estado (PIRES, 1989), orientando-se no ensino o modelo de

Taylor que priorizava o desempenho de técnicas e a divisão do processo de trabalho (SANTOS, 2003). O perfil dos enfermeiros seguia o modelo biologicista¹⁰, centrando-se no hospital, e priorizando a atenção curativa e especializada. O modelo reproduzido pela enfermagem supervalorizava o desempenho de técnicas e a divisão do trabalho centrada na atenção curativa. Diante disso o cuidado tornava-se cada vez mais fragmentado, e, conseqüentemente, longe do ideal da integralidade.

O perfil dos profissionais de enfermagem reproduzia as mudanças do contexto político, econômico e histórico. Geovanini et al. (1995) destacam que a reorganização da previdência social, iniciada na década de 1950, reforçava a política de saúde médico-hospitalar em detrimento da saúde pública.

Até esse período o saber de enfermagem, produzido e refletido na prática, era o de técnicas de enfermagem conhecidas como cuidado de enfermagem. As técnicas foram as primeiras expressões organizadas e sistematizadas, e consistiam na descrição passo a passo do procedimento de enfermagem executado (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Segundo Waldow (2001, p. 54)

a idolatria pela técnica tornou a enfermagem bastante eficiente, porém menos humana, ou seja, o cuidado técnico passou a prevalecer. Assim, atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível.

A partir da década de 1950, surge a preocupação, com a introdução dos princípios científicos, buscando uma fundamentação, para as técnicas de enfermagem. Enfatizavam-se, principalmente, as ciências naturais (Anatomia, Microbiologia, Fisiologia e Patologia), embora houvesse uma preocupação geral e impessoal com as ciências sociais. A Enfermagem buscava a cientificidade no saber da Medicina, e, conseqüentemente, na sua autoridade (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

¹⁰ O modelo biologicista supervaloriza a dimensão biológica no processo mórbido em detrimento da dimensão psíquica, com os sentimentos e outras percepções subjetivas do paciente (CASTRO, 1991).

Entre 1960 e 1970, a Enfermagem focou-se na construção de um corpo de conhecimentos específicos, denominado Teorias de Enfermagem, como nas outras fases da produção do conhecimento. Foram as enfermeiras norte-americanas que iniciaram o processo (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Algumas teóricas abordavam a idéia de assistir (ou ajudar) o indivíduo como um todo (aspectos biológicos, psicossociais e espirituais), e advogavam a independência da Enfermagem em relação à Medicina (devido à exagerada objetivação do paciente). Apesar disso, a maioria das teorias enfatizava os aspectos biomédicos (adaptação, homeostasia e necessidades básicas). Muitas teorias, embora inspiradas no positivismo, consideravam-se holísticas (WALDOW, 2001).

Nesse contexto, surgiu a Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, que dispôs acerca das Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Todo o processo sofreu mudanças, passando os assuntos relacionados ao ensino superior à competência exclusiva do Conselho Federal de Educação. Os currículos foram redefinidos, e os agentes do processo de formação reproduziram as disposições do Estado (FERNANDES, 2006).

O Conselho Federal de Educação determinou o currículo mínimo para o Curso de Graduação em Enfermagem, regulamentado pelo Parecer nº 271, de 19 de outubro de 1962, que privilegiava sobremaneira a área curativa (CARVALHO, A., 1972; GERMANO, 2003). Estabelecia-se um curso geral e duas alternativas para habilitação. O currículo era dado em três anos e a especialização em mais um ano. As opções de especialização eram: Enfermagem em Saúde Pública ou Enfermagem em Obstetrícia (SANTOS, 2003).

Esse parecer levou a modificações importantes no currículo, sendo excluídas as disciplinas obrigatórias das áreas de saúde pública e ciências sociais do tronco

profissional, além da diminuição de até 50% nos períodos de prática. Favorecia a visão do ser humano como ser biológico, atendendo às exigências do mercado de trabalho que, à época, valorizava a assistência ao ser humano doente, o desenvolvimento de técnicas e a dimensão administrativa (CARVALHO, A., 1972; FREITAS, D., 1990; FERNANDES, 2006).

A ideologia da enfermagem reproduzia a lógica do capital e do modelo médico de saúde centrado no individualismo¹¹, na especialização¹², na tecnificação do ato médico¹³, na medicina curativa¹⁴ e na concentração de recursos¹⁵.

A Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, promoveu a Reforma Universitária, inclusive da Enfermagem. É iniciado o estímulo ao ensino acadêmico da profissão, através de cursos de especialização, mestrado e doutorado. Destacamos que este processo de construção do corpo de conhecimento da enfermagem também sofreu influência da produção teórica de Wanda de Aguiar Horta que expõe seus trabalhos, no início da década de 1970, em eventos científicos. A sua construção de conceitos, teoria e processos de enfermagem foi agrupada no livro “Processo de Enfermagem” (1979), e sua teoria chama-se Teoria das Necessidades Humanas Básicas (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

¹¹ Individualismo – “Esse elemento estrutural geralmente representa o cultivo apologético e alienante do indivíduo, excluindo, novamente na sua história, seus diferentes momentos históricos e sociais. Supervaloriza-se o indivíduo, sem considerar a individualidade de suas relações com o coletivo” (CASTRO, 1991, p. 46).

¹² “A especialização torna-se sinônimo de elitização, prestígio, sofisticação tecnológica, visão fragmentada do ser humano e inadequação à situação sanitária nacional” (CASTRO, 1991, p. 49).

¹³ “Tende-se a atribuir, magicamente à sofisticação tecnológica, o poder de resolver qualquer problema de saúde (...)” (CASTRO, 1991, p. 50).

¹⁴ “Esse elemento faz com que nos remetamos à aparente dicotomia medicina curativa-medicina preventiva” (CASTRO, 1991, p. 51).

¹⁵ “É visível o predomínio de médicos e hospitais nas áreas urbanas em quase toda a nossa sociedade. Há uma discrepância entre a baixíssima quantidade destes nas cidades” (CASTRO, 1991, p. 58).

Nesse momento histórico foram promulgadas novas leis educacionais, para a Enfermagem, que reproduziram e fortaleceram o modelo biomédico. O perfil do enfermeiro, disposto no Parecer nº 163, de 27 de janeiro de 1972 e na Resolução nº 4, de 25 de fevereiro de 1972, baseava-se no modelo biomédico, tecnicista e hospitalocêntrico, com destaque para a especialização. Esse modelo foi disposto nesse contexto de repressão política-ideológica, decorrente do Golpe de Estado, e o ensino marcado por uma vertente autoritária e tecnicista, dificultando o debate dentro de uma visão crítica da realidade social do país e das políticas de saúde, adotadas pelo governo brasileiro (GERMANO, 2003).

O curso de graduação em Enfermagem ficou assim constituído: uma parte pré-profissional, com matérias comuns aos cursos da área das ciências da saúde (Biologia, Ciências Fisiológicas e Patologia, além das disciplinas Ciências do Comportamento e Introdução à Saúde Pública); uma segunda parte chamada de tronco profissional (Introdução à Enfermagem, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Materno-Infantil, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Exercício da Enfermagem, Didática Aplicada à Enfermagem e Administração Aplicada à Enfermagem); e uma terceira parte opcional, referente às habilitações (Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstetrícia e Enfermagem em Saúde Pública) (FREITAS, D., 1990).

A década de 1980, foi um período de transição com o advento da redemocratização do país, acontecendo intensos debates e lutas da sociedade organizada e dos movimentos populares em busca de seus direitos sociais. Esse processo crítico e reflexivo repercutiu também na categoria de enfermagem. Segundo Pires (1989) a partir desse momento histórico desenvolveu-se, na profissão de Enfermagem, um movimento de questionamento da prática profissional

dentro de um referencial crítico que se reproduziu na pesquisa, e em algumas áreas do ensino, e na mobilização pela disputa das direções das entidades de classe da categoria¹⁶.

Destaca-se, nesse período, o início de intenso debate quanto à reformulação do Parecer nº 163/1972 e da Resolução nº 04/1972. Estas discussões foram ampliadas, entre 1987 e 1988, ocorrendo seminários nas diferentes regiões do país, congregando opiniões dos enfermeiros docentes e assistenciais. Esses seminários foram promovidos pela Comissão de Especialistas em Enfermagem (SESU-MEC), pelas seções da ABEn e pelos Cursos de Enfermagem, tendo sido elaborada uma proposta formal de alteração do currículo mínimo (ENCONTRO CATARINENSE SOBRE PERFIL E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS, 1988).

A Lei nº 7.498/1986 e o Decreto nº 94.406/1987, que regulamentam o exercício profissional do enfermeiro, impulsionaram e estimularam as discussões dos seminários regionais de currículo (ENCONTRO CATARINENSE SOBRE PERFIL E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS, 1988). Segundo Santos (2003), todos esses movimentos conduziram a uma nova percepção na formação dos enfermeiros, sendo necessária a revisão do currículo.

Era unânime que a legislação que estabelecia o currículo mínimo de Enfermagem, em vigor em 1972, não permitia a adequação do processo de formação às transformações da profissão, da área de saúde, do ensino, do mercado de trabalho, e, principalmente, das necessidades e demandas de saúde da população brasileira expressas pelas mudanças, no seu perfil demográfico-epidemiológico (ENCONTRO CATARINENSE SOBRE PERFIL E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS, 1988; I SEMINÁRIO DAS REGIÕES NORTE, NORDESTE

¹⁶ “A Associação Brasileira de Enfermagem-Seção Santa Catarina – assume uma postura combativa, crítica e de vanguarda na organização da categoria, impulsionando o surgimento de um movimento nacional, ‘Movimento Participação’, que assume a direção da ABEn-Nacional e da maioria das seções, após o pleito de 1986” (PIRES, 1989, p. 116).

SOBRE PERFIL E COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO E A INFLUÊNCIA NO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM, 1988; I SEMINÁRIO LOCAL SOBRE PERFIL COMPETÊNCIA E CURRÍCULO DO ENFERMEIRO, 1988; ENCONTRO SOBRE PERFIL E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DO RIO GRANDE DO SUL, 1988).

Os relatórios dos seminários apontavam que:

O enfermeiro (generalista) é um profissional com espírito crítico, conhecedor da realidade social, comprometido com as necessidades de saúde da população. Tem a responsabilidade de assistir de forma humanizada o indivíduo, a família e grupos sociais, na sua integralidade, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Contribui para o desenvolvimento da enfermagem através do ensino, pesquisa, participação nas suas atividades organizativas e no exercício da cidadania social (ROSSI, 1988, p. 45).

Observamos que o perfil do enfermeiro, proposto pela categoria, já direcionava a atenção para a integralidade da assistência à saúde, além de enfatizar a responsabilidade social do profissional.

Outros movimentos, na saúde e educação brasileiras, desafiaram e exigiram o repensar da prática profissional, destacaram-se: a promulgação da Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde, a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996.

O Artigo 200, da Constituição Federal, define as competências do SUS, ordenando, entre outras atribuições, a formação de recursos humanos na área de saúde. A Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece no Artigo 13, que as atividades referentes aos recursos humanos devem resultar da articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais (BRASIL, 1988; 1990).

O Artigo 27, da LOS, determina que a política de recursos humanos, na área da saúde, seja estabelecida e executada, de forma articulada, pelas diferentes

esferas do governo, cumprindo o objetivo de organizar um sistema de formação de recursos humanos, em todos os níveis de ensino, incluindo a pós-graduação, além de elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, abriu espaços para a flexibilização dos currículos do ensino superior, a expansão de cursos e vagas, além de direcionar a construção das diretrizes curriculares, para cada curso de graduação (FERNANDES, 2006).

Além dos setores da saúde e educação, representados pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC), a formação dos integrantes da equipe de enfermagem tem sido objeto de atenção e empenho da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que segundo Santos (2003), após longo período de ação e reflexão voltado à formulação dos currículos, e realizando várias oficinas e seminários regionais e nacionais, juntamente com outras entidades da classe e escolas de enfermagem do país, apresentou e discutiu, de forma participativa, uma proposta curricular que foi encaminhada ao MEC, sendo aprovada pela Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994, estabelecendo, assim, um novo currículo para o Curso de Graduação em Enfermagem, o qual entrou em vigência um ano após a sua publicação. A Portaria nº 1.721/1994 reestrutura o currículo mínimo em quatro áreas temáticas (Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem; Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem), determinando proporcionalidade entre elas (GABRIELLI, 2004).

Tal medida, trouxe algumas insatisfações aos enfermeiros, devido principalmente à falta de disciplinas, na área da educação, o que direcionou as escolas de enfermagem a contemplá-las no currículo pleno (GERMANO, 2003; FERNANDES, 2006).

Apesar das fragilidades contidas na proposta, percebemos muitos ganhos. Em primeiro lugar constatamos que houve amplo processo de discussão na formulação da proposta, envolvendo docentes, estudantes, enfermeiros e demais segmentos interessados. Nesse sentido, se distancia diametralmente das anteriores reformas dos currículos. Em segundo lugar o fato de ter sido construído coletivamente gerou expectativa e compromisso, entre seus atores, no sentido de seguir todos os desdobramentos de um projeto político-pedagógico assim concebido. Isso implica, em avaliá-lo em todas as suas dimensões (GERMANO, 2003).

A partir da LDB, concretizou-se o Parecer nº 1.113, de 7 de agosto de 2001, que reforçou a necessidade de articulação entre o ensino superior e a saúde, buscando enfatizar a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação (BRASIL, 2001a).

Recentemente, outra reformulação foi implementada no ensino de graduação de Enfermagem, por meio da Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN), as quais deliberam que a formação do enfermeiro tem por objetivo possibilitar ao profissional os conhecimentos requeridos para o exercício, respondendo às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, nos níveis de promoção, prevenção e reabilitação, prestando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Estabelece que a formação do enfermeiro deva atender às necessidades sociais da saúde, enfatizando o SUS e a necessidade de assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001b).

Uma das metas das DCN é conferir maior autonomia às Instituições de Ensino Superior na definição dos currículos de seus cursos. Para isso, explicitam as competências e habilidades que devem ser desenvolvidas por meio de um modelo pedagógico capaz de adaptar-se à dinâmica das demandas sociais, no qual a graduação constitui etapa inicial de formação no processo de educação permanente (BRASIL, 2004a).

As DCN resultaram de uma construção coletiva que teve as seguintes referências: a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (nº 8.080, de 19/9/1990); a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 9.394, de 20/12/1996); a Lei que aprova o Plano Nacional de Educação (nº 10.172, de 9/1/2001); o Parecer da CES/CNE (nº 776/97, de 3/12/1997); o Edital da SESu/MEC nº 4/97, de 10/12/1997; o Parecer da CES/CNE nº 583/2001, de 4/4/2001; a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior – ocorrida em Paris, no ano de 1998, e promovida pela UNESCO (DELORS, 2003); o Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde, realizada de 15 a 19/12/2000; o Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; os Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA e os instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde (MARANHÃO, s.d).

Especificamente para o Curso de Graduação em Enfermagem, a elaboração das diretrizes curriculares contou com a participação direta da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Buscou-se embasamento nas diretrizes e princípios do SUS, e na visão da saúde-doença como processo e seus determinantes históricos, sociais, econômicos

e políticos, como elementos nucleares dessa construção coletiva e democrática (XAVIER, 2001).

Como desfecho de todo esse processo, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu as Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem. O documento contém 16 artigos, subdivididos em vários parágrafos que norteiam a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos das Instituições do Sistema de Ensino Superior do Brasil.

Santana et al. (2005) analisaram as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem, e identificaram três temas que expressam a intencionalidade da resolução. O primeiro tema (aspecto científico), denominado Aprender a aprender, prevê que o sujeito do aprendizado (o discente) deve desenvolver todas as suas atividades pautadas no “rigor científico e intelectual” e buscar uma “(...) formação generalista, crítica e reflexiva” (p. 297). O segundo tema, Aprender a fazer, compreende os aspectos técnicos da formação profissional, onde o discente deve ser “(...) capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença, com ênfase na sua região de atuação, além de ser um (...) promotor da saúde integral” (p. 298). O terceiro tema, Aprender a ser e viver junto, compreende o aspecto sociovalorativo da formação. O formando egresso/profissional deverá desenvolver seu potencial social e valorativo. Conforme Santana et al. (2005), seu perfil deverá ser, portanto, humanista, ético e comprometido com o aspecto social e a cidadania.

As autoras, supra citadas, comentam que de acordo com o relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, uma formação integral deveria potencializar as capacidades de aprender a aprender,

aprender a fazer e aprender a ser e viver junto. Afirmam, também, que todas as competências e habilidades, contidas nas DCN, do Curso de Graduação em Enfermagem objetivam a busca da atenção à saúde integral, orientando quanto à adequação do currículo à demanda do SUS (SANTANA et al., 2005).

As DCN do Curso de Graduação em Enfermagem visam contribuir com o debate dos sujeitos do processo de aprendizagem, fornecendo pontos relevantes à discussão. Entretanto, o contexto histórico-sócio-político-econômico-demográfico-epidemiológico é o maior guia para a reconstrução dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP). Portanto, é necessário que superemos as DCN na implantação e implementação dos PPP, trazendo propostas inovadoras, críticas e criativas, para que os atores vivenciem os princípios de integralidade, equidade e universalidade, preconizados pelo SUS.

Apesar dos avanços impulsionados pela construção coletiva das diretrizes curriculares, ainda é evidente a hegemonia do modelo newtoniano-cartesiano¹⁷.

De acordo com Freitas, R. (2002), sob este paradigma estabeleceu-se um modelo predominante de assistência e investigação do ser humano, que concebe a vida, a saúde, a doença e a morte, pelo paradigma cartesiano, valorizando o isolamento e a classificação de seus constituintes fundamentais, a linearidade, a causalidade, o determinismo e a neutralidade científica, mantendo afastados os aspectos sociais, culturais, afetivos, emocionais, e todos os que forem considerados não-objetivos e não-rationais, diante de seus fundamentos e métodos. Esse modelo contribui para que a abordagem do ser humano se torne restrita ao corpo, como sede dos fenômenos de saúde e doença, sob o ponto de vista das especialidades e

¹⁷ A base conceitual dominante do modelo newtoniano-cartesiano é mecanicista, compreendendo os organismos vivos como máquinas compostas de partes bem delimitadas e passíveis de separação e análise (FREITAS, R., 2002).

subespecialidades, fundamentado numa abordagem fragmentada e parcial do processo saúde e doença.

O paradigma biomédico também influenciou sobremaneira o modelo pedagógico de ensino, na área de saúde. Existe um consenso, entre os críticos de educação, que o modelo pedagógico hegemônico é centrado em conteúdos, organizado de forma compartimentada e isolada, provocando a fragmentação dos indivíduos em especialidades da clínica, dissociando os conhecimentos das áreas básicas e clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem na clínica, no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a especialização precoce, e perpetuando modelos tradicionais da prática, em saúde (BRASIL, 2004b).

Apesar dos desvios e dificuldades, não podemos perder de vista que a educação possui uma finalidade, uma razão de ser, que tem a ver com os valores vigentes e reguladores da sociedade. Luckesi (1994) acrescenta que ela não se manifesta como um fim em si mesma, mas sim como um instrumento de manutenção ou transformação social. Para tanto, a educação necessita de pressupostos, conceitos fundamentais e orientadores.

Entendendo que as práticas de cuidado à saúde, as ações políticas e ações pedagógicas dos docentes, dos cursos da área da saúde, influenciam diretamente os modos de ser e fazer dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde, por meio de sua política, propõe mudança na formação (AprenderSUS), estabelecendo várias estratégias (BRASIL, 2004a)

No que tange ao processo de mudança na formação, busca-se ampliar o pensamento crítico por meio de três ações: um curso de educação à distância para a

formação de ativadores de processos de mudança na graduação¹⁸; a implementação de oficinas regionais, para a análise crítica das estratégias, e processos de mudança e o apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança (BRASIL, 2004a).

Além dessas estratégias o MS, em 03 de novembro de 2005, lançou um edital de incentivo às IES, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Esse programa foi dirigido às profissões de Enfermagem, Medicina e Odontologia, para resolver os problemas urgentes da formação profissional, em três eixos de mudanças: na orientação teórica, no cenário de prática e na orientação pedagógica (BRASIL, 2005).

Todas essas iniciativas dos Ministérios da Educação e Saúde são estratégias extremamente importantes, para refletirmos acerca dos desafios e perspectivas de mudanças. Contudo, ainda, não atingem as reais necessidades, que emergem dos cenários de prática, visto que poucos atores têm acesso.

Nos espaços da Enfermagem, os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde, os seus saberes e práticas, na área do ensino, da pesquisa e da assistência, têm feito parte dos debates em Oficinas, Congressos e Seminários, entre outros. Exemplificando esse movimento de construção destacamos: o I Seminário Nacional de Atenção Básica em Saúde, cujo tema será “A Integralidade das Ações de Saúde: Espaço de Construção da Enfermagem?”, que será promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem-Seção RN, em outubro de 2007. E ainda, o 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem, que tem como tema principal “A integralidade e a enfermagem na competência coletiva do cuidar em saúde”, que

¹⁸ O Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde integra os setores de saúde e educação, valorizando as experiências e contextos loco-regionais com vistas a desenvolver nos atores as competências: político-gerencial, educacional e de cuidado à saúde (FIOCRUZ, 2005).

será promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem-Seção DF, em dezembro de 2007.

Além desses espaços de discussão devemos construir em outros cenários da prática, reflexões críticas, criativas e reflexivas, buscando desenvolver nos atores dos processos de trabalho, e de formação da enfermagem competências político-gerenciais, educacionais e de cuidado à saúde, na busca de um cuidado que atenda as necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

3.3 Concepções da Integralidade do Cuidado

Após essa breve introdução de natureza descritiva e crítico-reflexiva sobre a história da saúde no Brasil, e do ensino em Enfermagem, podemos construir o conceito de integralidade do cuidar.

Há que se compreender a concepção de integralidade do cuidar não como uma definição fechada e simplista, mas como uma visão, com contornos claros, que significa o resultado de aproximações da literatura, da prática do ensino e da assistência em enfermagem.

De acordo com Camargo Jr. (2001), a integralidade não pode ser considerada um conceito. Pode ser uma rubrica conveniente para um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar, de forma simplificada, que é um conjunto de tradições argumentativas, que desembocam neste agregado semântico, por um lado: um discurso dos organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e promoção da saúde; por outro a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do MS, em nosso país; por fim, nas críticas e proposições acerca da assistência à saúde de alguns autores acadêmicos.

O sentido da integralidade que abordamos, nesse estudo, corresponde aos modos de organização das práticas de cuidar dos profissionais da área de saúde, traduzidos pelo conceito de integralidade do cuidado. Contudo, a abordagem dessa faceta da integralidade não se isola da totalidade do contexto da saúde e do ensino.

Diante disso, propomos um referencial analítico, desenvolvido por Mattos (2001), que relacionamos com diferentes estudos acerca dos sentidos e práticas da

integralidade. O autor apresentou três sentidos da integralidade no contexto da construção de políticas (Integralidade e Políticas Especiais), sistemas (Programas Verticais aos Programas Integrais: a integralidade como modo de organizar as práticas) e práticas de saúde mais justas (Medicina Integral à Prática da Integralidade: integralidade como um traço da boa medicina).

O primeiro eixo da integralidade trata de atributos das respostas do governo a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos, intitulado pelo autor como **“Integralidade e Políticas Especiais”** (MATTOS, 2001, p. 57, grifo nosso).

Essa noção de integralidade possui total relação com as lutas do movimento feminista no Brasil, que influenciaram na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Segundo Mattos (2001), antes, os problemas das mulheres eram pensados de forma reducionista, não levando em consideração os contextos culturais e as diferentes formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres. Dessa crítica, nasce um ideal de se construir políticas, envolvendo a assistência à mulher.

Mandú (1997), acerca da condução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, no contexto brasileiro, destaca dois momentos: o que resultou na formulação do Programa Materno-Infantil, na década de 70, e da proposição e implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980. Considerava que para se entender a trajetória da atenção à saúde da mulher seria necessário considerar dois pontos: a preocupação com o crescimento populacional mundial e as lutas de poder, que acompanhavam o desenvolvimento do capitalismo e suas repercussões, na área de saúde. No entanto, a saúde da mulher surgiu ligada ao movimento contra-hegemônico da prática

médica (Medicina Preventiva e Medicina Comunitária). A introdução da Medicina Preventiva nos cursos médicos ganhou espaço, no Brasil, na década de 1970.

O Programa Materno-Infantil, implantado a partir de 1975, aconteceu devido às intensas lutas dos movimentos populares. Entretanto, associou-se formalmente, às políticas públicas, definido como “adequado” quando resultava em filhos “sadios”, com vistas a atender o processo dominante de produção econômica. Com a criação do PAISM (1983), intencionava-se não só a atenção à saúde materna, mas um modelo de atenção integral para mulheres, em todo o seu ciclo vital. Apesar das conquistas, pode-se dizer que a atenção à saúde da mulher está longe dos princípios da universalidade, equidade e integralidade do cuidado (MANDÚ, 1997).

Os serviços de saúde não abordam, social e humanamente, os problemas femininos, onde elas são descaracterizadas em sua identidade cultural e social e, portanto, em sua integralidade. Dentro do sistema, continuam a ser tratadas mais como reprodutoras do que como pessoas com direitos e necessidades específicas, independente do seu papel biológico na reprodução (MANDÚ, 1997, p. 66).

Ainda com relação às respostas governamentais, Mattos (2001) destaca que a resposta que mais se aproxima da concepção de integralidade é o programa de controle da Aids, que distribui gratuitamente os anti-retrovirais aos doentes de Aids, sem descuidar das práticas preventivas.

No tocante ao programa de controle da Aids entendemos que as ações assistenciais possuem absoluta relevância, e, as ações preventivas não tiveram o impacto necessário e desejável. Nesse aspecto, o programa de controle da Aids não alcançou a integralidade da atenção à saúde, pois, não garante um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Podemos destacar que as dimensões sociovalorativas da integralidade foram pouco valorizadas nas políticas de saúde, no Brasil.

Mattos (2001) afirma que existe outra nuance da integralidade, com relação ao programa de controle da Aids, que é a capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades.

Com relação a esse aspecto entendemos que as ações de saúde, no Brasil, ainda mostram muitas falhas. Isso se evidencia nas intensas lutas dos movimentos populares de saúde e dos movimentos dos homossexuais (ou GLBT - gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros). Como podemos falar em atendimento integral dos diversos grupos atingidos pela Aids, se, ainda hoje, nos deparamos com o despreparo e a discriminação dos serviços de saúde, no acolhimento e atendimento a esses grupos específicos?

Se a integralidade significa “uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61), podemos perceber a distância das práticas concretas de saúde com as práticas ideais de integralidade à atenção da saúde.

O segundo sentido expresso da integralidade relaciona-se mais diretamente à organização dos serviços de saúde, definido pelo autor como **“Programas Verticais aos Programas Integrais: a integralidade como modo de organizar as práticas”** (MATTOS, 2001, p. 52, grifo nosso). O autor explica que a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), na década de 70, consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica. Enquanto a primeira era pensada como sendo da responsabilidade do Ministério da Saúde, a segunda ficava na alçada do Ministério da Previdência Social. As necessidades das práticas assistenciais eram demandadas diretamente pela população, enquanto que as necessidades das práticas de saúde pública eram apreendidas inicialmente pelos técnicos (MATTOS, 2001).

A dicotomia do SNS foi criticada em, pelo menos, duas perspectivas. A primeira relacionava-se com a impressão de que a prioridade da política de saúde vigente era a assistência médica da Previdência, em detrimento da saúde pública. Como resultado disso, a assistência médica e a saúde pública eram pensadas separadamente. Assim, surgiu a bandeira de luta pela unificação, construída formalmente na implantação do SUS, e consolidada pela incorporação (e posteriormente extinção) do INAMPS, pelo MS (MATTOS, 2001).

Entretanto, o arranjo institucional dicotomizado teve conseqüências sobre a organização e as práticas dos serviços de saúde, dando origem à segunda crítica. O modelo assistencial estava centrado nos hospitais (hospitalocêntrico), enquanto que a saúde pública centrava-se principalmente nos CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde), onde eram oferecidos os atendimentos relativos às ações preventivas, (imunização e ações de programas verticais do Ministério). É nesse contexto que se forja a proposta de um modo de organização voltado para a articulação entre assistência e ações de saúde pública. Isso foi feito pela transformação das antigas unidades de saúde pública, envolvendo as práticas dos programas verticais e a introdução de práticas assistenciais típicas de atendimento de demanda espontânea (MATTOS, 2001).

Nesse processo, foi forjada outra concepção de programação de serviços de saúde horizontalizada, a qual consistia em organizar o trabalho, de forma a atender mais adequadamente às necessidades de saúde dessa população, apreendidas epidemiologicamente. As questões envolviam desde as oportunidades geradas pela demanda espontânea em aplicar protocolos de diagnósticos precoces e identificação de situações de risco de saúde, até o desenvolvimento de atividades coletivas, junto à comunidade (MATTOS, 2001).

A integralidade emerge como um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, caracterizado pela busca de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Essa ampliação não acontece sem uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e seus diferentes modos de perceberem as necessidades de serviços de saúde (MATTOS, 2001).

O terceiro sentido da integralidade refere-se às práticas dos profissionais, concebidas como um valor que merece ser defendido em relação a todas as práticas de saúde, e não apenas às práticas de saúde do SUS. Intitulado pelo autor como **“Medicina Integral à Prática da Integralidade: integralidade como um traço da boa medicina”** (MATTOS, 2001, p. 44, grifo nosso).

O autor relaciona esse sentido com um movimento que ficou conhecido como Medicina Integral, que se originou das discussões sobre o ensino médico, nos Estados Unidos. A medicina integral criticava a atitude cada vez mais fragmentária dos médicos, diante de seus pacientes. Essa visão privilegiava as especialidades médicas, ressaltando as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das psicológicas e sociais (MATTOS, 2001).

Castro (1991) demonstra que o conceito de integralidade sofreu vários abalos, sendo que o maior deles aconteceu com o advento do pensamento cartesiano-newtoniano, por meio do mecanicismo. Apresenta como marco histórico da institucionalização da anti-integralidade da ação de saúde, ou melhor, da medicina científica, o relatório Flexner, que foi publicado nos Estados Unidos da América, em 1910. Esse trabalho resultou de uma pesquisa realizada, nos EUA, durante 18 meses, encomendada pela American Medical Association sobre as escolas de Medicina. Possuía o objetivo de canalizar as verbas de fundações recém

estabelecidas (concebidas pelas Fundações Carnegie e Rockefeller), para algumas instituições médicas selecionadas.

O relatório serviu de parâmetro para o ensino da Medicina, nos EUA, que estabelecia a formação dos estudantes e o estudo das doenças, não o cuidado aos enfermos de maneira contextualizada às questões sociais. Esse modelo influenciou sobremaneira as práticas de saúde no Brasil, que reproduziam o pensamento cartesiano por meio de uma visão dicotomizada, fragmentada, individualista, biologicista e mecanicista do ser humano. No ensino, na área de saúde, percebe-se esse modelo nas grades curriculares, onde o conteúdo é traduzido nas disciplinas que são oferecidas de forma estanque, isoladas, tendo o processo mórbido e as ações curativas como referenciais esmagadores (CASTRO, 1991).

A Enfermagem reproduziu esse estudo por meio do Relatório Goldmark (1923), que demonstrou falhas graves, no ensino de Enfermagem, e apontava que eram necessários: o curso secundário para admissão na escola, a inserção de algumas escolas na Universidade, a duração mínima do curso de 28 meses, entre outros (CARVALHO, A., 1972).

Mattos (2001) expõe que a crítica a esse modelo, pela medicina integral, levou-a a propor reformas curriculares. A proposta era a de novos currículos, transformando as escolas médicas em instituições de formação de médicos menos reducionistas e fragmentários, e que valorizassem os conhecimentos dos pacientes e suas necessidades de forma integral. Esse acontecimento, no Brasil, não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associado à medicina preventiva, o que posteriormente seria denominado como Reforma Sanitária.

A integralidade do cuidado especificamente, Henriques e Acioli (2004) tratam como um princípio que **não atende unicamente a uma dada profissão** ou que permeia a discussão e o fazer de determinados segmentos. Ela **articula os processos de trabalho e formação de todos os trabalhadores de saúde**. As discussões sobre a integralidade devem facilitar a perspectiva de novas abordagens, que contribuam para a organização dos serviços e dos processos de formação. Deve articular as práticas de saúde e pedagógicas às várias esferas de gestão do sistema de saúde e das instituições de ensino, permitindo avançar em direção à implementação dos princípios e diretrizes do SUS (grifo nosso).

Com relação às experiências de cuidar em saúde, Mattos (2004) atenta para a cientificidade do ato de cuidar e a sua relevância, na prática social. Afirma que existe um discurso para justificar esse ou aquele modo de cuidar em função da sua cientificidade. Nessa visão, acredita-se que o cuidado não fundamentado é melhor que qualquer outro. Entretanto, um modo de cuidar embasado na ciência não será necessariamente o melhor, se não contribuir para uma vida decente. Se o conhecimento que fundamenta o cuidado for marcado pela imprudência, pela desatenção relacionada às suas conseqüências, pelo silenciamento de outros conhecimentos, poderão surgir a dor, o sofrimento e a opressão. Isto não significa que devemos abolir as contribuições da ciência, para o cuidado. Ao contrário devemos usar o conhecimento científico com responsabilidade, buscando o equilíbrio entre as aparentes possibilidades de intervenção, e a capacidade de antever as conseqüências.

Compreendemos que a integralidade traduz-se antes à noção de cuidado do que a de intervenção, já que em seu campo de atravessamentos e construção, os procedimentos e técnicas implementados tornam-se secundários às relações

engendradas, onde o cuidar requer a aceitação de um outro-sujeito, e a aceitação dessa dimensão de encontro desejante, que é o ato “de se colocar diante do outro e engendrar as compossibilidades de ambos e seu mundo compartilhado”. O cuidado é entendido como uma dimensão humana, que se dá no plano da intersubjetividade. Portanto, existem várias formas de cuidar e de conhecimentos sobre esse cuidar (AYRES, 2001, p. 67).

Esse encontro desejante com o outro, que a integralidade do cuidado promove, implica em mudanças nas relações de poder, entre os profissionais de saúde e os usuários. É nesse processo dialético e dinâmico que poderemos garantir práticas inovadoras em todos os espaços de atenção e cuidado à saúde, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde.

Acerca dos processos de trabalho, Merhy (1998, p. 106) aponta que um modelo usuário-centrado deve depender das tecnologias leves¹⁹, comprometido com uma gestão coletiva, entre os profissionais das equipes de saúde, de maneira multiprofissional e interdisciplinar. Denominam-se tecnologias leves as ações de boa escuta, de articulação em redes de conversa e acolhimento, ou seja, é “leve um saber que as pessoas adquiriram e está escrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles”.

A construção de um modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa radical da vida, passa pelo reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras²⁰, mediadas pelas leve-duras²¹, considerando que o campo das tecnologias leves não é ato específico de nenhum profissional, mas sim a base de atuação para todos os profissionais da área de saúde (MERHY, 1998).

¹⁹ As tecnologias leves referem-se às relações interpessoais, imbuídas de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo (MERHY, 1998).

²⁰ Os equipamentos tecnológicos e ferramentas de trabalho são considerados tecnologias duras (MERHY, 1998).

²¹ As tecnologias leve-duras compreendem os saberes bem estruturados dos profissionais de saúde (MERHY, 1998).

Os conceitos de acolhimento, responsabilização dos profissionais para com os usuários, escuta atenta, cuidado em saúde (tecnologias do cuidado) foram absorvidos pela Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH foi pensada como estratégia para: o enfrentamento das lacunas quanto ao acesso aos serviços e à atenção integral à saúde; a modificação do quadro de desvalorização e precarização das relações de trabalho; o rompimento da fragmentação e desarticulação das ações programas de humanização (BRASIL, s.d).

No campo da saúde, a humanização diz respeito a uma aposta ética-estética-política. Ética porque implica na mudança de atitude dos atores envolvidos (usuários, gestores e trabalhadores). Estética porque se relaciona com o processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de gestão e atenção do SUS (BRASIL, s.d).

Aprofundando as questões da integralidade e da comunicação, Xavier e Guimarães (2004) desvelaram as suas implicações no campo dos saberes e das práticas. Os autores identificaram categorias (palavras-signo) que ajudam a definir a integralidade. São elas: escuta/tradução; negociação/escuta; polifonia/polissemia e diálogo e troca.

A primeira categoria refere-se ao comportamento do profissional de saúde, tendo uma dimensão mais pessoal da prática da integralidade. A escuta é entendida como uma característica desejável da relação entre o profissional e usuário do sistema de saúde. Associa-se ao ato de despir-se da armadura do conhecimento técnico-científico, e se dispor a ouvir o outro, como uma pessoa que sabe algo sobre o mundo e sobre si mesmo. Quando esse desprendimento e disponibilidade são

capazes de subsidiar ações que se revertam em um melhor atendimento individual e uma maior capacidade de acolhimento por parte do serviço no qual o profissional está inserido, configura-se na tradução. Traduzir significa partir da escuta do outro para transformar as suas práticas. O ato de escuta e tradução representa a operacionalização no serviço do reconhecimento de um saber que não substitui, mas integra e dialoga com o conhecimento biomédico (XAVIER; GUIMARÃES, 2004).

A segunda categoria destaca a presença da comunicação, no caráter de negociação da integralidade, que envolve três níveis. O primeiro diz respeito à relação pessoal no interior das equipes de saúde, depende da formação e do bom funcionamento de equipes multiprofissionais. “A busca da integralidade, nesse sentido, significa negociar verdades, saberes, sentidos, experiências e expectativas” (XAVIER; GUIMARÃES, 2004, p. 148). O segundo reporta-se à relação entre os serviços e unidades de saúde, construindo redes, relacionando diferentes profissionais, para compor a rede pública de saúde. O terceiro aspecto relaciona usuários diretamente ao sistema de saúde, através das políticas públicas (participação popular) (XAVIER; GUIMARÃES, 2004).

A terceira categoria apresenta a polissemia como uma idéia de múltiplos sentidos e representações, associados às necessidades e práticas dos atores. À expressão polissêmico, podemos acrescentar a idéia de integralidade como polifonia, reconhecendo seus vários sentidos como constituintes claros do campo da comunicação (XAVIER; GUIMARÃES, 2004).

Polissêmico e/ou polifônica, o importante é caracterizar a Integralidade como marca do diverso, da comunhão e embate entre saberes e experiências. E mesmo na construção de monopólios, como o monopólio simbólico da saúde (XAVIER; GUIMARÃES, 2004, p. 150).

Na quarta categoria nos remetemos a um conjunto de sentidos que trata da organização das equipes de saúde e da relação entre os serviços. A palavra diálogo é utilizada como definição de um processo mais do que um tipo de comportamento. O contato, a conversa, o diálogo entre as equipes de saúde são apontados como componentes fundamentais na direção da integralidade (XAVIER; GUIMARÃES, 2004).

Dialogar significa:

... informar e ser informado; ensinar e aprender; articular conhecimentos e experiências. Nesse processo, a Integralidade buscada e construída não atinge apenas o usuário, mas talvez principalmente, os próprios profissionais, que se “desfragmentam” e passam a se reconhecer e agir como parte de um todo (XAVIER; GUIMARÃES, 2004, p. 151-152).

Com relação à formação dos profissionais de saúde, constatamos que a proposta da integralidade faz parte das orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde (Serviço Social, Ciências Biológicas, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional)²².

O reconhecimento da saúde como direito e da atuação voltada à garantia da 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”, é reafirmado nos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2001b; 2001c; 2001d; 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2002e; 2003c).

²² O Conselho Nacional de Saúde relacionou por meio da Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998, quatorze categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho (BRASIL, 1998). A aprovação das DCN's pelo CNE aconteceu em quatro momentos: novembro de 2001 (Enfermagem, Medicina e Nutrição); fevereiro e março de 2002 (Farmácia, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Ciências Biológicas e Serviço Social); fevereiro de 2003 (Biomedicina e Medicina Veterinária) e março de 2004 (Educação Física e Psicologia) (ALMEIDA, M., 2005).

Os cursos de Educação Física, Medicina Veterinária e Psicologia, orientam quanto à intervenção acadêmica e profissional nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto individual quanto coletivamente (BRASIL, 2003d; 2004c; 2004d). As diretrizes dos cursos de Ciências Biológicas e Serviço Social ainda não definiram o perfil e as competências dos profissionais (BRASIL, 2002f; 2002g).

A formação dos profissionais de saúde deveria ter em vista tanto o desenvolvimento de capacidades gerais (grande área da saúde), quanto às especificidades de cada profissão (CECCIM, 2004). Contudo, todo processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições, para a compreensão e prática da integralidade.

A integralidade requer a implementação objetiva de uma formação, para as competências gerais necessárias aos profissionais de saúde, visando uma prática de qualidade, em todos os locais e áreas de atuações, uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes, e que ative processos de educação permanente, no desenvolvimento das competências específicas, para a atuação em cada trabalho (BRASIL, 2004a).

As diretrizes dos cursos de graduação, na área de saúde, nos apontam que existem competências gerais em comum, são elas:

- Atenção à saúde;
- Tomada de decisões;
- Comunicação;
- Liderança;
- Administração e gerenciamento;

- Educação Permanente.

Acerca da atenção à saúde, os profissionais devem estar aptos a implementarem ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, assegurando que suas práticas sejam realizadas de forma integrada e contínua, com as demais instâncias do sistema de saúde. Devem ser capazes de pensar criticamente, de analisarem os problemas da sociedade, e de procurarem suas soluções. Além disso, os profissionais devem realizar serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e bioética, tendo em vista que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde (BRASIL, 2001b; 2001c; 2001d; 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2002e; 2003c; 2003d; 2004d).

Quanto à tomada de decisões o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para tanto, devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais apropriadas, baseando-se em evidências científicas (BRASIL, 2001b; 2001c; 2001d; 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2002e; 2003c; 2003d; 2004d).

Sobre a competência de comunicação os profissionais de saúde devem ser acessíveis e éticos quanto à confidencialidade das informações a eles creditadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. Expõe ainda que a comunicação envolve: as comunicações verbal, não verbal, habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de

comunicação e informação (BRASIL, 2001b; 2001c; 2001d; 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2002e; 2003c; 2003d; 2004d).

Quanto à liderança orienta que, no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde devem estar aptos a assumirem posições de liderança, buscando sempre o bem estar da comunidade. Essa competência envolve: compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001b; 2001c; 2001d; 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2002e; 2003c; 2003d; 2004d).

Enfocando a administração e gerenciamento as DCN's enfatizam que os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, realizar o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação. Devem ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001b; 2001c; 2001d; 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2002e; 2003c; 2003d; 2004d).

Com relação à competência de educação permanente dispõe que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática, buscando aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e a formação das futuras gerações de trabalhadores, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre todos os profissionais. Devem também estimular o desenvolvimento da mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001b; 2001c; 2001d; 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2002e; 2003c; 2003d; 2004d).

Como desdobramento dessa necessidade apontada nas DCN's, o Ministério da Saúde dispôs por meio da Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, a

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004e).

A condução locorregional da Política é efetivada mediante um Colegiado de Gestão estruturado como Pólo de Educação Permanente em Saúde (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão). Entre as suas várias atribuições constam: articular e estimular transformação das práticas de saúde e de educação na saúde, no conjunto do SUS, e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais, para o conjunto dos cursos da área da saúde, e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola (BRASIL, 2004e).

A Política de Educação Permanente em Saúde deve ser uma das estratégias, para se implementar as diretrizes curriculares, recuperando a dimensão cuidadora e integral das práticas de saúde e dos processos de formação.

Para Akerman e Feuerwerker (2006) a recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer a atenção integral à saúde são desafios, para todos os serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário desenvolver novas tecnologias de cuidado, ampliando a capacidade de acolhimento dos serviços de saúde, a capacidade de escuta atenta e de responsabilização dos trabalhadores de saúde, aumentando a sua capacidade de lidar com a dor e o sofrimento, e de trabalhar pela autonomia das pessoas sob seu cuidado.

Também é um grande desafio o processo de apreensão dos sentidos e da construção das práticas da integralidade do cuidado, pois exigem dos atores uma visão da totalidade do contexto histórico-social, além de uma visão crítico-reflexiva. Sem essas competências iremos apenas reproduzir o discurso dominante e o

modismo, que busca apenas adequar os recursos humanos para o SUS, atendendo às demandas do mercado, principalmente na atenção primária de saúde.

Os sentidos e práticas da integralidade podem nos apontar caminhos para a construção de políticas sociais mais justas, como, também, para organização do sistema e dos serviços de saúde centrados nos usuários, e na participação efetiva da sociedade e dos movimentos populares, em busca da conquista da cidadania e da saúde, como direito.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Buscando atender os objetivos propostos e desenvolver a temática da pesquisa, realizamos uma investigação de natureza descritiva-exploratória, utilizando a abordagem da pesquisa qualitativa.

O estudo descritivo pretende apresentar “com exatidão” os fenômenos de determinado problema, enquanto que a pesquisa exploratória aprofunda o conhecimento em torno desse problema (TRIVIÑOS, 1987).

4.2. Delimitação do Campo de Estudo

A coleta de dados foi realizada em Instituições de Ensino Superior do Estado de Goiás, que oferecem o Curso de Graduação em Enfermagem.

No momento, existem dezesseis Cursos de Enfermagem, autorizados e/ou reconhecidos pelo MEC²³, sendo respectivamente: Universidade de Rio Verde - Fesurv (Rio Verde – GO); Universidade Federal de Goiás - UFG (Goiânia – GO); Universidade Católica de Goiás - UCG (Goiânia – GO); Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA (Anápolis – GO); Universidade Católica de Goiás - UCG (Ipameri – GO); Instituto de Ensino Superior de Rio Verde - IESRIVER (Rio Verde – GO); Faculdade Latino Americana - FLA (Anápolis – GO); Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires - FACESA (Valparaíso de Goiás – GO); Universidade Paulista - UNIP (Goiânia – GO); Centro Universitário de Goiás - UNIGOIÁS (Goiânia – GO);

²³ Foram localizados 16 cursos/habilitações no Estado de Goiás, por meio do site do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação. http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp.

Faculdade Padrão - PADRÃO (Goiânia – GO); Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO (Goiânia – GO), Faculdade Montes Belos - FMB (São Luís de Montes Belos – GO), Faculdade de Goiás - FAGO (Goiânia – GO), Faculdades Integradas IESGO - IESGO (Formosa – GO) e Universidade Estadual de Goiás - UEG (Ceres – GO) (BRASIL, 2006a).

Como critérios de inclusão, foram estabelecidos: que as instituições estivessem localizadas no Estado de Goiás, com o objetivo de situar melhor as iniciativas em curso, na Graduação em Enfermagem, com foco na integralidade do cuidado; ter integralizado²⁴ pelo menos um currículo, garantindo que o corpo docente possua uma visão concreta dos conteúdos desenvolvidos no curso, principalmente no que tange a integralidade do cuidado.

Dos dezesseis Cursos de Enfermagem, foram selecionados quatro participantes²⁵, sendo uma instituição pública²⁶ e três privadas²⁷, situadas na capital e no interior do Estado de Goiás, totalizando quatro instituições, e uma delas, por problemas administrativos, não foi incluída no estudo.

Constatou-se que estas Instituições planejavam os conteúdos, segundo o currículo aprovado para o curso, todavia, no momento da coleta de dados, algumas passavam por processos de mudança curricular, para atender às exigências da Resolução CNE/CES nº 3/2001, por isso todas mantinham dois currículos em andamento. Conseqüentemente, não foi possível definir qual currículo subsidiaria as

²⁴ O período considerado para o critério de integralização do Curso de Enfermagem, foi o do momento da inserção deste estudo, no Programa de Pós-Graduação *Scripto Sensu*, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, no ano de 2005.

²⁵ As Instituições de Ensino Superior foram apresentadas na pesquisa, como IES A, B e C.

²⁶ São instituições criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público. Podem ser: Federais (mantidas e administradas pelo Governo Federal); Estaduais (mantidas e administradas pelos governos dos Estados) e Municipais (mantidas e administradas pelo poder público municipal). Acesso em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/tipos_de_instituicao.stm>.

²⁷ São as mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Podem se organizar como: Instituições privadas com fins lucrativos ou Particulares em sentido estrito ou Instituições privadas sem fins lucrativos (Comunitárias, Confessionais e Filantrópicas). Acesso em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/tipos_de_instituicao.stm>.

respostas do professor, durante a entrevista, uma vez que algumas disciplinas sorteadas, ainda não tinham sido oferecidos.

4.3. Delimitação do *Corpus*²⁸ do Estudo

A aproximação com o campo consistiu de quatro etapas (primeiro contato, protocolo de pesquisa, calendário de viabilidade e validação).

- O Primeiro Contato

A primeira estratégia foi o contato via telefone com os diretores e/ou coordenadores dos Cursos de Enfermagem. A pesquisadora identificou-se, informando os principais objetivos da pesquisa, além de definir a forma de envio do projeto de pesquisa, para a análise do responsável, na Instituição. Esta fase foi realizada no mês de agosto de 2005.

- Protocolo de Pesquisa

Após a apreciação e autorização, por escrito, do diretor e/ou coordenador, o projeto foi encaminhado ao Conselho Diretor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, em reunião realizada, em julho de 2005, sendo aprovado por unanimidade. Posteriormente, o projeto foi apreciado e aprovado, em novembro de 2005, pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo CEPMHA/HC/UFG nº 104/05).

²⁸ “O *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2004, p. 90).

- Calendário de Viabilidade

No terceiro momento, foram agendadas reuniões individuais com a coordenação das IES, sendo fornecidas maiores informações, além do estabelecimento do cronograma viável, para a realização da coleta de dados.

- Validação

As “grades curriculares” dos cursos, foram analisadas pela pesquisadora e coordenadores e/ou diretores dos Cursos de Enfermagem²⁹, sendo que as disciplinas foram identificadas, com base nas áreas das Ciências da Enfermagem, conforme especificação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (Resolução CNE/CES nº 3/2001).

O critério de inclusão dos conteúdos avaliados, foi subsidiado pela Resolução CNE/CES nº 3/2001, que dispõe em seu Art. 6º, que os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem contemplar: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem. Apenas os conteúdos referentes às Ciências de Enfermagem foram avaliados, como se apresentam a seguir:

a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da enfermagem em nível individual e coletivo;

b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença,

²⁹ Os coordenadores e/ou diretores dos Cursos de Enfermagem, participaram do agrupamento das disciplinas nas áreas das Ciências da Enfermagem (Fundamentos, Assistência, Administração e Ensino de Enfermagem), como validação do processo.

bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de enfermagem;

c) Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem;

d) Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem (BRASIL, 2001b).

Em seguida, foram sorteados os docentes que participariam da pesquisa, a partir da lista de professores apresentada à pesquisadora pelas Instituições. Por esse procedimento, obtivemos um docente representante de cada área (Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem). Alguns docentes estavam inseridos, em outras áreas das Ciências da Enfermagem. Contudo, no momento da coleta de dados, foi pactuado com os mesmos que as respostas envolveriam apenas a área sorteada.

No momento do agendamento das datas e horários das entrevistas, solicitamos ao professor o plano de ensino da disciplina, o qual passou a integrar o conjunto dos documentos analisados, sendo entregues no momento da entrevista, ou, posteriormente, por correspondência online.

A seleção dos docentes seguiu dois critérios de inclusão:

- ter integralizado o conteúdo referente a sua área de atuação, o que permitiria uma visão ampla das atividades desenvolvidas;
- ter elaborado ou participado da organização do plano de ensino.

Todos os enfermeiros docentes sorteados e que preencheram os critérios de inclusão optaram pela participação na pesquisa.

Desse modo, a amostragem qualitativa dos sujeitos ficou constituída por onze docentes³⁰, assim distribuídos:

- Área de Fundamentos de Enfermagem – três docentes;
- Área de Assistência de Enfermagem – três docentes;
- Área de Administração de Enfermagem – três docentes;
- Área de Ensino de Enfermagem – dois docentes (uma das IES não oferecia disciplinas, desta área, visto que as disciplinas da licenciatura não foram consideradas, na amostragem do trabalho).

4.4. Coleta de Dados

Levando-se em consideração os objetivos e as fontes do estudo (discursos e planos de ensino), foram aplicados dois instrumentos de coleta de dados, entre abril e setembro de 2006: roteiro de entrevista (discursos) e roteiro de pesquisa documental (planos de ensino).

O instrumento utilizado na entrevista (Apêndice A), possui duas partes: a primeira corresponde aos dados de identificação do sujeito da pesquisa e a segunda apresenta as questões norteadoras, acerca do tema central da pesquisa.

As entrevistas foram registradas, por meio de gravador de voz portátil digital, após a autorização do docente entrevistado. Posteriormente, foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

³⁰ Os enfermeiros docentes foram apresentados na pesquisa, como sujeito 1, 2, 3, 4, 5 (...) 11.

O segundo instrumento (Apêndice B), norteou a coleta de dados dos planos de ensino dos docentes, e permitiu acessar as informações, acerca das estratégias de ensino³¹, com foco na integralidade do cuidado.

4.5. Organização e Análise dos dados

A análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo, mais especificamente nas categorias temáticas de Bardin (2004), entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos, que se aplicam a discursos diversificados. A análise temática consistiu, como sugere o autor, em buscar os “núcleos de sentidos” inseridos em uma comunicação, e cujas presenças ou freqüências de aparição podem significar alguma coisa, para o objetivo analítico escolhido.

Essa técnica de análise desenvolve-se em três fases: pré-análise, seleção das unidades de análise e o processo de categorização (BARDIN, 2004).

Na primeira fase, foi realizada a pré-exploração do material, as entrevistas e os planos de ensino. As entrevistas foram digitadas na íntegra e processada a leitura “flutuante” dos discursos e dos planos de ensino.

Segundo Bardin (2004), a leitura “flutuante” tem como objetivo estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, buscando impressões e orientações. Assim, foram realizadas várias leituras de todo o material coletado, buscando apreender, de uma maneira total, as idéias principais e os significados gerais.

Na segunda fase, foram selecionadas as unidades de análise (ou unidades de significação). Em conformidade com os objetivos da investigação, foram sendo

³¹ Segundo Bordenave e Pereira (1983) as estratégias de ensino são os caminhos (aplicações práticas) escolhidos pelos professores derivadas da teorização.

construídos, pela pesquisadora, os recortes das falas dos sujeitos, assim como dos conteúdos dos planos de ensino. Esses recortes, permitiram a identificação de unidades comparáveis de categorização, visando à análise temática e à modalidade de codificação, para os registros dos dados (BARDIN, 2004).

Na terceira fase, realizamos a categorização que corresponde a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, segundo o gênero. O critério de categorização utilizado foi o lógico-semântico (categorias temáticas), no qual se buscou uma classificação lógica, uma vez que segue parâmetros mais ou menos definidos (BARDIN, 2004).

Utilizamos, como parâmetro, as categorias que emergiram da análise das Diretrizes Curriculares Nacionais, realizada como exercício metodológico. São elas: Aprender a aprender (aspecto científico), Aprender a fazer (aspecto técnico) e Aprender a ser e viver junto (aspecto sociovalorativo). Essas categorias correspondem aos desafios para a educação no século XXI (SANTANA et al., 2005).

Esse é um processo que comporta duas etapas: a de inventário que isola os elementos e a de classificação que reparte os elementos, portanto procura ou impõe certa organização às mensagens. O primeiro objetivo da categorização consiste em fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2004).

As categorias temáticas dos discursos, foram analisadas paralelamente com as categorias temáticas dos planos de ensino, objetivando apreender as concepções de integralidade do cuidado e as estratégias de ensino, com foco na integralidade do cuidado, presentes entre os enfermeiros docentes, de Cursos de Graduação em Enfermagem, do Estado de Goiás.

Na análise do discurso dos sujeitos e dos conteúdos dos documentos, buscou-se uma aproximação com a perspectiva dialética do conhecimento, sem a pretensão, porém, de aplicar na íntegra o método dialético. Esta opção justifica-se, pelo entendimento de que o tema da integralidade no cuidado à saúde, bem como sua realização prática, são permeados por questões e fatores, que exigem uma compreensão dialética. Assim, ao buscar um amparo teórico para a análise, encontramos, em Cury (1979), a orientação que julgamos adequada para a análise pretendida. O autor situa-se no campo das ciências humanas, e aborda o fenômeno educativo dentro de uma abrangência maior, o que contribui para o melhor entendimento dos resultados encontrados, uma vez que o presente estudo privilegia o campo educativo.

Do conjunto de categorias dialéticas, foram tomadas as mais pertinentes, para o presente estudo. São elas: contradição, totalidade, mediação, reprodução e hegemonia.

A **categoria da contradição** (ou lei, dado seu alcance globalizante) é a base de uma metodologia dialética. Representa o momento conceitual explicativo mais amplo, uma vez que reflete o movimento mais originário do real. A racionalidade do real está no movimento contraditório dos fenômenos, pelo qual esses são provisórios e superáveis. “A contradição é sinal de que a teoria que a assume leva em conta que ela é o elemento-chave das sociedades” (CURY, 1979, p. 27).

A **categoria da totalidade** explica-se enquanto o homem não busca apenas uma compreensão particular do real, mas pretende uma visão que seja capaz de conectar dialeticamente um processo particular com os outros processos, resultando em uma síntese explicativa cada vez mais ampla (CURY, 1979).

A **categoria da mediação** justifica-se à medida que o real não é visto numa divisibilidade de processos em que cada elemento limite em si mesmo o dinamismo de sua existência, mas numa reciprocidade em que os contrários se relacionem de forma dialética e contraditória. A interação entre os processos possibilita ao homem situar-se como operador sobre a natureza e criador das idéias que representa a própria natureza. “Os produtos dessa operação (cultura) tornam-se elementos de mediação nas relações que o homem estabelece com os outros e com o mundo” (CURY, 1979, p. 28).

A **categoria da reprodução** justifica-se pelo fato de toda sociedade tender, em suas instituições, à sua autoconservação, reproduzindo as condições que possibilitam a sustentação de suas relações (CURY, 1979).

A **categoria da hegemonia** traz a possibilidade de análise como indicação de uma estratégia política. A superação do mecanicismo exige a análise das formas ideológicas através das quais a classe dominante procura o conformismo, ou seja, busca transformar sua concepção de mundo em senso comum, fazendo-a penetrar nas massas, e buscando assim assegurar o *status quo* (CURY, 1979, p. 28 -29).

4.6. Implicações Éticas

Esta pesquisa teve o projeto aprovado pelo Conselho Diretor da Faculdade de Enfermagem - UFG e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do HC/UFG. Na sua execução foram resguardadas as orientações da Resolução 196/96 da CONEP, para pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

As entrevistas aprovadas e gravadas foram utilizadas, somente para os propósitos desta pesquisa, permanecendo arquivadas, sob responsabilidade da

pesquisadora, por 05 anos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os sujeitos foram orientados quanto aos riscos e benefícios, que envolvem esta pesquisa, sendo convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Os riscos restringiram-se ao incômodo do sujeito, disponibilizar parte do seu tempo (cerca de 40 minutos), para responder as questões norteadoras da entrevista. Os benefícios poderão contribuir para o enriquecimento do debate dos atores do processo de formação de recursos humanos, na área da saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, das entrevistas e planos de ensino, dos onze enfermeiros docentes, identificamos três categorias, em conformidade com os objetivos da investigação. As categorias temáticas dos discursos e planos de ensino foram analisadas paralelamente, buscando a apreensão das concepções de integralidade do cuidado e as estratégias de ensino. O quadro a seguir apresenta uma síntese das categorias e subcategorias.

Quadro 1 – Concepções e estratégias de ensino com foco na integralidade do cuidado presentes entre docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de Goiás, 2006.

Categorias temáticas das concepções	Subcategorias das concepções
Integralidade do Cuidado: do singular ao global	Cuidado prestado ao ser humano, inserido na sua realidade social
	Cuidado prestado à pessoa como um todo
	Subjetividade da integralidade do cuidado: além do fazer técnico
Integralidade do Cuidado: os caminhos para o SUS	Integralidade como princípio do SUS
	Integralidade do cuidado e as redes sociais
Categoria temática das estratégias	Subcategorias das estratégias
Integralidade do Cuidado: estratégias para a ensinagem	Estratégias para a construção de novos aprender e fazer
	Estratégias para a construção de um novo ser profissional

5.1 Características dos sujeitos da pesquisa

No momento da entrevista, coletamos os dados de identificação de onze enfermeiros docentes. Todos os sujeitos da pesquisa são do sexo feminino e com idade entre 40 e 55 anos. A experiência profissional, na Enfermagem, varia de 15 a 32 anos. Algumas docentes ainda mantêm cargos nos serviços de enfermagem ou de consultoria, excedendo às 40 horas de dedicação exclusiva, nas Instituições de Ensino Superior.

A maioria atua ou já atuou em mais de uma das áreas “Ciências da Enfermagem”, contudo no momento da entrevista, concentramos-nos na área

sorteada. Foram: três em Fundamentos de Enfermagem, três em Assistência de Enfermagem, três em Administração em Enfermagem e duas em Ensino de Enfermagem. A IES C não possuía na “grade curricular” disciplinas da área de Ensino de Enfermagem. Atribuímos esta falta de conteúdos pertinentes à capacitação do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem, às disposições da Portaria nº 1.721/1994.

Todas possuíam cursos de pós-graduação, sendo que nove concluíram especialização, oito mestrado e duas doutorado. Apresentamos um quadro com as respectivas titulações.

Quadro 2 – Qualificação dos docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de Goiás, 2006.

ENFERMEIRAS DOCENTES	TITULAÇÕES
Sujeito 1	Residência em Medicina do Aparelho Locomotor; Mestrado em Educação;
Sujeito 2	Especialização em Metodologia da Assistência de Enfermagem; Residência em Medicina do Aparelho Locomotor; Mestrado em Medicina Tropical (Microbiologia); Doutorado em Biossegurança; Especialização em Ativação de Processos de Mudança do Ensino Superior na Área de Saúde.
Sujeito 3	Graduação em Pedagogia; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Mestrado e Doutorado em Administração no Processo de Educação Continuada.
Sujeito 4	Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva; Doutorando em Saúde Pública.
Sujeito 5	Especialização em Metodologia do Ensino Superior; Especialização em Enfermagem em Obstetrícia; Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem; Mestrado em Enfermagem.
Sujeito 6	Graduação em Farmácia e Análises Clínicas; Especialização em Obstetrícia.
Sujeito 7	Graduação em Fonoaudiologia; Especialização em Administração Hospitalar; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem; Especialização em Programa de Saúde da Família.
Sujeito 8	Metodologia do Ensino Superior; Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem; Mestranda em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente.
Sujeito 9	Especialização em Saúde Pública; Especialização em Docência Universitária; Mestrado em Educação.
Sujeito 10	Graduação em Fonoaudiologia; Planejamento e Programa de Saúde; Especialização em Audiologia; Mestrado em Enfermagem; Doutoranda em Ciências da Saúde.
Sujeito 11	Especialização em Saúde Pública; Especialização em Docência Universitária; Especialização em Administração Hospitalar; Mestrado em Administração.

Observamos que todas possuem competências pedagógicas e técnicas, para o exercício da docência, e, se instrumentalizaram de acordo com a área das “Ciências da Enfermagem”, assumida nas IES.

5.2 Concepções de Integralidade do Cuidado

Por meio da análise dos discursos dos enfermeiros docentes, identificamos duas categorias temáticas e cinco subcategorias, correspondendo às concepções dos participantes, sobre a integralidade do cuidado.

Os docentes expressam duas dimensões da integralidade do cuidado: Integralidade do Cuidado – do singular ao global e Integralidade do Cuidado – os caminhos para o SUS. O primeiro eixo temático inclui: o cuidado prestado ao ser humano, inserido na sua realidade; o cuidado prestado à pessoa como um todo e a subjetividade da integralidade do cuidado – além do fazer técnico. O segundo inclui: a integralidade como princípio do SUS, e a integralidade do cuidado e as redes sociais.

5.2.1 Integralidade do Cuidado: do singular ao global

Na primeira subcategoria os docentes referem que a integralidade do cuidado pode ser entendida como prestada ao ser humano, inserido na sua realidade. Esta dimensão valoriza o contexto social em que o usuário habita, e as necessidades básicas, para a qualidade de vida, como: moradia, alimentação, lazer, saúde e renda familiar.

“Quando fala em integralidade do cuidado, a gente pensa muito na integralidade da atenção ao indivíduo, atendê-lo pensando em todas as suas necessidades biopsicossociais. Mas, para mim, ela é um pouco mais ampla, porque não é só atender o indivíduo nas suas necessidades, mas compreendê-lo dentro do contexto familiar com os determinantes sociais” (discurso sujeito 2).

“E ainda tem outra coisa (...) que é pensar na integralidade do cuidado, pensando que saúde é qualidade de vida, a integralidade de todas as demandas para essa qualidade de vida, como a da moradia, da alimentação, do lazer, da saúde” (discurso sujeito 2).

“... ver a pessoa inserida na comunidade dele, do acesso dele no serviço, da participação dele, da motivação...” (discurso sujeito 6).

“... eu acredito que o cuidar é a confiança que eu vou ter do meu cliente, então eu vou cuidar e vou prestar assistência (...), não só visando o problema dele, mas todas as suas necessidades básicas, desde a alimentação, moradia, a renda familiar, a família em si. Então, eu estarei olhando para uma sociedade (...) a nossa visão se ampliou a partir do momento que o cuidado não é só a doença, mas sim todas as necessidades daquele cliente, daquele usuário nosso ali o tempo todo” (discurso sujeito 8).

Os fragmentos das falas, demonstram a preocupação em relacionar a assistência/cuidado de enfermagem com as condições de vida, no contexto social.

No final da década de 1960, mais precisamente em 1970, as investigações sociológicas, na área de saúde, na América Latina, começaram a investigar as relações sociais entre a área da saúde e a estrutura social, buscando respostas à crise, deste setor, nas sociedades capitalistas (ALMEIDA, M. C., 1985).

Na Enfermagem, a partir de 1979, verifica-se a utilização de concepções filosóficas mais abrangentes, que procuravam compreender os conflitos e as contradições no interior do seu trabalho, e na saúde articulada com outras práticas sociais (ALMEIDA, M. C., 1985; GUIMARÃES; MIRANDA, 2002).

Guimarães e Miranda (2002) apresentam como marco histórico, deste conhecimento, o trabalho de Oliveira (1979), que expôs a trajetória da prática de enfermagem, no campo hospitalar e de saúde pública, exortando mudanças nas práticas de saúde e na formação dos enfermeiros.

O posicionamento crítico e reflexivo da Enfermagem ocorreu em um contexto histórico, no qual se buscava o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, das práticas e saberes, das relações, articulações econômicas, sociais e políticas (GUIMARÃES; MIRANDA, 2002). Segundo Germano (2003) essas reflexões fizeram parte do ideário do Movimento de Reforma Sanitária, durante o movimento de redemocratização do Brasil, a partir da década de 1980.

Almeida, C. (2003) acrescenta, que se formalizou, nesse contexto social, um conceito ampliado de saúde e mecanismos de participação e controle social.

A nova concepção de saúde, foi descrita no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 2003b, p. 24).

Os movimentos contra-hegemônicos, na área de saúde, estimularam as mudanças, na prática e no ensino de enfermagem, promovendo discussões acerca da adequação do processo de formação às necessidades e demandas de saúde da sociedade. Diante disso, os profissionais de saúde são chamados a estabelecer novas relações, com o contexto social, reconhecendo a estrutura, as suas formas de organização, transformações e expressões, intervindo junto aos problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes, e identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes (BRASIL, 2001a).

Na segunda subcategoria, os sujeitos da pesquisa, compreendem a integralidade do cuidado, como a assistência prestada à pessoa como um todo. Um sujeito denomina este cuidado como holístico, outros como cuidado integral, total ou global.

“Eu acho que basicamente integralidade implica em aceitar o indivíduo como ele é, com suas crenças, com as suas limitações, com seus sofrimentos, com as suas expectativas, com seus anseios, com as suas carências etc., e durante o tempo em que eu estiver em contato com ele minimizar o sofrimento e otimizar os benefícios...” (discurso sujeito 1).

“... a gente não pode perder o foco da assistência de enfermagem. O foco da assistência ao ser humano de uma maneira ampla, integral, holística que está tão na moda aí. Como enfermeira a gente não pode ter a pretensão de ter assistência integral (...) porque existem problemas sociais que extrapolam a nossa alçada de trabalho” (discurso sujeito 1).

“... acho que a integralidade do cuidar, não é só você olhar a pessoa, olhar só as partes, olhar só a ferida. É um processo, você tem que

gerenciar tudo (...). A integralidade são ações para você cuidar e atender de uma maneira global a pessoa” (discurso sujeito 3).

“... e começa a pensar em holismo, (...) algo integral muito maior do que um corpo, dividido em partes, em orelha, em nariz, em cabeça, em membros, em perna, em dorso, e não sei o que, e aí você começa a pensar em holismo não (...) no corpo como um todo, mas o corpo no meio, o corpo relacionando com a família, o corpo relacionando com o ambiente. Aí eu acho que você começa a pensar em cuidado integral” (discurso sujeito 5).

“... comecei a pensar em cuidado integral (...) primeiro do corpo como um todo. Depois desse corpo no ambiente maior, e de não fragmentar esse corpo, só que esse discurso jamais foi materializado, aqui na prática. Quando eu cheguei à prática, trabalhando nos hospitais, era tudo fragmentado” (discurso sujeito 5).

“Eu entendo que é você olhar para a pessoa e analisar (...) como um todo. Mas é aquele todo assim, que você observa o cabelo, o olhar, as expressões, a forma de ouvir, enfim como você sente o outro. E como você pode perceber o outro no todo. Porque não adianta a gente pensar (...) que pode trabalhar com partes” (discurso sujeito 7).

“... seria integrar a teoria e prática, fazer a junção, a conexão da teoria com a prática para melhor integrar. Porque muitas vezes (...) você ensina na sala de aula uma coisa, o que é o ideal, só que quando você chega à prática você não consegue fazer essa junção, essa ponte. (...) dizer no papel é muito bonito, mas quando nós chegamos à nossa realidade a assistência é totalmente diferente” (discurso sujeito 9).

“Ver o indivíduo na integralidade, eu acredito que é ver na totalidade, como ser biopsicossocial indivisível, e que deve ser respeitado como tal. Eu não vejo outra forma de esclarecer o que eu entendo por integralidade” (discurso sujeito 11).

Observamos que as declarações baseiam-se nos modelos teóricos da Enfermagem para conceituar a integralidade do cuidado. Apesar de não citarem as teorias, exploram temas como: a finalidade do cuidar e ensinar da enfermagem, as dimensões do cuidar, o processo de cuidar e gerenciar, o cuidado global da pessoa, o holismo, as relações do corpo com o ambiente e a família, o cuidado integral e os aspectos biopsicossociais.

Todos os modelos teóricos, produzidos pela Enfermagem, colocam o ser humano como conceito principal, relacionando-o com outros fenômenos considerados como parte da matriz conceitual; apresentam a pessoa como ser bio-psico-sócio-espiritual, holístico, e mostram a importância do profissional enfermeiro, atribuindo-lhe um papel proveniente dessa inter-relação dos conceitos (SOUZA,

2001). Torna-se evidente, que os modelos teóricos da Enfermagem, contribuíram na formação dos conceitos e da linguagem dos sujeitos da pesquisa.

Assim a integralidade do cuidado é entendida como: a assistência prestada como um todo, envolvendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que sempre fizeram parte do discurso da Enfermagem, porém as práticas reproduziram a fragmentação e a manutenção do modelo cartesiano. Os fragmentos das falas dos sujeitos (1, 5 e 9) demonstram as contradições do cuidado e do ensino de Enfermagem.

A organização do sistema e dos serviços de saúde, também, reproduziram no decorrer da história, a lógica do capital que fragmenta, massifica e “coisifica” o ser humano. Contudo, observamos forças contra-hegemônicas na saúde, que buscaram novos modelos de organização, como: o movimento de Reforma Sanitária, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde (1978), as mobilizações popular e sindical, VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), Sistema Único de Saúde (legitimado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990), entre outros.

A terceira subcategoria aborda a subjetividade do ser que habita o mundo, com a superação do cuidado, apenas do corpo ou estritamente técnico. Valoriza as experiências e as necessidades dos sujeitos, no ato de cuidar.

“... eu acho que a integralidade, nesse momento da minha vida passa a ser muito mais o que o indivíduo traz para mim, do que eu possa ver o que envolve ele” (discurso sujeito 10).

“... eu tenho vivido a integralidade, eu procuro viver a integralidade, na minha vida cotidiana e na minha vida profissional (...). Eu acho que eu vivo a integralidade em função daquilo que acredito como ser humano, em função de estar estudando, já, há sete anos, a Fenomenologia. Então, para mim o encontro com a Fenomenologia deu muito certo, casou muito com as questões da integralidade principalmente. Porque eu vejo o indivíduo na sua totalidade, eu vejo o indivíduo como um ser que habita o mundo, e esse ser que habita o mundo ele não está ali por acaso, se ele não está ali por acaso, nem ele e nem o mundo. O mundo é o que o ser apresenta. Então se o mundo é o que o ser apresenta (...) e se o ser vive nesse mundo, eu

tenho que enxergá-lo enquanto ser humano na sua integralidade” (discurso sujeito 10).

“... eu sou contra os protocolos, sou contra todos os protocolos de assistência. Eu sei que é necessária rotina, e eu sei que são necessárias normas, mas eu acho que o protocolo (...) rotula e ele vai totalmente contra as questões da integralidade. Se eu tenho que ver o indivíduo como o todo, se eu tenho que ver o indivíduo no mundo que ele habita, como é que eu vou seguir um protocolo de assistência?” (discurso sujeito 10).

O cuidado individualizado e a atenção aos aspectos subjetivos estão explícitos. Observamos a tendência de se ouvir atentamente os indivíduos, valorizando as suas experiências vivenciadas.

A escuta implica em mudança de comportamento do profissional de saúde, à medida que precisa se despir da armadura do conhecimento técnico-científico, e se dispor a ouvir o outro. Traduzir estes conteúdos implica em um melhor atendimento individual e maior capacidade de acolhimento (XAVIER; GUIMARÃES, 2004).

Os fragmentos do discurso demonstram que o referencial teórico não se trata apenas de um entendimento intelectual, mas de um pensar que fundamenta "ver" o mundo e as pessoas que o habitam.

A Enfermagem, nas duas últimas décadas, tem expressado acentuadamente a preocupação com o cotidiano e com a existência humana, baseando-se, sobretudo, nas formulações de Heidegger e Merleau-Ponty. A enfermeira Magali Boemer praticamente inaugurou, em 1989, a utilização desse referencial teórico, por meio do trabalho “A Morte e o Morrer”. A partir desse momento, tornaram-se cada vez mais crescentes as investigações fundamentadas na significação, e na compreensão do cotidiano e da vivência dos pacientes, sendo que a maioria delas apóiam-se na Fenomenologia (FREITAS, R., 2002).

A preocupação essencial dos estudos é conhecer o ser humano, objeto fundamental do cuidar da enfermagem. Valorizam o conhecimento do ser como

forma de contemplar a particularidade de suas necessidades de saúde, não se limitando a um único modelo, que enquadre todas as pessoas (FREITAS, R., 2002).

A assistência de enfermagem, na visão fenomenológica, visa resgatar a percepção do homem como um ser. Compreende que para o resgate da totalidade do homem é preciso romper com a visão de homem fragmentado, compreendido como a soma das partes (BOEMER et al., 1987).

Os sentidos da integralidade do cuidado envolvem: o singular e o global, destacando o resgate da dimensão total do ser humano, com seus aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Estes valores devem fazer parte dos ideais da Enfermagem, contudo, defendemos que as contradições, as lutas de poder e as ideologias, presentes no contexto da profissão, sejam igualmente discutidas, em uma visão de totalidade.

5.2.2 Integralidade do Cuidado: os caminhos para o SUS

Na primeira subcategoria, “Integralidade como princípio do SUS”, os enfermeiros docentes afirmam que a integralidade é uma recomendação do SUS, e que o profissional deve entender o “caminho” do usuário, nos serviços de saúde, como um sistema de redes.

*“... integralidade na verdade é uma das recomendações do SUS”
(discurso sujeito 3).*

“... a integralidade nessa visão do SUS, como um princípio do SUS, você não pode mais, simplesmente prestar esse atendimento e acabou. Você tem a visão de que aquele atendimento não termina lá no primário, ou na alta-complexidade (...) que existe uma corrente, nessa visão do atendimento da pessoa” (discurso sujeito 4).

“... a atenção básica é integral. Porque ela não é nível de atenção primária, secundária e terciária (...) o sujeito que pelo sistema de rede, tem o direito de ser atendido no primário, no secundário, no terciário que (...), ou seja, do menos complexo para o mais complexo. Se ele entrar aqui hoje, na Unidade de Saúde da Família, que teoricamente é a porta de entrada, e se

ele precisa e vai resolver lá, ele vai ficar lá, se não ele vai para outro lugar, que vai para outro, ele vai chegar até em uma UTI se necessário for. Entendeu? Depois também ele vai chegar à reabilitação (...). Então esse conceito amplo de atenção básica, para mim é integralidade” (discurso sujeito 5).

“... eu fui descobrir a dois meses atrás que existe uma diferença muito grande entre cuidado integral e integralidade, porque eu fui na 1º EXPOGEST, que é a primeira feira de mostra, de vivência, de gestão inovadora para o SUS, em Brasília (...). Eles discutem integralidade (...) em uma concepção de redes de cuidado, onde integralidade supera em muito o meu conceito de cuidado integral, que eu achei que estava muito boa e que eu já tinha superado o conceito de corpo, e desse corpo no ambiente. (...). Então, ele já vê essa integralidade como essas pessoas que são nossos clientes, família, comunidade, (...) população. Em um conceito de integralidade do cuidado (...) de rede organizada, não fragmentada, onde esse cliente que você propõe cuidar entraria por uma porta, e entraria na atenção básica...” (discurso sujeito 5).

Pode-se perceber que a concepção de integralidade do cuidado apresentada pelas enfermeiras docentes aproxima-se daquela descrita por Cecílio (2001), como: uma definição ampliada de integralidade da atenção a partir das necessidades de saúde.

Cecílio (2001) apresenta duas dimensões de integralidade: uma focalizada³² e outra ampliada. A primeira faz parte do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular, dos serviços de saúde (Centro de Saúde, Equipe de Programa de Saúde da Família – PSF ou Hospital). A segunda é fruto de uma articulação de cada serviço de saúde (Centro de Saúde, Equipe de PSF, Ambulatório de Especialidades ou Hospital) a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outras instituições, não necessariamente do setor saúde.

Chamemos, pois, de ‘integralidade ampliada’ esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas ‘integralidades focalizadas’ que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas... (CECÍLIO, 2001, p. 119).

³² É entendida como integralidade focalizada, à medida que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde (CECÍLIO, 2001).

Com intuito de garantir a integralidade do atendimento das pessoas que procuram o serviço, Cecílio (1997, p. 477) apresenta a lógica horizontal dos vários serviços de saúde, colocando-os na superfície plana do círculo, justificando que todo e qualquer serviço de saúde é espaço para alta densidade tecnológica, e que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Para esta concepção, o que mais importa é a garantia de acesso ao serviço adequado, tendo como centro o usuário e “não a construção de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que pressupõe ser melhor para as pessoas”.

No campo da Enfermagem vislumbra-se a articulação em rede de serviço, utilizando-se o genograma e o ecomapa. Estas ferramentas retiram o foco do sistema de saúde para centrar no usuário, possibilitando a identificação de forças e problemas que extrapolam o sistema de família (WRIGHT; LEAHEY, 2002). Assim, o genograma e o ecomapa podem ser utilizados em todos os ambientes de cuidados de saúde, para aumentarem a percepção da enfermeira sobre toda a família, bem como a sua interação com os sistemas mais amplos, a fim de resolver os problemas das pessoas, das famílias ou das comunidades.

Nakatani et al. (2005), propõem uma sistematização do atendimento à saúde do idoso, na comunidade, utilizando a Avaliação de Família, proposta por Wright e Leahey (2002). Os autores propõem que seja utilizada com os demais profissionais, que atuam na área de saúde, da atenção básica à alta complexidade, na tentativa de se construir, a partir de discussões interdisciplinares, novas formas de abordagem integral, assim como redes de cuidados que proporcionem atendimentos resolutivos, nas duas dimensões de integralidades referidas por Cecílio (2001).

A construção das redes de cuidado depende das relações entre as equipes multiprofissionais, negociando as suas verdades, saberes, sentidos, experiências e

expectativas relativas aos serviços e às unidades de saúde (XAVIER; GUIMARÃES, 2004).

Na segunda subcategoria, “Integralidade do cuidado e as redes sociais”, os enfermeiros docentes vislumbram a idéia do cuidado promovido em redes sociais.

“... quando eu falava integralidade, que eu enxergava integralidade só dentro do interior do Sistema Único de Saúde, e hoje pra mim já é muito mais do que isso, que com a minha formação em promoção de saúde (...) a gente vai ao controle social e na participação comunitária. Então a gente sabe que a promoção da saúde não acontece só do PSF até a alta complexidade (...) tem redes sociais também que contribuem” (discurso sujeito 4).

“... quando a gente fala que a pessoa adquire a capacidade de promover a sua própria saúde e sua qualidade de vida, então não é só o SUS que fornece essas condições, então a relação que ele tem com a sociedade fora da política pública de saúde normal” (discurso sujeito 4).

O sujeito interpreta a integralidade do cuidado, como: uma construção coletiva que ganha expressão quando os sujeitos, como uma rede social, buscam participar das decisões nas políticas públicas de saúde, por meio da participação comunitária, destacando a potencialidade das redes sociais na promoção da saúde.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, determinada: pela alimentação, trabalho, nível de renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilâncias sanitária e farmacológica, moradia, esporte, lazer, entre outros determinantes.

Esse alargamento do conceito de saúde e dos compromissos do setor sanitário expresso pela perspectiva de promoção da saúde e na consolidação do SUS exige outros modos de construir os conhecimentos e fazeres do setor e de seus trabalhadores (CASTRO; MALO, 2006, p. 14).

A mudança prática de saúde, na perspectiva de integralidade, prevê ações curativas, preventivas e de promoção de saúde de forma integrada. Observa-se, na prática, que a assistência à saúde ocorre em níveis curativo e preventivo. O conceito de promoção de saúde vem sendo elaborado por “diferentes atores técnicos e

sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 20 anos” (BUSS, 2003, p. 20).

A I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, ocorreu em novembro de 1986, quando foi aprovada a Carta de Ottawa. Segundo este documento, a promoção de saúde corresponde ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. A saúde é vista como recurso para a vida, e não como objetivo de viver. As condições e os recursos fundamentais para a saúde, segundo o documento são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça e equidade. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva da saúde, envolve outros setores como: economia, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (OMS, 1986).

A Política de Promoção de Saúde, após longo período de construção, foi aprovada pela Portaria GM/MS nº 687, de 30/03/2006, sendo incluída no mesmo ano, dentro das diretrizes e prioridades do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, visando à amplificação da efetividade, eficiência e qualidade das respostas do SUS às necessidades de saúde da população (CASTRO; MALO, 2006).

A promoção da saúde trabalha por meio de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, objetivando a melhoria das condições de saúde.

Os sentidos da integralidade do cuidado, para os enfermeiros docentes, apresentam-se como: redes organizadas de serviços de saúde e redes sociais, que participam e contribuem na consolidação do princípio de integralidade, no SUS.

Entende-se redes como: um conjunto de pessoas para ações de boa escuta e articulação de ações. Guará (apud BOURGUIGNO, 2001), classifica as redes como: social espontânea, sustentada em princípio como cooperação, afetividade e solidariedade; sócio-comunitárias; sociais movimentalistas; setoriais públicas; serviços privados; regionais e redes intersetoriais.

O princípio da integralidade demonstra que a atenção à saúde deve considerar as necessidades específicas das pessoas ou grupos de pessoas. Como garantir essa participação?

Tradicionalmente as políticas públicas básicas como: saúde, educação, habitação, cultura, dentre outras, são setores desarticulados, respondendo a uma gestão centralizadora, hierárquica, ocasionando práticas que não geram promoção humana (BOURGUIGNON, 2001).

A participação da comunidade, no setor de saúde, foi assegurada pela Constituição de 1988, por meio dos Conselhos de Saúde. Os Conselhos foram criados pela Lei 8.142, de 28/12/1990, e têm a seguinte composição: 50% são usuários, 25% trabalhadores em saúde e 25% prestadores de serviços (público e privado) (BRASIL, 2002h).

A participação, destes sujeitos sociais, nas tomadas de decisões, implica na construção de uma nova lógica de fazer saúde, mais justa e equânime, onde várias vozes (polifonia) e sentidos (polissemia) passam a fazer parte do diálogo.

A integralidade deve ser construída, pelos profissionais de saúde, dando subsídios à população, para aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer as pessoas, para influírem nos determinantes de saúde. Isso requer mudança de consciência. Jorge (1979) no livro “A Ideologia de Paulo Freire” apresenta os níveis de consciência, assim: semi-intransitiva (pessoas marginalizadas, alienadas);

transitiva ingênua (capaz de ampliar a captação dos fatos e assumir compromissos) e consciência crítica (capaz de transformar a realidade pela sua inserção e integração).

O desafio para promoção da saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, é de ampliar cada vez mais os níveis de consciência da população, em relação aos determinantes de saúde. A transformação da realidade social, por meio da participação em instâncias de decisão, apenas será possível por meio de redes de informações que proporcionem autonomia e libertação aos homens, para que sejam atores da construção de integralidade do cuidado na saúde, de modos críticos, criativos e coletivos. Mas, devemos atentar que os interesses da produção capitalista e os “caminhos” para a consolidação do SUS são antagônicos, portanto mudanças qualitativas não podem acontecer em “saltos”, pois fazem parte de uma totalidade.

Consideramos que a construção da integralidade do cuidado nas perspectivas: do cuidado prestado ao ser humano, inserido na sua realidade social; do cuidado prestado à pessoa como um todo; da valorização da subjetividade e do fazer além da técnica; da articulação de redes de cuidados, nos serviços de saúde, e de redes sociais, na perspectiva da promoção da saúde; representam um movimento contra-hegemônico, à medida que não reproduz, mas, contradiz a lógica do capital (coisificando o homem) e do modelo cartesiano (fragmentando o cuidado, e supervalorizando a tecnologia pesada, em detrimento da leve).

A integralidade do cuidado é um compromisso histórico que a enfermagem tem assumido por meio da humanização da assistência, respaldando-se em referenciais teóricos, que integram o corpo de conhecimento da profissão. Entretanto, são vários obstáculos para que haja real transformação nas vidas das

peessoas. Ei-los: a fragmentação da própria profissão, a falta de interdisciplinaridade, de intersetorialidade, de criatividade, de vontade e outros. Estamos perseguindo o que, muitas vezes, nos parece utopia.

5.3 Integralidade do Cuidado: estratégias para a ensinagem³³

Desta categoria temática emergiram duas subcategorias: a construção de novos aprender e fazer e a construção de um novo ser profissional.

Uma formação integral, de acordo com o relatório para a UNESCO, deve potencializar as capacidades de aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver junto. Estas orientações são desafios, para a educação do século XXI. Portanto, a educação deve utilizar duas vias complementares. Na primeira: está à descoberta do outro; na segunda, e ao longo de toda a existência: a participação em projetos comuns, que pode ser um método eficaz, para evitar ou resolver conflitos latentes. A educação também deve contribuir para o desenvolvimento integral da pessoa – espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal e espiritualidade. Todo ser humano deve ser preparado, para elaborar pensamentos autônomos e críticos, e formular os seus próprios juízos de valores, decidindo por si mesmo, e agindo nas diferentes circunstâncias da vida (DELORS et al., 2003).

Como nos orienta as DCN's da Graduação em Enfermagem, a estrutura do curso deve assegurar a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber;

³³ "A expressão ensinagem foi inicialmente explicitada no texto de ANASTASIOU, L. G. C., resultante da pesquisa de doutorado: *Metodologia do ensino superior: da prática docente a uma possível teoria pedagógica*. Curitiba: IBPEX, 1998, 193-201. Termo adotado para significar uma situação de ensino da qual necessariamente decorra a aprendizagem, sendo a parceria entre professor e alunos a condição fundamental para o enfrentamento do conhecimento, necessário à formação do aluno durante o cursar da graduação" (ANASTASIOU; ALVES, 2005, p. 15).

o saber fazer e o saber conviver, buscando desenvolver os atributos indispensáveis à formação do enfermeiro (BRASIL, 2001b).

Os enfermeiros docentes utilizam várias estratégias para que os estudantes apreendam, no processo de ensino-aprendizagem, os sentidos da integralidade do cuidado. Valorizam as estratégias que desenvolvem as competências para o aprender a aprender e fazer e o aprender a ser e viver junto. Os sujeitos destacam: a problematização, a inserção nos cenários de prática e redes de cuidados, o planejamento e o processo de enfermagem, a educação continuada, a promoção da saúde, as técnicas de enfermagem, o trabalho em equipe e multidisciplinar, as inteligências intra e interpessoal, a ética e bioética e a humanização da assistência. Apresentamos as estratégias para a ensinagem, utilizadas pelos docentes dos Cursos de Graduação em Enfermagem, no quadro a seguir:

Quadro 3 – Estratégias para a ensinagem presentes nos discursos e planos de ensino dos docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de Goiás, 2006.

Estratégias para a construção de novos aprender e fazer	Estratégias para a construção de um novo ser profissional
Estratégia 1: Problematização	Estratégia 1: Trabalho em equipe e multidisciplinar
Estratégia 2: Inserção nos cenários de prática e redes de cuidados	Estratégia 2: Inteligências intra e interpessoal
Estratégia 3: Planejamento e processo de enfermagem	Estratégia 3: Ética e Bioética
Estratégia 4: Educação continuada	Estratégia 4: Humanização da Assistência
Estratégia 5: Promoção da saúde	
Estratégia 6: Técnicas de Enfermagem	

5.3.1 A construção de novos aprender e fazer

Estratégia 1: Problematização

“Distribuí vários temas e lancei desafios de conteúdos, que eles nunca viram. Os grupos são responsáveis para trabalhar, planejar, elaborar e apresentar com uma fundamentação teórica, esses assuntos. Então, eles convidaram palestrantes de fora, fizeram textos, planejaram apresentação

em data show, tudo por conta (...). Eles diziam: professora estamos com dificuldades nisso, e eu digo procura tal fonte e busca em tal site, então fico na retaguarda, alimentando as fontes de pesquisa, pois sei que nem todos saberão de todas as fontes que eu percorri. Então a diferença entre o aluno e o educador, é que o educador já percorreu um caminho a mais, já sabe um caminhozinho, quer dizer, acha que sabe. Às vezes, um aluno acha um caminho muito mais curto e muito mais rico. Quando o aluno supera o professor, eu bato palmas, pois é isso que tem que acontecer” (discurso sujeito 1).

“... trabalhar com a problematização, quer dizer que ele sabe que é o agente do aprendizado dele, e que nós somos facilitadores (...) e a gente sempre vai avaliando (...) e como é uma disciplina em construção tem que ter aquele envolvimento de todo mundo” (discurso sujeito 4).

“... a gente fala, por exemplo, o paciente que tem o diagnóstico de risco para aspiração e deglutição prejudicadas. Aí começa problematizar lá, como é que nós vamos fazer o planejamento. O que ele pode ter? Para eu fazer o planejamento qual sonda que eu vou escolher? Quem é quem vai pagar essa sonda? A família tem condições? Esse paciente, esse cliente tem cuidador? Onde é que ele mora? Tem uma Unidade de Saúde da Família perto? Por quê? Tem um agente de saúde que pode ser treinado para ir à casa dele? Ele não pode vir, ele não tem transporte. O que o sistema oferece? Entendeu? Então a gente tem tentado através da problematização jogá-los para uma realidade e falar assim: - O que a política pública do nosso país pode fazer nesse sentido? Você vai ter uma ação concreta, ou uma ação de encaminhamento? Como é que você vai avaliar se isso deu certo? ” (discurso sujeito 5).

“... eu tenho mostrado que a educação está sempre voltada para a realidade do meu paciente, do meu cliente. (...) eu tenho utilizado muito Paulo Freire, a problematização, (...) e tenho trabalhado o aspecto de mostrar a necessidade. Em cima da necessidade, eu tenho como praticar. Então faço isso mostrando filmes, conversando onde eles levantam a necessidade (...). Então nós temos muita prática (...) em algumas unidades, onde nós temos pacientes que estão recebendo educação em saúde, e que nós temos que conquistar a confiança deles, para mudar o hábito, para acontecer o aprendizado. Então nós fazemos caminhadas junto com nossos pacientes, a gente visita a casa deles. É isso que a gente tem feito. Eu tenho trazido a necessidade, o que está acontecendo, para que os alunos possam apreender e como eles vão conseguir educar” (discurso sujeito 8).

A problematização foi considerada uma estratégia valiosa para a ensinagem, em que o docente passa a ser o mediador do processo, e não mais o “repassador” de informações. Os sujeitos referem que problematizar aproxima o estudante da realidade que o cerca, e promove transformações concretas no seu aprender e no aprender do usuário. Contudo, na maioria das vezes, os educadores interrompem o movimento de ensino e aprendizagem, nas etapas de observação da realidade e teorização, buscando essencialmente desencadear o processo do conhecimento.

Estas características aproximam-se da metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou Problem-based Learning (PBL), e, não da problematização, que busca a ação-transformação da realidade.

Todos os processos educativos, assim como as suas metodologias e meios, baseiam-se em uma determinada pedagogia, isto é, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa, e a partir daí, modifiquem seus comportamentos. A Pedagogia fundamenta-se em uma determinada epistemologia ou teoria do conhecimento. Entretanto, estas opções pedagógicas reproduzem as ideologias do contexto e, muitas vezes, o interesse central não está precisamente dirigido aos fundamentos epistemológicos, mas sim, aos efeitos de sua aplicação (BORDENAVE, 1983).

Utilizamos o referencial de Bordenave (1983) para apresentar as três opções pedagógicas: transmissão, condicionamento e problematização.

A pedagogia de transmissão parte do pressuposto que as idéias e os conhecimentos são os pontos mais importantes da educação, e que o estudante recebe do professor e dos livros as informações necessárias, para alcançar os seus objetivos. Freire (2003), chamou esta pedagogia de educação “bancária”, pois baseia-se na transmissão do conhecimento e experiências do professor ao estudante.

As suas possíveis conseqüências seriam: de nível individual (elevada absorção de informação; memorização; passividade do estudante e falta de atitude crítica; aceitação acrítica das fontes de informação; distância entre teoria e prática; tendência ao racionalismo radical; preferência pela especulação teórica; falta de problematização da realidade), e de nível social (utilização inadequada de informações científicas e tecnológicas de países desenvolvidos; adoção

indiscriminada de modelos de pensamento construídos em outras regiões; conformismo; individualismo; desconhecimento da própria realidade com conseqüente imitação de padrões intelectuais, artísticos e institucionais estrangeiros; submissão à dominação e ao colonialismo; manutenção da divisão de classes sociais).

A pedagogia do condicionamento enfatiza os resultados comportamentais, ou seja, as manifestações empíricas e operacionais da troca de conhecimentos. Esta escola pedagógica concentra-se no modelo de estímulos e recompensas capazes de condicionar o estudante a emitir respostas desejadas pelo professor.

As conseqüências da pedagogia do condicionamento ou modelagem da conduta podem ser: de nível individual (estudante ativo, fornecendo as respostas que o sistema permitir; alta eficiência da aprendizagem de informações; estudante não questiona ou participa da seleção dos objetivos e métodos; não problematiza e nem analisa criticamente a realidade; não critica os conteúdos do programa; o tipo e a oportunidade dos esforços são apontados pelo programador do sistema; tendência ao individualismo e à competitividade; tendência a renunciar à originalidade e à criatividade individual), e de nível social (maior ênfase na produtividade, eficiência em detrimento da criatividade e originalidade; tendência à dependência de uma fonte externa para o estabelecimento de objetivos, métodos e reforços; deficiências de consciência crítica e de cooperação; eliminação do conflito na aprendizagem; susceptibilidade dos programas ao “controle” da ideologia e tecnologia; ausência de dialética “professor-conteúdo”; tendência à dependência de fontes estrangeiras de programas, equipamentos e métodos; conformismo).

A pedagogia da problematização parte da idéia que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não é o conhecimento, mas sim, o aumento da

capacidade do estudante, para a detecção e resolução dos problemas reais, tornando-se participante e agente da transformação social. Esta pedagogia não separa a transformação individual da social.

Uma das metodologias problematizadoras utiliza o Método do Arco, proposto por Charles Maguerez, aplicado e explicado, pela primeira vez em um livro no Brasil, por Bordenave e Pereira, em 1977, na 1ª edição de “Estratégias de Ensino-Aprendizagem” (BERBEL, 1998).

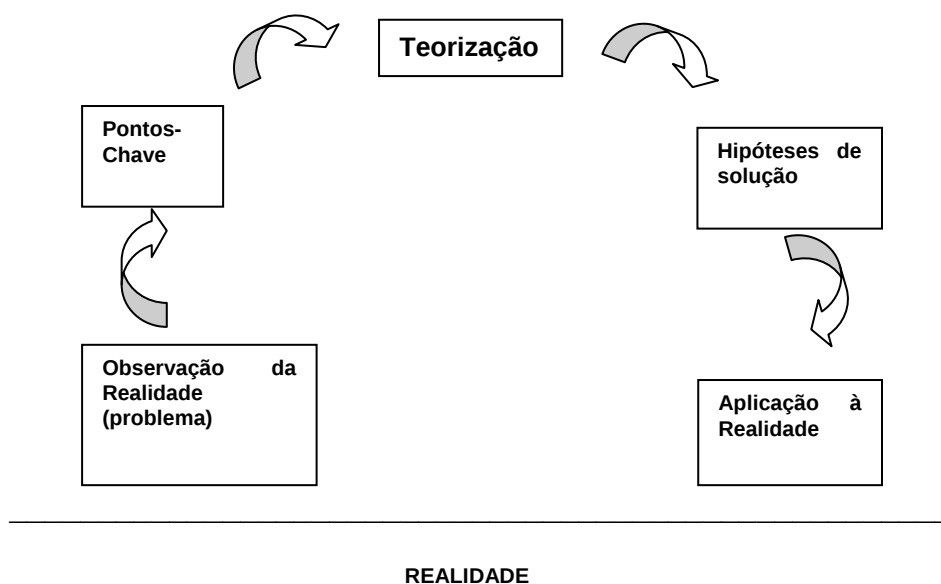


Fig. 1. Método do Arco de Charles Maguerez, retirado de Bordenave e Pereira (1983, p. 10).

O diagrama demonstra que o processo de ensino-aprendizagem, selecionado com um determinado aspecto da realidade, deve levar os estudantes a observá-la, e assim expressarem suas percepções pessoais, efetuando uma primeira “leitura sincrética” ou ingênua da realidade.

Na segunda fase, os estudantes separam os pontos chaves do problema, que são as variáveis mais determinantes da situação.

Na terceira fase, passam à teorização do problema, perguntando-se o porquê das coisas observadas. Compreende operações analíticas da inteligência,

permitindo o crescimento mental do estudante. A contribuição do professor é fundamental, devido à dificuldade do processo.

Confrontando a Realidade com sua Teorização, o estudante é conduzido à quarta etapa: a formulação de Hipóteses de Solução, que conduz o aprendiz a levar a termo provas de viabilidade e factibilidade, confrontando suas hipóteses de solução com os condicionamentos e limitações da realidade.

A última fase leva o estudante a praticar e fixar as soluções, mais viáveis e aplicáveis, que o grupo encontrou. Aprende a generalizar o aprendido, para a utilização em situações diferenciadas, e a discriminar em que ocasião não é possível ou conveniente a aplicação, sabendo qual escolher.

Na concepção problematizadora, a ação do educador identifica-se desde logo com a ação dos educandos, orientando no sentido da humanização de ambos, e não no sentido de doação do saber. Sua concepção está infundida na profunda crença no homem e no seu poder criador (FREIRE, 2003). O diálogo representa o marco fundamental da proposta educacional de Freire, pois acredita que o mesmo faz diferença entre a educação e a domesticação, porque o diálogo é uma relação eu-tu, composta por dois sujeitos (FREIRE, 2002)

A pedagogia da problematização possibilita aos campos: individual (estudante constantemente ativo, observando, formulando perguntas, e expressando opiniões; estudante motivado pela percepção de problemas reais em que a solução converte-se em reforço; aprendizagem conectada a aspectos significativos da realidade; desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão; comunicação e cooperação com os demais membros do grupo; superação de conflitos como parte natural da aprendizagem grupal; status do professor não diferente do status do estudante), e social (população conhecedora de

sua própria realidade e reação à valorização excessiva do forâneo; métodos e instituições adequados à própria realidade; cooperação na busca de soluções dos problemas; redução da necessidade de um líder; elevação do nível de desenvolvimento intelectual da população; criação ou adaptação de tecnologia viável e compatível à cultura local e resistência à dominação, por classes e países).

A problematização pode ser utilizada como norteadora de todo o currículo ou em apenas uma disciplina ou curso. No Brasil, tem sido adotada em alguns currículos de Cursos de Enfermagem como: Universidade Estadual de Londrina, Paraná, e Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo, além de ser princípio orientador de inúmeras propostas pedagógicas (IOCHIDA, 2004).

A pedagogia ativa problematizadora permite um ensino efetivo, possibilitando ao aluno promover o diálogo do conhecimento científico e práticas sociais, favorecendo a contextualização do tema abordado.

A problematização encontra nas contribuições de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade, retirando os elementos que atribuirão significado e direção às aprendizagens. No processo de ação-reflexão-ação elaboram-se os conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os atores do processo de ensino e aprendizagem (IOCHIDA, 2004).

O profissional aprende a aprender de forma autônoma, e observar a realidade com motivação para transformá-la, por meio de uma visão crítica, integradora e dialética. Esse tipo de ensino possibilita alto grau de motivação endógena, e capacita os alunos a trabalharem em grupo, a teorizarem com base em suas próprias observações e raciocínios, a exercitarem a criatividade, a originalidade,

dentre outras qualidades importantes requeridas ao profissional, da área de saúde (BORDENAVE, 2003).

A concepção pedagógica crítico-reflexiva, especialmente a problematização, constitui adequado instrumento, pois articula ações internas e externas ao serviço e desafia diferentes atores sociais para uma postura de mudança e problematização das práticas, com ênfase na autonomia. Esta forma de trabalho abre espaço para a interdisciplinaridade, possibilitando o trato mais integral de temas, conteúdos e ações (SILVA; TAVARES, 2004).

Estas tendências pedagógicas influenciaram as reformas curriculares e as práticas educativas, na Enfermagem.

As primeiras formas de organização da Enfermagem imbuídas de princípios religiosos e militares reproduziram as características do estilo tradicional, representado por um ensino autoritário, pouco questionador, centrado nos conteúdos do docente que assumia a autoridade e o poder, sendo exigido do estudante o domínio dos conteúdos ensinados (SILVA; RUFFINO; DIAS, 2002).

No final do século passado, o modelo de ensino tradicional começou a gerar insatisfações e críticas, resultando na adesão de educadores aos movimentos escolanovistas europeu e norte-americano, os quais rompiam com a sociedade basicamente agrária, pressionando a educação para o trabalho, originando a teoria de educação denominada Pedagogia Nova, Escolanovismo ou Escola Nova (SAVIANI, 1991).

A Pedagogia Nova valorizava e destacava a vocação do Curso de Enfermagem, a qual era considerada a base dos princípios de idealização, considerando a profissão nobre e altruísta. Sua raiz está nos primórdios da

Enfermagem e no período de sua institucionalização (SILVA; RUFFINO; DIAS, 2002).

Assim, por um lado, surgiram tentativas de desenvolver uma escola nova popular, representada por Freinet, na Europa, e Paulo Freire, no Brasil, e por outro lado, fortalecia-se a pedagogia tecnicista que, na Enfermagem do Brasil, primava pela competência dos seus alunos, baseada em conteúdos específicos (SILVA; RUFFINO; DIAS, 2002).

No Brasil, o tecnicismo marca o fim da Escola Nova, tendo como marco as Leis nº 5.540/1968 e nº 5.692/1971, que regeram o sistema escolar, desde o final dos anos 60 até meados de 90, atingindo seu ponto culminante em torno de 1975 (SILVA; RUFFINO; DIAS, 2002).

O marco da pedagogia tecnicista, no currículo de Enfermagem, deu-se com o Parecer nº 163/1972 e a Resolução nº 4/1972, os quais ressaltavam a necessidade do enfermeiro dominar, cada vez mais, as técnicas avançadas em saúde, tendo em vista a evolução científica, consolidando, assim, o modelo biomédico (SILVA; RUFFINO; DIAS, 2002).

No momento atual brasileiro, a tendência pedagógica objetiva negar as pedagogias clássicas tradicionais, e superá-las, conservando seus aspectos técnicos. Diante disso, deve ser destacada uma das versões, que parte da análise da educação, com base na realidade do educando, propiciando uma nova proposta filosófica de educação, de mundo e de homem (SILVA; RUFFINO; DIAS, 2002).

Na vigência das pedagogias de teorias críticas, a Enfermagem elaborou sua quarta proposta, de currículo mínimo, por meio do Parecer nº 314/1994, na qual se destaca a estreita relação do processo de formação com o processo de trabalho em

saúde, cuja prática deve responder às necessidades da população (SILVA; RUFFINO; DIAS, 2002).

Afinando-se, ainda mais, com uma proposta de educação voltada para a realidade, encontramos a Resolução nº 3/2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Orienta que os conteúdos essenciais devem estar relacionados com todo o processo de saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados às realidades epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem. Também afirma que a estrutura do curso deve assegurar uma metodologia, no processo de ensinar e aprender, que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender (BRASIL, 2001b).

Estratégia 2: Inserção nos cenários de prática e redes de cuidado

“... a gente tem tentado trabalhar com eles a noção da multicausalidade da saúde e da doença, para eles terem essa visão. E, ultimamente eu tenho percebido que não dá para trabalhar integralidade sem ir lá ao cenário de prática, porque a hora em que levamos o aluno no cenário de prática aí é evidente a multicausalidade, que interfere no processo saúde e doença, e o aluno percebe a integralidade desse cuidado, tanto do trabalho interdisciplinar, como ver que os problemas do indivíduo estão relacionados com os problemas sociais, com os problemas familiares, com a questão econômica, financeira, com o contexto que ele vive” (discurso sujeito 2).

“Eu procuro que o aluno execute, e também observe a pessoa, ele vai à comunidade, como ele vai à Associação dos Ostomizados ver como os pacientes estão lá. Para mim isso é integralidade do cuidar, vai lá ver como a família está cuidando dele. Eu faço essa ponte do cuidar pra isso, fazer com que o aluno enxergue a pessoa no seu ambiente, em suas ações, tanto física, olhá-lo socialmente, emocionalmente” (discurso sujeito 3).

“... a minha programação para desenvolver nos estágios a integralidade é fazer com que os alunos tenham uma parte do estágio na clínica, e a outra parte (...) nos ambulatórios, na triagem. E ele tem que conhecer a pessoa que está chegando, que na Unidade Básica de Saúde ou PSF não foi atendido adequadamente, e procurou a assistência hospitalar, o terciário. Quem é esse paciente, como ele chegou e de onde veio? Faz-se a consulta de enfermagem dele. Aí vemos de onde ele veio (...). Por onde ele vai tramitar? (...) Isso para mim é integralidade do cuidar. E depois nos ambulatórios, ele que veio de lá, está no ambulatório, e depois vai fazer uma cirurgia. Para onde ele vai? Eu ainda não estou fazendo, mas

no próximo ano eles vão assumir o paciente, e irão lá à comunidade ver onde é que ele está, e como ele está...” (discurso sujeito 3).

“... eu venho trabalhando muito com os alunos, qual a trajetória que o cliente fez pra chegar aqui, geralmente o que a gente observa é que um dos grandes limites do profissional de saúde, é não perceber, ele faz um corte, o paciente chegou ao pronto socorro, ou na UTI, ou na clínica médica, ela só vê aquela pessoa a partir do momento que ela entrou ali. Então, você não faz a trajetória que a pessoa chegou, pra ser atendido, então eu forço isso com os alunos pra que eles percebam, primeiro a importância de você conhecer o sistema, que a gente está inserido, as deficiências que ainda tem, mas para perceber a ‘via crucis’ mesmo, que o cliente faz pra chegar, e que teoricamente, ele teria que fazer de volta, até chegar no domicílio” (discurso sujeito 4).

Os enfermeiros docentes valorizam as experiências dos discentes, com relação ao contexto social dos usuários. Este aspecto garante a efetivação da primeira etapa do “método do arco”, em que o estudante observa, e participa ativamente da realidade que o cerca.

Os sujeitos da pesquisa demonstram que o ato de conhecer a realidade social do usuário, deve acontecer também no Hospital-Escola. Logo, o estudante é estimulado a conhecer os “caminhos” dos usuários, nos serviços de saúde do SUS, possibilitando a apreensão crítica das “dificuldades” e “facilidades” do sistema de saúde, no Brasil.

Conhecer a realidade dos usuários do SUS (*in loco*) na família, na comunidade e em suas redes sociais, favorece a apreensão dos sentidos da integralidade. Entretanto, as experiências de ensino-aprendizagem, no campo da prática, não devem apenas se resumir na observação da realidade (problema) e na teorização, mas buscar hipóteses de solução e aplicação à realidade (prática), desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, individual e coletiva.

“Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários” (BRASIL, 2005, p. 27). A interação do estudante com a população e

profissionais de saúde deve ser ativa, desde o início do processo de formação. Isto proporcionará ao estudante trabalhar os problemas reais, assumindo, assim, responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL, 2005).

Estratégia 3: Planejamento e Processo de Enfermagem

“... como a gente está no Projeto Pró-Saúde, e para viabilizar que esse projeto, essa reorientação na formação aconteça, nós sentimos a necessidade de fazermos planejamento com as equipes de PSF na qual a gente está atuando (...). Então nós marcamos e esse planejamento foi feito, com toda a equipe, enfermeiro, médico, agentes comunitários, os professores, das quatro áreas que irão atuar lá que são: Estágio II, Saúde Coletiva, Promoção da Saúde e Bases do Cuidar II, e mais os alunos do quinto ano, que isso entrou como atividade deles para aprender a planejar. Então nós fizemos um planejamento que o objetivo principal era a gente visualizar onde é que nós iríamos inserir tantos alunos nas equipes (...) o planejamento, já pensando na integralidade, ele foi feito buscando junto à equipe quais os problemas que eles tinham na área” (discurso sujeito 2).

“OBJETIVO GERAL: Planejar, implementar e avaliar ações de saúde junto a adultos, idosos e famílias, utilizando o processo de enfermagem completo (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação), tendo como referência teorias de enfermagem, taxonomias de classificação da prática de enfermagem...” (plano de ensino sujeito 2).

“OBJETIVO ESPECÍFICO: Planejar a assistência de Enfermagem considerando a saúde no contexto sócio-econômico do país” (plano de ensino sujeito 3).

“... eu trabalho todos esses serviços que a gente considera serviços de trabalho em equipe, de ajuda disciplinar, e junto com essas equipes a gente faz o planejamento das atividades diárias. Todos os dias os educandos fazem o planejamento das atividades diárias para mim” (discurso sujeito 7).

“Eu tento mostrar isso com exemplo, eu tento mostrar isso com a realidade. Quando se fala de um planejamento que é outra parte dessa disciplina, procuro deixar claro que se faz qualquer planejamento visando seja de curto alcance, ou de médio, ou de longo, a nossa realidade, o nosso alvo, que é o paciente” (discurso sujeito 11).

O planejamento é definido, pelos enfermeiros docentes, como uma estratégia, objetivando a meta e o resultado desejado. Citaram dois tipos de planejamentos: de cuidado em saúde e da assistência de enfermagem. Os sujeitos 2 e 7 destacaram a

colaboração da equipe multidisciplinar, no processo do planejamento. O sujeito 3 ressaltou a necessidade de análise da conjuntura, para o reconhecimento da totalidade sócio-econômica. E o sujeito 11 enfatizou que o planejamento deve ser usuário-centrado.

Dos fragmentos das falas e do plano de ensino, identificamos perspectivas de planejamentos carregadas de intencionalidades. Batista (2004), afirma que planejar não deve ser considerada uma estratégia neutra, mas intencional; necessitando de projeção de objetivos e estabelecimento de meios, sendo um exercício de reflexão ideologicamente comprometido.

O planejamento “consiste em uma ferramenta de gestão fundamentalmente ético-político e comunicativa, não se restringindo à dimensão técnica” (CIAMPONE; PEDUZZI, 2001, p. 23).

Destacam-se, nos fragmentos das falas e planos de ensino, dois tipos de planejamento: normativo e estratégico-situacional (PES).

Quadro 4 – Características que diferenciam o Planejamento Normativo do Planejamento Estratégico Situacional.

Planejamento Normativo	Planejamento Estratégico-Situacional
1. Determinista (predições certas)	1. Indeterminista (previsões incertas)
2. Objetivista (diagnóstico)	2. Subjetivista (apreciação situacional)
3. Predições por setores	3. Várias apostas em cenários
4. Planos por setores	4. Plano de problemas
5. Certeza	5. Incertezas e surpresas
6. Cálculo técnico	6. Cálculo técnico-político
7. Os sujeitos são agentes	7. Os sujeitos são atores
8. Sistema fechado (metas únicas)	8. Sistema aberto (várias possibilidades)
9. Teoria do controle de um sistema	9. Teoria de participação em um jogo

Fonte: O método PES: roteiro de análise teórica, Carlos Matus, 1996, p. 8.

Segundo Matus (1996a), existe uma diferença clara, entre o sujeito e o objeto, no planejamento normativo, sendo independentes, o primeiro pode controlar o segundo. Diferentemente, no PES, os sujeitos estão inseridos no objeto, fazendo parte da realidade planejada.

Com relação à explicação da realidade, o planejamento normativo considera que o sujeito deve *a priori* diagnosticar a realidade. Contudo, no PES, os vários atores do processo estão conjuntamente inseridos na realidade, construindo inúmeras explicações determinadas pela visão de mundo e pela posição ocupada na situação (MATUS, 1996a).

O planejamento normativo de um serviço de enfermagem compreende: o conhecimento do sistema social, realizando o levantamento das necessidades da comunidade e o conhecimento do sistema técnico, extraíndo informações precisas com relação aos recursos financeiros e materiais disponíveis. E, uma vez estabelecidos os objetivos, baseados nas condições ambientais e no conhecimento das inter-relações, entre os sistemas sociais e técnicos, são estabelecidas as prioridades das ações, e a avaliação se constituiu em um processo permanente e contínuo (CIAMPONE, 1991). Todavia, para o PES, o exercício de previsão é produzido em um sistema social criativo, que demanda cálculo interativo e juízo estratégico (MATUS, 1996a).

Destacamos, ainda, que o planejamento normativo desconsidera a existência do outro ator com capacidade, e ordenar de maneira explícita previamente os modos de ser e fazer um uma realidade harmoniosa. Porém, no PES, a realidade possui conflitos, na medida em que os outros atores têm diferentes objetivos (MATUS, 1996a).

As incertezas no planejamento normativo são bem definidas, pois as delimitações dos modos de ser, são predizíveis ou existem previsões das probabilidades. Já, no PES, há predomínio da incerteza, porque não se podem enumerar as probabilidades, sendo a dimensão normativa apenas um dos momentos do plano (MATUS, 1996a).

No planejamento normativo os problemas são bem estruturados e de solução conhecida, para o alcance dos objetivos. No PES, os problemas são quase estruturados (como exemplo, temos os problemas de saúde), relacionando-se aos problemas sociais e, portanto, demandando alternativas criativas (MATUS, 1996a).

Matus (1996b) sintetiza os quatro momentos do PES:

- Momento explicativo: a realidade é explicada mediante a seleção de problemas relevantes, buscando a compreensão das causas e identificando os “nós críticos”;
- Momento normativo: identificação dos atores que fazem parte do problema; dos recursos (políticos, financeiros, capacidade organizativa e conhecimento); projeção de cenários onde são mapeados as melhores possibilidades de implementação dos planos, as possibilidades intermediárias e as piores; projeção de cada uma das ações pensadas nos três cenários (ensino, serviço de saúde e comunidade) e a sua viabilidade;
- Momento estratégico: responder quais operações do plano são viáveis ou inviáveis, quais as possíveis reações de cada ator envolvido, e como construir a viabilidade para as ações inviáveis;
- Momento tático-operacional: implementação das ações propostas. É necessário fazer a mediação do plano na realidade, adequando-o às situações do cotidiano.

Encontramos inúmeros métodos acerca do planejamento da assistência de enfermagem. Comumente são denominados de “Processo de Enfermagem” (PE), fundamentados no Método de Resolução Científica de Problemas (CASTILHO; GAIDZINSKI, 1991). Entretanto, o PE geralmente utiliza uma base normativa em

todas as fases da organização, em que o enfermeiro estabelece os planos de assistência sem a participação da equipe de enfermagem ou multiprofissional.

Segundo Castilho e Gaidzinski (1991), o termo “Processo de Enfermagem” surgiu, pela primeira vez na literatura, com a publicação de Orlando (1978). Outra proposta de sistematizar a assistência de enfermagem surgiu com a criação das Teorias de Enfermagem.

No Brasil, Horta (1979, p. 35), introduziu uma teoria de assistência de enfermagem, fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, propondo um processo de enfermagem denominado como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”.

O Processo de Enfermagem é um processo de trabalho básico para o enfermeiro no desempenho de suas atividades profissionais, às quais estão incorporados os conhecimentos relativos ao exercício profissional. Deve apresentar as seguintes fases: Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação da Assistência de Enfermagem, devendo todas serem dinâmicas e inter-relacionadas (NAKATANI, 2000).

Percebemos que os estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, na perspectiva do processo de enfermagem, têm sido utilizados principalmente na área hospitalar. Entretanto, a área de saúde coletiva tem se organizado, uma vez que o país passa por uma reestruturação do setor saúde com maior ênfase na atenção básica, junto com a desospitalização, o que tem promovido mudanças nas atividades do enfermeiro, na área de saúde coletiva, despertando novas formas de abordar o cliente, na família e comunidade.

Qualquer que seja o tipo de planejamento, de gestão, cuidado à saúde ou assistência de enfermagem, todos os atores devem ser envolvidos no processo, inclusive a população. Este tipo de plano vem ao encontro da premissa básica do planejamento estratégico proposto por Matus (1996a).

Através do processo participativo, a população “empodera-se” para tomada de decisões e o estabelecimento de prioridades, buscando parcerias na resolução de seus problemas, na perspectiva de que os avanços no setor saúde ocorram articuladamente às possibilidades de transformação geral da sociedade, rumo à emancipação de todos os cidadãos (CIAMPONE; PEDUZZI, 2001).

É importante conhecer o planejamento normativo, em todos os seus pressupostos, etapas e conseqüências, pelo fato de ser o referencial hegemônico de planejamento, presente na formação e nas práticas dos profissionais de saúde (CIAMPONE; PEDUZZI, 2001). Para tanto, torna-se um grande desafio aos docentes, capacitar o estudante em um enfoque de planejamento abrangente e participativo, para que possa dar respostas resolutivas aos problemas da falta de integralidade na atenção à saúde da população, visto que os enfermeiros acabam assumindo, muitas vezes, o papel de gestores de serviço de saúde e da assistência de enfermagem.

As DCN's nos orientam que a formação tem por objetivo desenvolver no profissional, as seguintes competências e habilidades específicas: responder às especificidades regionais de saúde, por meio de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades; planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação continuada dos recursos humanos das áreas de saúde e enfermagem; planejar e implementar

programas de educação e promoção à saúde, sempre considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais, e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento, reconhecendo o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (BRASIL, 2001b).

Estratégia 4: Educação Continuada

“... vamos começar na semana de enfermagem a fazer um momento (...) de educação e dei a programação para a diretoria de enfermagem (...). E as alunas me disseram que se sentiram a verdadeira enfermeira após a capacitação, porque todo mundo vinha perguntar e tirar dúvida. Então como ela se viu mostrando e ensinando as pessoas, se viu valorizada, até então ela não tinha percebido isso. Está entendendo? Não percebem porque o processo fica muito fragmentado, naquele fazer, e o fazer apenas burocrático. Mas quando ela tem essa integração, que ela vê que ela faz e que ela ensina (...) elas sentem a coisa como uma rede. E elas começam a perceber qual é o papel do enfermeiro” (discurso sujeito 3).

“OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover educação continuada da equipe em supervisão” (plano de ensino sujeito 7).

“SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS: Educação continuada” (plano de ensino sujeito 8).

Os sujeitos indicam a educação continuada como uma estratégia, para que os estudantes apreendam a concepção de integralidade do cuidado. Demonstram que a capacitação da equipe de enfermagem é papel do enfermeiro, e que nesse processo ganha status e valor. Citam a educação continuada apenas no contexto da Enfermagem, sendo organizada e implementada pelo estudante e professor nos cenários de prática.

Contextualizando historicamente a Enfermagem, constatamos que os enfermeiros sempre ocuparam o papel de capacitar a equipe de enfermagem e administrar os processos de trabalho e de cuidado. Contudo, esse processo reproduzia os modelos de ensino tradicionais e autoritários, em que o professor era

o detentor do saber, e o educando o receptor acrítico das informações. Esse processo educativo mostrava-se mais massificante do que libertador.

O planejamento da educação continuada era papel do enfermeiro, e a equipe de enfermagem não participava das decisões. Dava-se de forma descontextualizada e ingênua, privilegiando os procedimentos de enfermagem. Esse modelo era ideal para a manutenção do *status quo* da sociedade e dos processos de trabalho hospitalares, além de garantir a reprodução do paradigma cartesiano.

Entretanto, o contexto atual com transformações vertiginosas, aponta outros desafios à educação. A noção temporal de continuidade, ganha cada vez mais sentido, diante da reconhecida transitoriedade do saber e das marcantes transformações no mundo do trabalho (RIBEIRO, 2004).

Agrega-se a idéia de parceria entre instituições de ensino e serviços, impulsionando à reflexão sobre as formas de construção dos saberes profissionais envolvidos na construção de novas práticas de cuidado, elemento essencial para a reconstrução das práticas de ensino-aprendizagem e de atenção à saúde (RIBEIRO, 2004).

A aproximação entre o mundo do trabalho e o mundo da universidade, associada ao reconhecimento da necessidade de formar profissionais preparados para a mudança das bases cognitivas e materiais de seu trabalho e para enfrentar novas demandas da sociedade, tem trazido à luz a questão de que o processo de formação deve estar assentado, desde o seu início, em práticas que orientem a educação permanente (RIBEIRO, 2004, p. 297).

A superação do conceito inicial de educação permanente, para além das necessidades imediatas da qualificação profissional, corresponde não apenas a necessidade de renovação cultural, mas a uma exigência de construção de autonomia dos indivíduos. Para tanto, todos os campos da atividade humana devem

contribuir, a fim de coincidir a realização pessoal com a participação na vida em sociedade (DELORS et al., 2003).

A educação ao longo de toda a vida é uma construção contínua da pessoa humana, do seu saber e das suas aptidões, mas também da sua capacidade de discernir e agir. Deve levá-la a tomar consciência de si própria e do meio que a envolve e a desempenhar o papel social que lhe cabe no mundo do trabalho e na comunidade (DELORS et al., 2003, p. 106).

Para tanto, as estratégias de educação permanente devem embasar-se em metodologias problematizadoras, à medida que envolvem todos os atores do processo, promovendo a emancipação e a conscientização.

Estratégia 5: Promoção da Saúde

“Eu quero que ele conheça isso, eu quero diminuir aquelas horas que ele passa no terciário, para que ele entenda o que preconiza o SUS, é a promoção da saúde...” (discurso sujeito 3).

“... na disciplina de promoção da saúde, uma das coisas que eles fazem é conhecer Organizações Não-Governamentais ou algum movimento social, então eu já tive grupo de aluno que foi conhecer o Movimento dos Sem-Terra, outro que foi conhecer associações de atendimentos de pessoas com Aids (...), Grupo pela VIDDA e, outro grupo de alunos foi conhecer Talita Kuhn, que trabalha com meninos de rua (...) para que eles tenham uma visão mais ampla da rede em que pode estar inserido o ser humano, nesse processo de saúde e doença, de melhoria de qualidade de vida, de promoção da saúde como um todo, não importa onde ele esteja. Então, a visão que eu passo para o aluno ela é maior. A integralidade (...) é maior que o sistema de saúde tal qual ele está institucionalizado (...) se não fosse a promoção da saúde, eu não conseguiria fazer essa costura” (discurso sujeito 4).

Os sujeitos ressaltam a importância do exercício da promoção da saúde nos cenários de prática. O sujeito 3 afirma que é necessário reduzir as horas na atenção terciária, para que os educandos aprendam as diretrizes do SUS. O sujeito 4 cita atividades desenvolvidas com eixo na promoção da saúde, como as visitas em ONG's e movimentos sociais. Alega que essas experiências possibilitam a

apreensão do sistema de saúde e das redes sociais em que os usuários estão inseridos.

Teixeira (2002), ressalta que a complexidade de fatores envolvidos na saúde, tem evidenciado a urgente necessidade de se investir na promoção da saúde. É nesse contexto que ocorre a discussão do empoderamento, enfocando-se a atenção para intervenções que superem o modelo biomédico.

Nesta perspectiva, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (OMS, 1986). Incorpora na sua práxis valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, constituindo assim, uma combinação de estratégias, envolvendo vários atores (Estado, comunidade, família e indivíduo) (BUSS, 2000).

Esta estratégia representa um movimento ainda contra-hegemônico, na área saúde, e um ideal a ser construído na busca de direitos instituídos na Constituição Federal de 1988. É importante enfatizar que, as práticas de promoção da saúde não devem ser desenvolvidas exclusivamente pela comunidade, na medida em que é dever do Estado garantir os direitos sociais.

Estratégia 6: Técnicas de Enfermagem

“OBJETIVO ESPECÍFICO: Implementar as ações de enfermagem prescritas: higiene da pessoa acamada (banho de leito, lavagem de cabelos, higiene oral, higiene íntima, cuidados com as unhas), mobilização da pessoa (no leito, para transferir-se, exercícios de amplitude de movimento), alimentação via oral, por sonda nasoentérica e nasogástrica, curativos, técnicas de relaxamento, massagem, exercícios respiratórios, controle hídrico, sondagem vesical de alívio e de demora, pesar, medir, verificar sinais vitais, realizar aerossolterapia, oxigenoterapia de baixo fluxo” (plano de ensino sujeito 2).

“... é a disciplina onde o aluno vai aprender os procedimentos que ele vai levar para o resto da vida profissional dele. Aprender a punccionar uma veia, aprender a passar sondas, aprender a diluir medicações, aprender a fazer curativos, tudo aprende em Fundamentos 2 (...) é o momento do aluno aprender a prática, a executar o procedimento. E para que ele melhore (...) a habilidade (...) tem o laboratório onde a gente tenta fazer com que esse aluno participe no laboratório treinando as técnicas para quando chegar ao lado do paciente não tenha tanta dificuldade, não demonstre tanta insegurança” (discurso sujeito 9).

Os sujeitos citam, no plano de ensino e no discurso, as técnicas de enfermagem. O sujeito 9 destaca a importância destes procedimentos, para que o educando desenvolva as habilidades psicomotoras e cognitivas.

As técnicas de enfermagem foram as primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber. Consistem na descrição do procedimento a ser executado e especificam a relação do material utilizado. Pode ser um procedimento realizado com o paciente, como banho no leito, curativo, sondagens, instilações, procedimentos referentes às rotinas administrativas, como admissão e alta de pacientes e procedimentos de manuseio de material hospitalar, como montagem de sala cirúrgica, esterilização de instrumentos, entre outros (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Segundo Almeida e Rocha (1986), na metade do final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o saber da enfermagem compreendia a capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos, e que o objeto da Enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente, mas sim, na maneira de ser executada a tarefa. Apesar das técnicas de enfermagem terem tido seu desenvolvimento nas décadas de 1930 a 1950, são de fundamental importância no saber da Enfermagem.

Verificamos na análise das DCN's do Curso de Graduação em Enfermagem, que as competências e habilidades exaltam a saúde integral, reorientando o perfil quanto às necessidades e exigências do SUS. Contudo, percebemos que existe um

paradoxo, visto que supervalorizam os aspectos técnicos e científicos em detrimento dos sócio-valorativos (SANTANA et al., 2005). Entendemos que para a construção da integralidade do cuidado é necessário desenvolver o aprender a aprender e fazer e o aprender a ser e viver junto, sem supervalorizar quaisquer destes aspectos.

Corroboramos com Delors et al. (2003), que é indispensável, para o enfrentamento dos desafios do século XXI, assinalar novos objetivos à educação e, mudar a idéia que se tem da sua utilidade. Isto supõe que se ultrapasse a visão exclusivamente instrumental da educação, considerada como via obrigatória para alcançar certos resultados, e se passe a examiná-la em toda a sua plenitude, realizando a pessoa, que em sua totalidade, aprende a ser.

5.3.2 A construção de um novo ser profissional

Estratégia 1: Trabalho em Equipe e Multidisciplinaridade

“... a equipe convidou o fisioterapeuta para participar da reunião de planejamento. E nós da faculdade convidamos os professores da nutrição para também participar do planejamento, entendendo que não dá para fazer uma coisa isolada, que essa integralidade envolva essa multidisciplinaridade” (discurso sujeito 2).

“E nesse grupo tinha aluno da promoção da saúde que é do segundo período, aluno do quarto período que é da saúde coletiva, aluno da fisioterapia e o agente comunitário. Então, eles já ficaram traçando planos e eles vão trabalhar daqui até o final de setembro e início de outubro juntos, estão já trabalhando em equipe” (discurso sujeito 2).

“Acho também que trabalhar as equipes multidisciplinares, a gente trabalha muito isso, fonoaudiologia, psicologia, quando é que eu solicito esse profissional, até onde vai a minha ação e a ação desse outro profissional” (discurso sujeito 7).

“SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS: Execução das diversas ações de enfermagem no trabalho em equipe” (plano de ensino sujeito 7).

O sujeito 2 apresenta o trabalho em equipe, como uma estratégia para a construção de ações multidisciplinares nos cenários de prática, entre os educandos

e os profissionais do ensino e serviço de saúde. O sujeito 7 indica, no discurso e no plano de ensino, que a execução das diversas ações de enfermagem devem ser realizadas em equipe, com outros profissionais do campo de prática, como a fonoaudiologia e a psicologia.

Para Fortuna (1999, p. 2) o trabalho de equipe é um

processo de inter-relações tecidas num tempo-espaco-finalidade, com possibilidades e limites para se viabilizar enquanto trabalho em movimento, trabalho vivo, trabalho descapturado e que no caso da saúde possui algumas especificidades.

Fortuna e Mishima (1998) identificaram três vertentes, apresentadas na literatura, sobre o trabalho em equipe em saúde a partir do *resultado*, das *relações*, e da *interdisciplinaridade*.

Nas publicações agrupadas em *resultados* as equipes são adotadas enquanto: insumo, recurso para aumento de produtividade e ausência de conflitos. Nessa vertente encontraram produções sobre equipes com enfoque na Qualidade Total. Os estudos identificados em *relações* apresentam as equipes a partir de conceitos da Psicologia. Outros buscam produtividade, eficiência e eficácia, tomando por referências as relações interpessoais e os processos psíquicos. Na vertente *interdisciplinaridade*, agruparam trabalhos que enfocam: a articulação dos saberes, a divisão técnica e social do trabalho (FORTUNA; MISHIMA, 1998).

Peduzzi (2001) apresentando a tipologia do trabalho em equipe, destaca duas noções que recobrem a idéia de equipe, como agrupamento de agentes e a integração de trabalhos. As características da primeira noção são a fragmentação e a justaposição das ações. A segunda caracteriza-se por articular a proposta da integralidade das ações de saúde às ações e às interações dos agentes.

A proposta do trabalho em equipe tem sido difundida como uma estratégia, para enfrentar o intenso processo de especialização, na área da saúde (PEDUZZI,

2001), e o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo, que se estrutura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas, e a interação dos atores das diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 1998).

Conforme Machado et al. (2007), para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, é necessário o exercício efetivo do trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde, estabelecendo estratégias de aprendizagem, que favoreçam o diálogo, a troca e a transdisciplinaridade, entre os saberes formais e não-formais, que contribuam para as ações de promoção de saúde individual e coletiva.

O trabalho em equipe apresenta-se como um grande desafio a ser concretizado, nas práticas de ensino e saúde, visto que o modelo hegemônico estruturante dos modos de ser e fazer são: as ações individuais, tecnicistas, fragmentárias e centradas na lógica do capital. Em contraposição, ao paradigma dominante, identificamos um movimento entre os sujeitos da pesquisa, com foco no trabalho em equipe multiprofissional, valorizando, exercitando as relações interpessoais, na área de saúde, e desenvolvendo projetos e planejamentos participativos.

Estratégia 2: Inteligências Intra e Interpessoal

“Não existe uma técnica para isso, na verdade o que eu tento mostrar é que ele se conheça primeiro como pessoa (...) que um dia está alegre, um dia está triste, um dia está cansado, outro dia não está cansado, outro dia está mais animado, com mais esperança, outro dia está derrotado, então nas minhas conversas todas, a gente vai trabalhando isso” (discurso sujeito 1).

“Às vezes eu perco, a gente diz que perde, duas ou três aulas, conversando com alunos sobre isso, eu acho que não é uma perda porque na verdade eu preciso me identificar com ele, para saber de que forma vou levar aquela disciplina. Eu não me preocupo muito com o conteúdo, eu acho que o conteúdo, se a gente der o caminho ele vai buscar, com toda certeza

ele tem capacidade para isso, se você disser para ele o caminho que ele tem que percorrer, e de que forma ele vai encontrar aquilo, ele vai encontrar, e muitas vezes a gente passa por “conteudismo”, de decorar as coisas, que hoje eu tenho isso em evidência, eu tenho aquilo escrito, amanhã pode ser totalmente diferente, então se eu mostrar para o meu aluno o caminho que ele vai percorrer...” (discurso sujeito 10).

“... eu tenho procurado fazer com que ele entenda, que ele é um ser que habita o mundo e que o outro que ele vai cuidar também é um ser que habita o mundo. E que muitas vezes esses mundos são mundos diferentes, têm visões diferentes, e por isso, o cuidar na integralidade do outro também é diferente da minha, porque se eu tenho uma concepção, e o outro tem outra concepção, eu preciso saber a do outro, para que eu possa cuidar dele. Não adianta dizer para ele que ele precisa fazer uma caminhada se ele não pode fazer aquela caminhada, se ele não entende o que é uma caminhada, se para ele naquele momento aquilo não é uma coisa prioritária, então se ele não entender, se ele não viver, se ele não pegar aquilo como concepção, não adianta a gente pegar, editar regras, fazer receitas e etc., porque não vai funcionar, a gente está cansado de saber que isso não vai funcionar. Então, uma coisa que é prioridade para mim hoje, pode não ser para o outro” (discurso sujeito 10).

Os docentes enfatizam que o conhecimento de si mesmo (eu-comigo) leva ao conhecimento do outro (eu-tu), e esse processo leva a um maior aprendizado e apreensão da realidade, por parte do aprendiz e do sujeito a ser cuidado. Apresentam momentos vivenciados, no processo de ensino-aprendizagem, que desenvolvem as inteligências intra e interpessoais.

A inteligência interpessoal baseia-se em uma capacidade nuclear de perceber diferenças entre os outros, em especial, contrastes nos seus ânimos, temperamentos, motivações e intenções. Em um nível mais avançado, esta inteligência permite que um adulto experiente apreenda as intenções e desejos de outras pessoas, mesmo que escondam (GARDNER, 1995).

A inteligência intrapessoal corresponde ao conhecimento dos aspectos internos de uma pessoa, o acesso ao sentimento da própria existência, a gama das próprias emoções, à capacidade de discriminar, rotular e utilizar estas emoções como estratégia para compreender e orientar o seu próprio comportamento (GARDNER, 1995).

A inteligência interpessoal nos permite compreender os outros e trabalhar com eles; a inteligência intrapessoal nos permite compreender a nós mesmos e trabalhar conosco. No senso de eu do indivíduo, encontramos uma fusão de componentes inter e intrapessoais. Na verdade, o senso de eu emerge como uma das mais maravilhosas invenções humanas - um símbolo que representa todos os tipos de informações sobre uma pessoa e é, ao mesmo tempo, uma invenção que todos os indivíduos constroem para si mesmos (GARDNER, 1995, p. 29).

O ensino na área de saúde não deve perder de vista que os seus atores se relacionam constantemente, e que isso exige o conhecimento de si mesmo e do outro.

Sem dúvida, esta aprendizagem representa um dos maiores desafios da educação, visto que o mundo atual é, muitas vezes, um mundo de violência que se opõe à esperança na construção do progresso da humanidade. Individualmente identifica-se a tendência da supervalorização das próprias qualidades e do grupo a que pertence, e a alimentar preconceitos em relação aos outros e, em nível social, observa-se a tendência de priorizar o espírito de competição e o sucesso individual (DELORS et al., 2003).

A educação deve, como nos orienta o relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação, para o século XXI, transmitir conhecimentos sobre a diversidade da espécie humana e, por outro lado, levar as pessoas a compreenderem as semelhanças e interdependências nas relações engendradas, passando a descoberta do outro, pela descoberta de si mesmo, possibilitando a atitude de empatia, e o desenvolvimento de projetos de cooperação (DELORS et al., 2003).

Estratégia 3: Ética e Bioética

*“SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE CONTEÚDOS
PROGRAMÁTICOS: Conceitos básicos de Ética, Moral, Direito e Bioética;
Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem/Legislação Trabalhista;*

Responsabilidade Ética legal do Enfermeiro; Ética e Bioética (Resolução 196/96); Bioética no começo da vida (Saúde da mulher e da criança, novas tecnologias reprodutivas, aborto); Bioética do fim da vida (Eutanásia, suicídio assistido, cuidados paliativos); Ética na situação de doação de órgãos/transplantes; Aspectos éticos no gerenciamento e qualidade da Assistência em Saúde Coletiva (O trabalho multidisciplinar. O Programa de Saúde da Família: prescrições e transcrições de medicamentos; solicitações de exames); Aspectos éticos no Gerenciamento e Qualidade da Assistência em Organizações Hospitalares; Ética Ambiental (Biossegurança)” (plano de ensino sujeito 1).

“A questão ética com o paciente. Porque se eu for passar uma sonda vesical eu estarei mexendo com o quê? Com os órgãos genitais, tanto masculino, como feminino. O respeito pelo paciente. A ética, não expor o paciente de qualquer maneira” (discurso sujeito 9).

Identificamos nos fragmentos, duas tendências nos ensinamentos da Ética e Bioética: uma trabalha com os aspectos mais amplos da sociedade e a outra prioriza os comportamentos éticos na profissão.

Os ensinamentos da Ética e Bioética são essenciais na área de saúde, visto que muitas vezes as falhas na formação ética e técnica dos profissionais de saúde, têm sido indicadas como responsáveis pela insatisfação com a assistência à saúde, e isto tem fomentado movimentos, projetos e programas de humanização da assistência à saúde. Estes focalizam a atenção ora nas condições físicas das unidades assistenciais e, no comportamento individual dos profissionais, desconsiderando o caráter multifacetado do problema (REGO; PALACIOS; SCHRAMM, 2004).

O modelo tradicional de ensino da Ética nos cursos de graduação limita-se à discussão do código ou insiste na apresentação de modelos idealizados, reforçando a idéia de uma moral heterônoma, centrando-se no comportamento dos indivíduos. A ética profissional (deontológica) caracteriza-se pela moralidade do agente, enquanto que a Bioética se refere à moralidade dos atos, reconhecendo que a complexidade dos dilemas e das relações sociais, de nosso tempo, não pode ser resolvida por meio de princípios absolutos, que desconhecem o contexto real

Assim, o olhar sociológico explica a ética profissional, suas demandas e respostas numa perspectiva bastante relacionada com as dimensões regulamentadoras da prática profissional. Já a Bioética surge relacionada com exigências da sociedade que questionam os próprios limites legais da prática, vinculando-se ao exercício efetivo da própria cidadania (REGO; PALACIOS; SCHRAMM, 2004, p. 170).

O ensino da Bioética, com dimensão ampla, contextualizada social e historicamente, deve ser prioritário na formação profissional. As DCN's, para os cursos da área da saúde, preconizam esta mudança de enfoque. O Artigo 3º das Diretrizes Curriculares da Enfermagem dispõe como deve ser o perfil do enfermeiro:

...com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001b).

As DCN's ainda afirmam, no Artigo 4º que:

... os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2001b)

Nos campos da Ética e Bioética é necessário ultrapassar o ensino tradicional e inovar, contextualizando a partir das situações reais, para que aluno apreenda a verdadeira aplicabilidade desses conceitos na construção da integralidade, na área de saúde. A Ética e Bioética aplicadas, podem dar sentido a ética profissional impressa em códigos (comportamento e moralidade), que devem ser seguidos para a formação de profissionais sensíveis, humanos, justos, solidários.

Estratégia 4: Humanização da Assistência

“SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO DE CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS: Módulo II (Humanização da assistência pré-natal segundo recomendações do Ministério da Saúde; Humanização do recém nascido de baixo peso ‘Método Canguru’; Humanização da Assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal)” (plano de ensino sujeito 6).

“... eu vejo que é muito importante entender que a humanização dá resolutividade ao problema da pessoa, naquele momento em que ela precisa. Então quando você faz dessa forma, a pessoa se sente completa, ela sente que encontrou aquilo que buscava. E você se sente feliz, porque você realmente colaborou e proporcionou bem-estar. Então eu acredito que a humanização, na íntegra, é isso daí, é resolver o problema da pessoa no momento em que ela precisa de ajuda” (discurso sujeito 7).

“... a gente está dando uma assistência, que nós consideramos assim vendo o paciente como um todo. Dentro do que a gente pode trabalhar, a gente insere a humanização...” (discurso sujeito 7).

“SEMINÁRIO: Humanização no ambiente Hospitalar” (plano de ensino sujeito 11).

Nos fragmentos das falas e dos planos de ensino dos docentes constata-se a reprodução da Política Nacional de Humanização (PNH) nas práticas de ensino e de assistência, muitas vezes, sem efetiva crítica e contextualização sócio-econômica e histórica. Para o sujeito 7, a humanização confere resolutividade aos problemas que envolvem a saúde e a doença dos indivíduos, e confere sentido aos modos de ser e fazer do enfermeiro.

A PNH foi pensada como estratégia para: o enfrentamento das lacunas quanto ao acesso aos serviços e à atenção integral à saúde; a modificação do quadro de desvalorização e precarização das relações de trabalho; o rompimento da fragmentação e desarticulação das ações programas de humanização (BRASIL, s.d).

Aproximar as recomendações da PNH, para os processos de ensino-aprendizagem, exige dos educadores uma consciência crítica e reflexiva, para que as ações façam sentido, para os aprendizes.

Segundo Feuerwerker (2001), existe uma exigência social de mudança na formação, garantindo profissionais capazes de prestar uma atenção integral e humanizada à saúde. Para Esperidião e Munari (2004) deve-se investir no desenvolvimento da abordagem holística, no processo de formação, considerando a humanização do ensino, uma estratégia necessária, para o estabelecimento de relações humanizadas, com as pessoas que o profissional assiste. O ensino centrado na pessoa, abrange não somente a competência técnica e racional, mas sua totalidade, considerando os atributos pessoais e sentimentos dos educandos, quando implementam suas ações profissionais.

Após a apresentação de todas as estratégias para a ensinagem, presentes nos discursos e planos de ensino dos docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem, passamos a relacionar os sentidos expressos com eixo na integralidade do cuidado.

Identificamos que as concepções dos docentes estão diretamente relacionadas às estratégias desenvolvidas no processo de ensino-aprendizagem, e que os seus conhecimentos e experiências determinam os seus modos de ser e fazer.

Os sentidos da integralidade do cuidado mostram-se inovadores, à medida que valorizam o singular, o global e os caminhos para o SUS. Manifestam os sentidos, prestando o cuidado ao ser humano, na sua realidade social, com as suas especificidades e subjetividades, considerando as redes de cuidado e sociais em que estão inseridos. Todavia, as estratégias para a ensinagem buscam desenvolver o aprender a aprender e fazer e aprender a ser e viver junto, possibilitando meios para que os educandos apreendam todos os sentidos manifestos pelos docentes.

Evidenciamos contradições no processo de ensino-aprendizagem, quando os educadores citam as resistências dos colegas, dos educandos, dos cenários de prática e suas próprias limitações, como dificuldades, na construção da integralidade do cuidado. Observamos que o ensino tradicional e suas práticas, ainda estão arraigados nos discursos e planos de ensino, mas também identificamos um movimento de renovação e reflexão crítica, demonstrando um processo contraditório e dialético, que se mostra utópico.

Focalizamos a utopia da integralidade do cuidado como uma construção de propostas alternativas, com a finalidade de transformar a realidade. Nesse sentido, corroboramos Figueiredo, Brito e Botazzo (2003), quando consideram a concepção de utopia, levando em conta o caráter dinâmico da realidade, que se acha em um constante processo de mudança e, o vendo como um ideal orientado para a transformação da realidade presente, considerando como parte necessária e indispensável a uma proposta de mudança, uma vez que assinala os rumos da transformação, a partir do real.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a analisar as concepções de integralidade do cuidado e as estratégias de ensino, presentes entre os docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem, do Estado de Goiás.

Foram incluídos, no estudo, onze enfermeiros docentes, sendo todas do gênero feminino, com idade entre 40 e 55 anos, com experiência na docência variando de 15 a 32 anos, e portadoras de especialização (nove), mestrado (oito) e doutorado (duas).

Por meio da análise das entrevistas, emergiram três categorias temáticas: Integralidade do Cuidado: do singular ao global; Integralidade do Cuidado: os caminhos para o SUS e Integralidade do Cuidado: estratégias para a ensinagem.

A primeira categoria compreende a integralidade do cuidado como o resgate da dimensão total do ser humano, com seus aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Acreditamos que estes valores devem fazer parte dos ideais da Enfermagem, entretanto, defendemos que as contradições, as lutas de poder e as ideologias, presentes no contexto da profissão, sejam igualmente discutidas, em uma visão de totalidade.

Na segunda categoria, os sentidos da integralidade do cuidado, para os docentes, apresentam-se como redes organizadas de serviços de saúde e redes sociais, que participam e contribuem na consolidação do princípio de integralidade, no SUS.

Consideramos que a construção da integralidade do cuidado deve ser na perspectiva do cuidado prestado ao ser humano, inserido na sua realidade social; do cuidado prestado à pessoa como um todo; da valorização da subjetividade e do

fazer além da técnica; da articulação de redes de cuidados, nos serviços de saúde e de redes sociais, na perspectiva da promoção da saúde. Deve representar um movimento contra-hegemônico à medida que não reproduz, mas, contradiz a lógica do capital e do modelo cartesiano.

Na terceira categoria, identificamos as várias estratégias que os docentes utilizam, para que os estudantes apreendam, no processo de ensino-aprendizagem, os sentidos da integralidade do cuidado. Valorizam as estratégias que fomentam as construções de novos aprender, fazer e ser profissional. Os sujeitos destacam a problematização, a inserção nos cenários de prática e redes de cuidados, o planejamento e o processo de enfermagem, a educação continuada, a promoção da saúde, as técnicas de enfermagem, o trabalho em equipe e multidisciplinar, as inteligências intra e interpessoal, a ética e bioética e a humanização da assistência.

As concepções dos sujeitos da pesquisa identificam-se com o ideal da construção da integralidade por meio da reorientação das práticas de saúde e da formação de recursos humanos. Entretanto, observamos contradições entre os discursos e as práticas de ensino, demonstrando a inviabilidade da prática da integralidade diante de ações normativas, uniprofissionais e tradicionais. Os educadores citam as resistências dos colegas, dos educandos, dos cenários de prática e suas próprias limitações, como dificuldades na construção da integralidade do cuidado.

Diante disso, acreditamos que a construção dos sentidos e práticas da integralidade, como um processo inacabado, exige permanentes investimentos pessoais e coletivos dos atores do processo.

A construção da integralidade no ensino e na prática (integração ensino-serviço) não deve concentrar-se em ações pontuais, verticalizadas e

uniprofissionais, porém deve ser viabilizada através do engajamento nas propostas de incentivo do Ministério de Saúde (Ver-SUS, Especialização em Ativação de Processos de Mudança, Pró-Saúde, entre outras), além do diálogo permanente entre os responsáveis pela formação e assistência, em todos os níveis de gestão (professores, coordenadores, diretores, universidade, profissionais dos serviços, supervisores, gestores municipais, estaduais e federais, entidades de classe, movimentos populares e estudantis, os Ministérios da Saúde, Educação, Meio Ambiente, entre outros).

Neste sentido, também entendemos que devem ser valorizadas as contribuições das outras áreas do conhecimento, como as ciências humanas e sociais, fomentando parcerias com sociólogos, antropólogos, filósofos, historiadores, entre outros, nas perspectivas dos trabalhos transdisciplinares e transeitoriais, enfatizando tecnologias leves (diálogo) e tecnologias leves duras (corpo de conhecimento das profissões).

Os projetos coletivos de cuidado à saúde devem desenvolver as ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo, de acordo com as demais instâncias do sistema de saúde e necessidades loco-regional, identificando as dimensões bio-psicossociais dos seus determinantes.

Os processos de formação devem capacitar os indivíduos, para as mudanças das bases cognitivas e materiais de seu trabalho e, para enfrentamento das novas demandas da sociedade, com vistas a aprender a aprender e fazer e aprender a ser e viver junto. Para tanto, é essencial utilizar pedagogias problematizadoras, capazes de transformar a realidade dos atores, inserindo-os, e integrando-os no meio social.

A utopia da integralidade deve ser um princípio a ser perseguido, resistindo à lógica do capital e do modelo biomédico de saúde centrado no individualismo, na

especialização, na tecnificação do trabalho, na atenção curativa e na concentração de recursos. A utopia deve ser um ideal orientado para a transformação da realidade presente, e considerada como parte necessária e, indispensável a uma proposta de mudança, uma vez que assinala os rumos da transformação a partir do real.

Cabe à enfermagem a reconciliação entre as atividades acadêmicas e o mundo do trabalho, trazendo significado à formação dos enfermeiros egressos/profissionais, buscando a superação das visões elitistas, mecanicistas e idealizadas, que desconsideram a complexidade e contradições das práticas concretas, na área de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 183-198.

ALMEIDA, Célia. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 207-220, set./dez. 2003.

ALMEIDA, Márcio José de (Org.) **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. 2. ed. Londrina, PR: Rede Unida, 2005

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA. 4., 1985, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1985. p.83-89.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **Políticas de saúde no Brasil na década de 80: resumo histórico**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1990. Mimeografado.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate (Org.) **Processos de Ensino na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 5 ed. Joinville, SC: UNIVILLE, 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.1, Rio de Janeiro, p. 63-72, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARREIRA, Ieda de Alencar. A prática da enfermagem no Brasil: a enfermeira de

saúde pública dos anos 20. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 72, n. 1, p. 42-57, jan./abr. 1998.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Transformações da prática da enfermagem nos anos 30. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 129-143, jan./mar. 1999.

BATISTA, Nildo Alves. Planejamento na prática docente em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em Saúde: temas e experiências** (Orgs.). São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004, Parte I, p. 35-56.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas (org.). **Metodologia da Problemáticação**. Experiências com Questões de Ensino Superior. Londrina, PR: Editora da UEL, 1998, 282p.

BOEMER, Magali Roseira et al. A quem oferecemos o cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM - O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO, 1., 1987, Brasília. **Anais...** Brasília, 1987. p. 95-103.

BORDENAVE, Juan Díaz. Alguns Fatores Pedagógicos. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, v. 3, n. 1-2, 1983.

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 5 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1983.

BORDENAVE, Juan Díaz. A Pedagogia da Problemáticação na Formação dos Profissionais de Saúde. **Net**, 2003. Disponível em: <www.ead.ufms.br/ambiente/progesp/saude_educacao/A%20PEDAGOGIA%20DA%20PROBLEMATIZA%C7AO%20NA%20FORMACAO.doc>. Acesso em: 20 set. 2006.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. Concepção de rede intersetorial. **Net**, 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2007.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Lei Elói Chaves. **Diário Oficial da União** de 28/01/1923.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre

a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União** de 18/07/1975.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 6.439, de 1 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 2/9/1977.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ministério da Educação e Cultura. **Ações Básicas de Saúde**, 1985.

BRASIL. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 jul. 1987.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988, Brasília, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm>>. Acesso em 08 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.prppg.ufg.br/comite/res196.php>>. Acesso em: 25 jun. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287**, de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.crmvba.org.br/media%5Carquivos%5Cpdf%5Cres287-1998.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1113**, de 7 de agosto de 2001a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9, nov. 2001b. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001c. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001d. Seção 1, p. 39.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002a. Seção 1, p. 9.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002b. Seção 1, p. 10.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002c. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002d. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 6/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002e. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 7/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 mar. 2002f. Seção 1, p. 13.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 15/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2002g. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Gerenciamento e Investimentos. **Guia de Conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem: guia do aluno.** 2 ed. rev. e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 18/2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2003c. Seção 1, p. 16.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1/2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2003d. Seção 1, p. 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde.** 2004a Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política do Ministério da Saúde para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudança na Graduação em Saúde: AprenderSUS.** 2004b. Disponível em: < www.redeunida.org.br/arquivos/AprenderSUS-Lappis.pdf >. Acesso em: 27 ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 7/2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 abr. 2004c. Seção 1, p. 18.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 8/2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 maio 2004d. Seção 1, p. 16.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº198/GM/MS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 fev. 2004e. Seção I, nº 32/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais. Educação Superior: Cursos e Instituições. **Net**, 2006a. Disponível em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp>. Acesso em: 19 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Núcleo Técnico de Programa Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão**. s.d. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/humanizacao/palestras.html#>>. Acesso em: 30 set. 2006.

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

BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As Muitas Vozes da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ: ABRASCO, 2001, p.11-15.

CARVALHO, Anayde Corrêa de. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico**. 1972. 126 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.

CASTILHO, Valéria; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Planejamento da assistência de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina. **Administração em Enfermagem** (org.). São Paulo: EPU, 1991, cap. 16, p. 207-214.

CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006.

CASTRO, Archimedes Guimarães de. **Contribuições ao Estudo da Integralidade da Ação de Saúde**. 1991. 278 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1991.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a Perspectiva Entre-disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004, p. 259-278.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante da luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ: ABRASCO, 2001, p.113 – 126.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set., 1997.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. Saúde e Cidadania: A implantação do Sistema Único de Saúde. **Net**. s.d. Disponível em: <<http://www.daab.org.br/texto.asp?registro=105>>. Acesso em: 10 set. 2006.

CIAMPONE, Maria Helena Trench. Metodologia do planejamento na enfermagem. In: KURCGANT, Paulina. **Administração em Enfermagem** (Org.). São Paulo: EPU, 1991, cap.4, p. 41-58.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COHN, Amélia. ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1998.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

DELORS, Jacques et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. 8 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC: UNESCO, 2003.

ENCONTRO CATARINENSE SOBRE PERFIL E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS, 1., 1988, Santa Catarina. **Relatório...** Santa Catarina: Associação Brasileira de Enfermagem, Outubro, 1988. Mimeografado.

ENCONTRO SOBRE PERFIL E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO, 1988, Rio Grande do Sul, 1., 1988, Rio Grande do Sul. **Relatório...** Rio Grande do Sul: Associação Brasileira de Enfermagem, 1988. Mimeografado.

ESPERIDIÃO, Elizabeth, MUNARI, Denize Bouttelet. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Rev Esc Enferm USP**, 2004, v. 38, n. 3, p. 332-40.

FERNANDES, Josicélia Dumê. **A expansão do ensino de enfermagem no Brasil**. 1990. Tese (Doutorado)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1990.

FERNANDES, Josicélia Dumê. A Trajetória do Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, Elizabeth; VALE, Euclea Gomes; FERNANDES, Josicélia Dumê; DE SORDI, Mara Regina Lemes (Orgs.). **O Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006, p. 9-21.

FEUERWERKER, Lauro Camargo Macruz. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Cadernos CE**, v. 2, n. 4, p. 11-23, 2001.

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira; BRITO, Dyla Tavares de Sá; BOTAZZO, Carlos. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 753-763, 2003.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Uma leitura generificada da (re) inauguração de uma fazer para mulheres: da Inglaterra ao Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.1, p.75-84, Jan./Fev. 2002.

FORTUNA, Cinira Magali. **O Trabalho de equipe em uma Unidade Básica de Saúde, produzindo e reproduzindo-se em subjetividades** - Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins. O trabalho em equipe em saúde – análise a partir de perspectivas teóricas. In: VI COLÓQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, 5., 1988, Ribeirão Preto. **Resumos...** Ribeirão Preto, 1998. p. 296. Mimeografado.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 26 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 36 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, Dulce Maria Vendrúsculo de. **A criança inserida no currículo de graduação**: o ensino da assistência de enfermagem. 1990. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

FREITAS, Raquel Aparecida Marra da Madeira. Sociedade Contemporânea, Conhecimento em Saúde e em Enfermagem: Desafios para a Formação Profissional. **Estudos Goiânia**, v. 29, n. 5, p.1159-194, set./out. 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Caderno do especializando**. Brasília/Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. BIBLIOTECA VIRTUAL CARLOS CHAGAS. Fundação Rockefeller. **Net**, s.d. Disponível em: <<http://www4.prossiga.br/chagas/traj/links/textos/rockefeller.html>>. Acesso em: 9 de jan. de 2007.

GABRIELLI, Joyce Maria Worschech. **Formação do Enfermeiro**: buracos negros e pontos de luz. 2004. 182 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GADOTTI, Moacir. Perspectivas Atuais da Educação. **São Paulo Perspec.** v.14, n. 2, p. 3-11, abr./jun. 2000

GARDNER, Howard. **Inteligências múltiplas**: a teoria na prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GEOVANINI, Telma; MOREIRA, Almerinda; DORNELLES, Soraia; MACHADO, Wilian César Alves. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. Rio de

Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1995.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GERMANO, Raimunda Medeiros. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 365-368, jul./ago., 2003.

GUIMARÃES, Celma Martins; MIRANDA, Telma Guimarães. Enfermagem como prática social: determinantes sociohistóricos e engajamento profissional. **Estudos Goiânia**, v. 29, n. 5, p. 1.207-1.235. set./out., 2002.

GUIMARÃES, Reinaldo Felipe Nery. **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro; ACIOLI, Sonia. A Expressão do Cuidado no Processo de Transformação Curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Cuidado**: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004, p. 293-305.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IOCHIDA, Lucia Christina. Metodologias Problematicadoras no Ensino em Saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em Saúde**: temas e experiências (Orgs.). São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004, Parte I, p. 153-166.

JARDIM, Maria Aparecida Chaves. A Previdência Social e o Mercado de Previdência Privada: um olhar sociológico. **Revista da ABET**, São Paulo, n. 2, jul./dez., 2003. Disponível em: <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/revista/>> Acesso em: 22 ago. 2006.

JORGE, J. Simões. **A ideologia de Paulo Freire**. São Paulo: Edições Loyola, 1979.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. Quem somos nós. Rio de Janeiro. **Net**. s.d. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=2>>. Acesso: 24 jan. 2006.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 10, n. 1/2, p. 57-70, abr./out., 1997.

MARANHÃO, Efrem de Aguiar. **A Construção Coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde**: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. Londrina, s.d. Disponível: <<http://www.redeunida.org.br/diretrizes/efrem.asp>>. Acesso em: 28 maio 2005.

MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 39 – 64.

MATUS, Carlos. **O método PES**: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAP, 1996a.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996b.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, Cezar Rodrigues; MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Afonso Teixeira dos; SANTOS, Alaneir de Fátima dos; MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103 -120.

MOREIRA, Almerinda; PORTO, Fernando; OGUISO, Taka. Marcos da trajetória da profissionalização da enfermagem brasileira (1890-1905). **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro / São Paulo, v. 1, n.1, p.44-49, Nov./Dez. 2002.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves. **O Dito e o Feito. A integralidade das ações na prática dos trabalhadores em saúde**: um estudo de caso. 1994. 126 f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (UNI-RIO), Rio de Janeiro, 1994.

NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen. **Processo de Enfermagem**: uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização. 2000. 228 p. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen; BACHION, Maria Márcia; FREITAS, Sandra; RODRIGUEZ, Mabel Del Socorro Cala. **Sistematização do atendimento ao idoso na comunidade**. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Semi-presencial. Universidade Federal de Goiás. Apostila 5. p. 117-130, 2005.

OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. Enfermagem e Estrutura Social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31., **Anais...** Fortaleza, 1979. p. 5-11.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa. In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1986. p. 158-162.

ORLANDO, Ida Jean. **Relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente**. São Paulo: E.P.U./EDUSP, 1978.

PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5 ed., Rio de Janeiro: Julho C. Reis Livraria, 1979.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, 2001, v. 35, n. 1, p. 103-109.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil** - uma pequena revisão. 2003. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%C3%ADcius%20Polignano%22>. Acesso em: 22 ago. 2006.

REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa; SCHRAMM, Fermim Roland. Ensino da Bioética nos cursos de graduação em saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de. (Orgs). **Educação Médica em Transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2004, cap. 8, p. 165-185.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. Educação Permanente em Saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de. (Orgs.). Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2004, cap. 13, p. 285-303.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. **História da Enfermagem e sua Relação com a Saúde Pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROSSI, Maria José Santos. **Análise do documento elaborado por Santa Catarina para o Seminário da Região Sul sobre Perfil e Competência do Enfermeiro**. 1988. Mimeografado.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Sistema Único de Saúde**: da teoria à prática da integralidade. 2004. 145 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SANTANA, Fabiana Ribeiro; NAKATANI; Adélia Yaeko Kyosen; SOUZA, Adenícia Custódio Silva e; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: uma visão dialética. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 295-302, 2005a. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_06.htm>. Acesso em: 22 ago. 2006.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Currículos de enfermagem no Brasil e as diretrizes – novas perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 361-364, jul./ago., 2003.

SAVIANI, DERMEVAL. **Escola de democracia**: teorias da educação, curva da vara, onze teses sobre educação e política. 24 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

I SEMINÁRIO DAS REGIÕES NORTE, NORDESTE SOBRE PERFIL E COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO E A INFLUÊNCIA NO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM, 1., Ceará. **Relatório...** Ceará: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/Associação Brasileira de Enfermagem, 1988. Mimeografado.

I SEMINÁRIO LOCAL SOBRE PERFIL, COMPETÊNCIA E CURRÍCULO DO ENFERMEIRO, 1., Cuiabá. **Relatório...** Cuiabá: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso/Associação Brasileira de Enfermagem, 1988. Mimeografado.

SILVA, José Paulo Vicente da; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

SILVA, Maria Iracema Tabosa da; RUFFINO, Márcia Caron; DIAS, Mardônio Rique. Posicionamento de Enfermeiras sobre Ensino Problemático. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p.192-198, mar./abr., 2002.

SOUZA, Edilaine Maria dos Santos; SANTANA, Fabiana Ribeiro; FREITAS, Raquel Aparecida Marra da Madeira. 2003. 69 f. **O Cuidar nas Páginas da REBen**: idéias, ações e contradições. (Monografia)-Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2003.

SOUZA, Mariana Fernandes de. As Teorias de Enfermagem e sua Influência nos Processos Cuidativos. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; GUALDA, Dulce Maria Rosa; MELLEIRO, Marta Maria; ANABUKI, Marina Hideko (Org.). **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001, p. 29-39.

TAPAJÓS, Renato. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. São Paulo: SMS-SP. Cefor, 1992. 1 videocassete (42min), VHS.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 105 f. Dissertação (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAGHETTI, Helena; VAZ, Marta Regina Cezar. Década de 40 – uma reflexão

sobre o contexto sócio-econômico e político brasileiro e sua influência na enfermagem. **Texto & Contexto**. Enfermagem, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 9-26, 1998.

WALDOW, Vera Regina. **O Cuidado Humano**: o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WRIGHT, Lorraine M; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias**: um guia de avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

XAVIER, Caco; GUIMARÃES, Cátia. Uma Semiótica da Integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004, p. 133-155.

XAVIER, Iara de Moraes. Graduação em enfermagem como o lócus da formação do enfermeiro: diretrizes curriculares e projeto pedagógico. **Rev. Bras. Enf.**, v. 54, n. 1, p. 5-6, 2001.

APÊNDICE A - Instrumento orientador para a coleta de dados dos discursos dos docentes

Parte I – Dados de Identificação

Entrevistado: idade, sexo, titulação, anos de experiência profissional na enfermagem, área de atuação na enfermagem (assistência, ensino e pesquisa), disciplinas de atuação de acordo com DCN's, carga horária/semanal na docência, outros vínculos empregatícios.

Parte II – Questões Norteadoras

Questão A: Diante das suas vivências profissionais e aproximações da literatura você construiu uma concepção de integralidade do cuidado? O que você entende por integralidade do cuidado?

Questão B: Quais são as práticas docentes (os objetivos propostos, a seleção e organização de conteúdos programáticos, as estratégias de ensino-aprendizagem, os critérios de avaliação e os instrumentos) desenvolvidas por você, no exercício da docência, para que os discentes desenvolvam a concepção de integralidade do cuidado?

APÊNDICE B - Instrumento orientador para a coleta de dados dos planos de ensino

Quais são as estratégias de ensino com foco na integralidade do cuidado expressas nos planos de ensino?

- Ementa;
- Objetivos gerais e específicos;
- Seleção e organização de conteúdos programáticos;
- Estratégias de ensino;

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal pelo telefone 3269-8338 ou fax 3269-8426, em ligações a cobrar.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto:

Integralidade do Cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem

Pesquisador responsável: Fabiana Ribeiro Santana

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 32130755/ 99178296/ 92815039

Orientadora da pesquisa: Adélia Yaeko Kyosen Nakatani

Telefones para contato: 99778454/ 35211822

Esta pesquisa consta de um estudo exploratório-descritivo que tem como objetivos: analisar as concepções de integralidade do cuidado expressas pelos docentes de cursos de graduação em enfermagem do Estado de Goiás; identificar as estratégias de ensino com foco na integralidade do cuidado, no discurso e nos planos de ensino, e analisar as relações das concepções e estratégias de ensino desenvolvidas pelo docente, no curso.

O instrumento que será utilizado na coleta de dados foi elaborado, levando-se em consideração os objetivos propostos do trabalho. A técnica de coleta de dados será a entrevista, que poderá ser gravada conforme o consentimento do sujeito, com

questões fechadas e abertas. Será necessário que você nos forneça o plano de ensino mais recente da disciplina ministrada.

Os riscos restringem-se ao desconforto em ter que disponibilizar parte do seu tempo (cerca de 30 minutos), em participar da pesquisa. Os benefícios podem envolver você direta ou indiretamente, visto que os resultados poderão contribuir para o enriquecimento do debate dos atores do processo de formação de recursos humanas, na área da saúde.

A data da entrevista será agendada conforme a sua disponibilidade de horários, podendo ser necessário um segundo encontro caso a pesquisadora encontre algum ponto a esclarecer e validar os dados. Sua identidade será mantida em sigilo. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para a pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão publicados na forma de uma dissertação de mestrado e de trabalhos científicos, que serão divulgados em eventos, além de artigos publicados em revistas da área.

Nome e Assinatura do pesquisador

_____.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG, _____,

CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____,

como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador

_____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer

momento, sem que isto leve a qualquer penalidade por parte da Instituição de Ensino Superior à qual você está vinculado.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito:
