



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LYRA CÂNDIDA CALHAU REBOUÇAS**

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA FORMAÇÃO  
DA ENFERMEIRA**

**SALVADOR**  
**2007**

**LYRA CÂNDIDA CALHAU REBOUÇAS**

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA FORMAÇÃO  
DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidado à Saúde”.

Orientadora: **Profa. Dra. Josicélia Dumêt Fernandes**

SALVADOR  
2007

R292 Rebouças, Lyra Cândida Calhau.  
A integridade do cuidado na formação de enfermeira. / Lyra  
Cândida Calhau Rebouças. Salvador: EEUFBA, 2007.  
98p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – EEUFBA, 2007.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Josicélia Dumê Fernandes.

1.Enfermeira 2.Integridade 3.Formação I.Título

CDD 610.73

**LYRA CÂNDIDA CALHAU REBOUÇAS**

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA FORMAÇÃO  
DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidado à Saúde”. Salvador, 2007.

Aprovada em 27 de Março de 2007.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

JOSICELIA DUMET FERNANDES \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

NORMA CARAPIÁ FAGUNDES \_\_\_\_\_  
Doutora em Educação e Professora da Universidade Federal da Bahia

RICARDO GURG CECCIM \_\_\_\_\_  
Doutor em Psicologia e Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

EDMÉIA COELHO \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

A minha **mãe**, Maricélia (*in memoriam*), por ter sido a maior incentivadora do meu crescimento profissional e principalmente o meu maior exemplo de vida, pela sua força, responsabilidade e coragem pra enfrentar e vencer os desafios da vida.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

A minha família, **Tim**, **Iasmin** e **Lara**, minha admiração e gratidão por vocês compreenderem e estarem presentes me apoiando de forma incansável ao longo da elaboração desse estudo. Riquezas de minha vida, minha inspiração e força para enfrentar os desafios e os limites. Amo Vocês!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, a construção e finalização desse trabalho foi possível pela Tua infinita bondade. Confiei inteiramente em Ti nessa tarefa e Tua presença constante e protetora me fortaleceu nessa construção, ainda que humilde, mas um trabalho concretizado principalmente pelo Teu intermédio.

Aos meus familiares pela torcida e apoio no percurso desse estudo, principalmente minhas tias Vera, que assumiu para si todas as responsabilidades com minhas filhas, permitindo meu afastamento por um longo período e Marla pelas declarações de amor que sustentavam a minha alma e diminuía a ausência da minha mãe.

A Glêide, amiga especial, amiga de todas as horas e de todas as causas.

A professora Josicélia pelo acolhimento, incentivo, convivência e pela oportunidade de aprendizado pessoal e profissional.

A professora Mirian Paiva obrigada pelo tratamento sempre carinhoso, pela atenção e prontidão em todos os momentos.

Ao professor Ricardo Ceccim pela disponibilidade em me ajudar desde a qualificação e durante todo o período de elaboração desse estudo.

A professora Norma Fagundes por ter contribuído com considerações importantes e referências necessárias para o aprimoramento desse estudo.

A professora Edméia Coelho pela pertinência das contribuições e modo acolhedor de sugerir, por ocasião do exame de qualificação.

As docentes e discentes que fizeram parte da pesquisa, muito obrigada pela imensa contribuição e possibilidade de elaboração desse estudo.

Aos colegas de Pós-graduação, obrigada pela convivência e pela oportunidade de compartilhar discussões, experiências e conhecimentos.

A todos que com empenho, entusiasmo e bondade contribuíram, direta ou indiretamente, para que esse estudo se concretizasse e que fizeram parte do meu convívio no dia a dia, meu muito obrigada.

*É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que um dado momento a sua fala seja a sua prática.*

Paulo Freire



## RESUMO

A integralidade do cuidado no processo de formação da enfermeira é um estudo realizado com doze docentes e nove discentes de um curso de graduação em enfermagem de uma cidade do interior do estado da Bahia. Neste trabalho busquei analisar o princípio da Integralidade do cuidado à saúde nas práticas curriculares desenvolvidas no processo de formação da enfermeira, através da noção de integralidade trazida pelos entrevistados, bem como evidências de aproximações e distanciamentos do princípio nas práticas curriculares. Utilizei como referencial teórico a produção científica do LAPPIS. No percurso metodológico, utilizei a abordagem qualitativa, com coleta de dados através da técnica de grupo focal. Para trabalhar os dados coletados, utilizei a análise temática, onde identifiquei cinco unidades temáticas: Compreensão da Integralidade do cuidado, Conhecimento do SUS, Acolhimento, Trabalho em equipe, Equilíbrio entre as áreas clínica e preventivas. Os resultados evidenciaram que as noções acerca de integralidade trazidas pelos informantes são bem restritas, se considerarmos os complexos sentidos que a literatura tem atribuído a esse princípio. Há uma valorização dos aspectos legais do SUS em detrimento dos seus princípios e formas práticas e possíveis de aplicação cotidiana. A qualidade do cuidado prestado ao usuário durante a prática curricular é influenciada pelo pouco tempo, pela alta demanda e pela supervalorização da técnica. Ficou evidente também uma desvalorização do trabalho em equipe, à medida que cada profissional oferece a sua assistência dentro do campo de conhecimento que possui, e ainda haver no curso um enfoque mais acentuado na saúde coletiva, o que leva a formação de profissionais pouco qualificados para atuar na área hospitalar. Esses achados nos remete a refletir, que devemos rever e aprofundar as práticas didático-pedagógicas que vem sendo utilizadas no processo de formação profissional para o setor saúde, no sentido de que estas tem se dado de maneira tradicional, pontual e desarticulada do contexto social, com poucas possibilidades de formar sujeitos com capacidade crítica e propositiva para atuarem nos espaços sociais, para transformar a organização das práticas e construir serviços institucionais que visem a consolidação de políticas sociais mais universalizantes, justas e integrais.

Palavras chaves: Enfermeira, Integralidade, Formação.

## ABSTRACT

This investigation analyzes the Integrality of the care to health in the curriculum practices developed in the process in the formation of the nurse, through the notion of the principle of Integrality brought by the subject of the research, also the evidences of approaches and distances of this principle in the curriculum practices. I used as theoretical reference the production, published in LAPPIS, of teachers, researchers and professionals of health, who discuss concepts, practices and strategies for the promotion of the integral attention, in Brazil. As methodology I used the quality approach with the collect of data through the technique of focal group. The subjects of the research were twelve teachers and nine students from a nursery graduation course from a city in the state of Bahia. To work with the collected data, I used the technique of Thematic Analysis on which I identified five thematic unities: Comprehension of the Integrality of Care, Knowledge of SUS, Reception, Work in groups, and Equilibrium between clinical and preventive areas. I observed, through the results, that the notions about the Integrality, brought by the subject of the research are well strict if we consider the complex senses that the literature has given to this principle. I also observed that there is a valorization of the legal aspects of SUS because of its principles and practical forms and possible daily application; the quality of the care given to the user during the curriculum practice is influenced by the limitation of time, by the high demand and by the supervalorization of the technique. It was also evident the disvalorization of the work in group and the predominance, in the process of formation, of the focalization of the collective health, which restrings the capacity of the professional in the hospital area. These found make us think about the didactic and pedagogical which have been used in the process of formation of a nurse searching to review its traditional, prompt and disarticulated way in the social context, with some possibilities of graduating subjects with critical and propositive capacity to work in the social spaces, to transform the organization of the practices and make institutional practices that have the objective of consolidating more universalizing, just integral social politics.

Words keys: Nurse, Integrality, Formation.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO</b>	12
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	18
2.1 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE	18
2.2 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO	22
<b>3 METODOLOGIA</b>	31
3.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO	31
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	32
3.3 ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO	36
<b>3.3.1 O grupo focal</b>	36
3.3.1.1 <i>A constituição dos grupos</i>	38
3.3.1.2 <i>O desenvolvimentos dos grupos</i>	41
3.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	46
3.5 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	47
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	49
4.1 COMPREENSÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	49
<b>4.1.1 Integralidade como articulação biopsicossocial</b>	50
<b>4.1.2 Integralidade como articulação entre disciplinas</b>	52
4.1.2.1 <i>Aplicação de metodologias ativas</i>	56
4.2 CONHECIMENTO DO SUS	58
4.3 ACOLHIMENTO	60
<b>4.3.1 Capacidade de escuta</b>	61
<b>4.3.2 Percepção e consideração das queixas subjetivas</b>	64
<b>4.3.3 Atenção dispensada ao paciente</b>	66
4.4 TRABALHO EM EQUIPE	69
<b>4.4.1 Invasão de espaço</b>	72
<b>4.4.2 A possibilidade de trabalho em equipe é maior na atenção básica</b>	72
4.5 EQUILÍBRIO ENTRE AS ÁREAS CLÍNICA E PREVENTIVA	73
<b>5 ENTENDENDO OS RESULTADOS</b>	78

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	83
<b>REFERÊNCIAS</b>	86
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	92
<b>APÊNDICE B – Roteiro para condução do grupo focal</b>	94
<b>APÊNDICE C - Ofício ao Comitê de Ética em Pesquisa / UESB</b>	95
<b>ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa / UESB</b>	96
<b>ANEXO B - Parecer substanciado</b>	97

## 1 APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO

“Cada problema tem escondido dentro de si uma oportunidade poderosa que literalmente impede o desenvolvimento do problema. As grandes histórias de sucesso foram criadas por pessoas que reconheceram um problema e o transformaram em oportunidade.”

José Paulo Silveira

A Constituição Federal de 1988 afirma a saúde como direito de todos e cria o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e fundamentado nos princípios da Universalidade, Eqüidade, Integralidade, Controle social e Descentralização das ações de saúde (BRASIL, 1988).

Os princípios trazidos pelo SUS, apesar das dificuldades na sua operacionalização, vêm determinando grandes avanços nas políticas públicas de saúde.

O princípio da Universalidade, todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc, coloca a saúde como direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal (ALMEIDA, CHIORO e ZIONI, 2001, p. 35), fazendo desaparecer a figura tradicional do indigente no interior do sistema de saúde.

Nessa ótica, Paim (2002, p. 249) ressalta:

Ainda que esta mudança tenha mais uma expressão simbólica, face aos limites impostos ao exercício da cidadania, não deixa de ser significativo para o estudante e o professor o conhecimento de que o “objeto” de sua prática não é mais um indigente como outrora, mas um indivíduo que, mesmo não sendo um cidadão pleno, tem o direito constitucional à saúde e que esta já faz parte de um dos deveres do Estado.

Atualmente qualquer indivíduo pode ser atendido em estabelecimentos públicos de saúde, filantrópicos ou privados, conveniados ao SUS, realizando procedimentos de baixa, média ou alta complexidade. O que, ainda, não se tem a garantia é de que a oferta desses serviços contempla a demanda, ou mesmo a garantia da qualidade do serviço prestado.

O que se evidencia na passagem da década de 1980 para a de 1990 é a universalização excludente, em que parte significativa da população não consegue utilizar os serviços de que necessita [...], apesar da garantia constitucional do direito à saúde (PAIM, 2002).

O princípio da equidade traz que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar

que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.

Para Almeida, Chioro e Zioni (2001, p. 35) “os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes”.

O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

O princípio do Controle Social expressa a participação popular na fiscalização e controle sobre as ações do estado e do governo. São vários os mecanismos de controle social, destacando-se, na área de saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde. Esse princípio possibilita a correção de distorções administrativas e manipulações políticas, eventualmente produzidas, bem como aperfeiçoar o funcionamento do SUS. Porém, o que se percebe atualmente é uma participação popular ínfima neste processo, principalmente por conta da dificuldade de comunicação, onde...

o maior desafio é o de promover a comunicação em saúde, visando democratizar o acesso às informações que permitam à população exercer o Controle social sobre o SUS e alcançar o cumprimento dos seus direitos de cidadania expressos na Constituição (BAHIA, 1996, p. 12).

Embora saibamos que um contingente bastante grande de municípios brasileiros possuam Conselhos Municipais de Saúde formados de acordo com a legislação vigente, sabemos, também, que uma parcela bem grande deste total não se reúne regularmente e não atua efetivamente como órgão condutor da política municipal.

Já a Descentralização é entendida como “uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto” (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001, p. 37).

Esse princípio indica a necessidade de que todos os municípios devam participar desse processo, através da elaboração do Plano Municipal de Saúde, conduzindo operações e ações específicas para a solução dos problemas locais:

O município é, por excelência o ente privilegiado para tratar diretamente a questão da saúde. Isso, uma vez que o município está mais próximo da realidade, extremamente diversificada, da população do país, tanto em suas características sócio-culturais como na profundidade dos problemas a serem enfrentados, o que requer também estratégias particulares para cada caso, ou cada região (BRASIL, 2000, p. 08).

É importante ressaltar, no entanto, que, para o município assumir as responsabilidades antes centradas nas outras esferas do governo, se faz também necessária a descentralização de recursos, cujos critérios estão estabelecidos nas Leis 8.080 e 8.142 e regulamentados através das Normas Operacionais Básicas – NOB. Todos testemunham que são poucos os recursos para a saúde, mas também é sabido que a mera adição de recursos que reproduzem o modelo médico-assistencial vigente não vai alterar significativamente o quadro sanitário brasileiro (PAIM, 2002).

Segundo Almeida, Chioro e Zioni (2001, p. 37) para cumprir o princípio da Integralidade, “os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e morrer”. Os autores acreditam que o indivíduo deve ser entendido como um cidadão sujeito a riscos, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais e, portanto, o atendimento no serviço de saúde deve ser feito para a saúde e não somente para suas doenças.

Sendo assim, Almeida, Chioro e Zioni (2001) defendem que o indivíduo deve ter garantido o acesso às ações de:

- promoção - são aquelas que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos (que envolvem ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc);
- proteção - ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc);
- recuperação - aquelas que evitam a morte das pessoas doentes, assim como as seqüelas; são as ações que já atuam sobre os danos (atendimento médico, exames diagnósticos, tratamento e reabilitação para os doentes).

Ainda segundo Almeida, Chioro e Zioni (2001, p. 36):

Essas ações de promoção, prevenção e recuperação devem formar um todo indivisível. As unidades prestadoras de serviço com seus diferentes graus de

complexidade devem formar também um todo indivisível, configurando-se, assim, um sistema capaz de prestar assistência integral.

Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003) ao pensarem e proporem a Integralidade da atenção à saúde, apontam para um desafio que se manifesta sob três dimensões. A primeira relacionada à capacidade das políticas governamentais ordenarem o sistema de saúde, propondo e fomentando arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população, desde o sistema local de saúde.

A segunda dimensão seria relacionada à organização do serviço de saúde, que deveria garantir acesso aos diversos níveis de sofisticação tecnológica demandados em cada situação assistencial, para que o atendimento prestado tenha resolutividade.

A terceira dimensão está relacionada aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores em saúde, no tocante à capacidade de gerar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado aos usuários.

Acredito que passos significativos têm sido dados com vistas ao fortalecimento dos princípios do SUS, porém ainda são encontrados inúmeros obstáculos nesse processo, pois a concretização dessas diretrizes implica no desencadeamento de mudanças nos vários componentes da estrutura do sistema de saúde, tanto em seus aspectos gerencial-organizacionais, quanto operativos.

Implica, portanto, na construção de modelos assistenciais baseados em uma nova concepção do processo saúde-doença, onde a questão básica deve ser a de um modelo destinado a promover a saúde e não, preferencialmente, cuidar da doença (SABROZA citado por BAHIA, 1996).

Para o rompimento com o modelo médico-assistencial hegemônico, e a construção de um novo modelo assistencial que busque uma integração interdisciplinar e multiprofissional, com valorização do acolhimento e estímulo ao auto-cuidado – um modelo de atenção centrado na Integralidade –, é necessário pensar em como está ocorrendo o processo de formação do profissional de saúde, já que a sua formação se deu voltada para o modelo assistencial biologicista, curativo, fragmentado e intra-hospitalar, associado a uma utilização de recursos tecnológicos e medicamentosos, gerando, dentre várias conseqüências, baixa resolutividade e insatisfação do usuário.

Ceccim (2004, p. 01) ressalta essa questão ao afirmar que:

Uma das áreas menos problematizada até hoje na formulação de políticas do SUS é a da formação. Sempre referido, criticado e crivado de proposições espontâneas, o campo carece de formulações construídas intelectualmente, desde a gestão em



saúde, essas operadas quase sempre desde as propostas de conteúdo-curriculares. De outro lado, na educação, como setor específico das políticas públicas, não se observa a discussão da docência e do ensino-aprendizagem orientado para as profissões de saúde.

Entende-se, destarte, que os órgãos formadores têm papel fundamental na configuração de perfis profissionais que busquem atender às necessidades de saúde da população na perspectiva da Integralidade.

Esse entendimento encontra respaldo na Resolução 03/2001 (BRASIL, 2001) do Conselho Nacional de Educação, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem e que, ao definir o perfil da enfermeira, indica que a profissional deve possuir “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva” devendo também ser formada para “atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor(a) da saúde integral do ser humano”.

Essa Resolução diz, também, no parágrafo Único, do Artigo 5º, que a formação da enfermeira “deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a Integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento”.

O princípio da Integralidade aponta, pois, para a necessidade de identificar e desenvolver experiências de ensino e de pesquisa capazes de transformar o processo de formação em saúde.

Sob esse entendimento, e fundamentada na minha prática docente, passei a refletir sobre a necessidade de uma análise do processo de formação da enfermeira, na perspectiva da Integralidade em saúde. Acreditando que grande parte das enfermeiras egressas dos cursos de graduação farão parte do corpo de trabalhadores do SUS, é condição indispensável que sua formação seja conduzida segundo esse princípio, mesmo porque a Integralidade se constitui num dos princípios necessários não só aos trabalhadores do SUS, mas a todo profissional de saúde que tenha como foco assegurar a plena atenção às necessidades dos indivíduos/usuários.

Em face dessas considerações, defini, como objeto de estudo, a Integralidade do cuidado no processo de formação da enfermeira, através da percepção de seus discentes e docentes. Para isto, estabeleci o seguinte questionamento:

- Como o princípio da Integralidade do cuidado à saúde fundamenta o processo de formação da enfermeira?

É importante ressaltar que esta questão surge a partir do aprofundamento de estudos no Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que me proporcionou uma reflexão

acerca da consonância da minha própria prática docente com o princípio da Integralidade. Passei a refletir sobre o enfoque que era dado dentro da disciplina que eu atuava, relativo a questões como conhecimento acerca do SUS, acolhimento, vínculo, trabalho em equipe, estímulo à criatividade e à criticidade, dentre outros aspectos que caracterizam a Integralidade.

Na busca de respostas ao questionamento levantado, defini os seguintes objetivos:

#### Objetivo Geral:

- Analisar como o princípio da Integralidade do cuidado à saúde se articula no currículo de formação da enfermeira.

#### Objetivos Específicos:

- Identificar a noção de Integralidade do cuidado no processo de formação da enfermeira, através da percepção de discentes e docentes de um curso de graduação em Enfermagem.
- Evidenciar aproximações e distanciamentos do princípio da Integralidade do cuidado nas práticas curriculares, segundo a percepção de discentes e docentes de um curso de graduação em Enfermagem.

O alcance desses objetivos constitui uma forma de contribuir com a construção de estratégias de renovação pedagógica capazes de fazer frente ao desafio de qualificar enfermeiras efetivamente participantes da implantação e/ou aprimoramento de uma atenção à saúde mais justa, mais igualitária e de melhor qualidade, refletida na sustentação e concretização do SUS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

“Não há certeza absoluta, só a de (re)começar sempre buscando na realidade as pistas sobre o melhor jeito de caminhar.”

Thiago de Mello

### 2.1 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE

A Integralidade, a Universalidade, a Equidade, o Controle social e a Descentralização formam a base do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, trata a Integralidade como um “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”.

Campos (1994) defende que a Integralidade em saúde deve ser entendida no sentido ampliado de sua definição legal, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

Concordo com o autor que o entendimento que se deve ter de Integralidade extrapola o texto constitucional, haja vista que é no campo das práticas que ela se constrói, seja na formulação e gestão das políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre usuário e profissional, e destes com os serviços.

Mattos (2001) problematiza a amplitude da Integralidade, quando afirma ser uma “bandeira de luta polissêmica”, e identifica outras marcas específicas das políticas e das práticas de saúde que relacionamos à Integralidade, agrupando-as sob três aspectos:

- o primeiro traz a Integralidade como uma boa prática desenvolvida pelo profissional de saúde, que se caracteriza pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico, o que, supostamente, produz o sofrimento e, conseqüentemente, a queixa desse paciente, ou seja, uma prática que possibilite a compreensão das necessidades dos sujeitos, bem como a adoção de atitudes que permitam aproximar as suas ações das soluções que as pessoas esperam encontrar para seus problemas de saúde;

- o segundo sentido refere-se aos atributos da organização do serviços de saúde, e corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais;

- o terceiro grande sentido da Integralidade aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde, que no desenho de suas políticas assistenciais devem ter a capacidade de buscar abarcar os diversos grupos atingidos por um problema, respeitando suas especificidades.

Cecílio e Mehry (2003) ressaltam que a atenção integral se daria pela busca de uma abordagem completa, holística, integral, a cada pessoa portadora de uma necessidade de saúde. Assim, a Integralidade implicaria na garantia de aspectos que vão desde a utilização de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para o usuário.

Merhy (2002) classifica as tecnologias usadas em saúde como: tecnologias leves - definidas como tecnologias de ações mais estratégicas que se configuram em processos de intervenção em ato, cuja essência é a produção de relações; tecnologias leve-duras - aquelas relativas aos saberes bem estruturados presentes no trabalho de saúde, como por exemplo, a Clínica e a Epidemiologia, dentre outros; e tecnologia dura, entendida como os instrumentos materiais do trabalho, insumos de diferentes naturezas, bem como as normas e estruturas organizacionais. O autor acredita que a Integralidade só ocorrerá a partir da articulação entre essas três tecnologias.

Assim como Mehry (2002), acredito que a população necessita e deve ter acesso aos aparatos tecnológicos capazes de tratar a sua doença, mas também acesso às ações que cuidem da qualidade de sua saúde, garantida através da promoção e da prevenção. A noção de Integralidade manifesta uma articulação entre ações preventivas e assistenciais.

Mattos (2003) também acredita que políticas de saúde pautadas pela Integralidade devam contemplar tanto as dimensões assistenciais como preventivas, garantindo o direito dos portadores das doenças às ações assistenciais de que necessitam, como o direito dos não-portadores de se beneficiarem com as ações preventivas. Esse mesmo autor afirma, ainda, que as necessidades assistenciais não são apenas para a redução da letalidade ou da incidência de complicações. Elas dizem respeito, sobretudo, às necessidades de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente.

Sendo assim, acredito que as práticas do cuidado pautadas pela Integralidade devem basear-se numa perspectiva muito mais ampliada das necessidades de saúde dos usuários, estando embasadas, essencialmente, no sentimento de que estamos nos relacionando com pessoas e não com coisas.

Mattos (2004a) entende que para conseguirmos apreender de modo ampliado as necessidades de saúde do outro, é necessário que as práticas sejam sempre intersubjetivas,

envolvendo necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual, nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades em saúde de cada sujeito com que nos relacionamos, e para identificar os conjuntos de ações que podemos pôr em prática para responder a essas necessidades apreendidas.

As pessoas procuram os serviços de saúde porque sofrem e porque acreditam que esse sofrimento pode ser atribuído a alguma doença (MATTOS, 2003). Porém, o modelo médico hegemônico que norteia a produção das práticas de saúde privilegia os aspectos biológicos do processo saúde-doença, havendo pouco espaço para a ausculta das necessidades dos sujeitos e para o cuidado integral à saúde (LACERDA; VALLA, 2004).

Na tentativa de possibilitar melhores respostas às necessidades dos usuários, torna-se fundamental promover o acolhimento, que é traduzido por Merhy (2002) como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde.

Solla (2005, p. 03) traz o acolhimento como:

Mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais.

A proposta do acolhimento, na perspectiva desse autor, traz um maior poder de resolutividade dos problemas percebidos, à medida que aponta o trabalho em equipe como elemento primordial à ampliação das possibilidades de análise dos problemas, o que permite, a partir da ótica de cada campo específico do conhecimento, trocar pontos de vista na construção de propostas de intervenção.

Ceccim (2004) acredita na importância do trabalho “entre-disciplinar” quando afirma que seria utópico acreditar que cada ato profissional isoladamente seria capaz de atender a todos os aspectos que envolvem a experiência concreta de adoecimentos, sofrimentos, padecimentos, aflição ou sentimento de vida contrariada. Ressalta que “um projeto terapêutico da Integralidade é muito mais complexo do que pode responder o recorte e circunscrição de uma profissão isolada, mesmo em face do concurso das diversas áreas de especialidade de uma profissão”.

A complexidade dos determinantes do processo saúde-doença envolve aspectos que vão além da dimensão física dos indivíduos. Inclui também fatores psicossociais associados à produção do sofrimento ou dano causado à vida de alguém. Para assistirmos às pessoas, percebermos suas necessidades e aliviar seus sofrimentos se faz necessária a incorporação da Integralidade do cuidado às práticas profissionais. De acordo com Boff (1999), essa harmonia só se torna possível mediante o exercício de valores como a compaixão e a solidariedade.

Para Ayres (2005), cuidar implica em reconhecer que todos têm projetos de felicidade e que o sofrimento, seja de que natureza for, representa uma ameaça a esse projeto.

Nessa perspectiva, o cuidado não se reduz à sua dimensão instrumental, mas envolve disponibilidade e responsabilização com a vida e a saúde do outro, aquele de quem se cuida. Ayres (2004, p. 74) define cuidado como:

Uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Waldow (1998) considera que o cuidado representa também uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, uma forma de viver plenamente. A autora o define como:

Comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado é resultante do processo de cuidar. O processo de cuidar representa a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o cuidar entre cuidadora e ser cuidado (1998, p. 127).

O conjunto dessas ações é desenvolvido com o objetivo de promover, manter e/ou recuperar a dignidade e totalidade humana, o que supõe a interação entre quem cuida e quem é cuidado. Para que realmente ocorra essa harmonia entre ambos, é indispensável tanto o autoconhecimento por parte do profissional quanto o conhecimento do ser de quem se cuida (WALDOW, 1998).

Portanto, cuidar envolve uma predisposição íntima, um comprometimento permanente de se estar junto com o outro e também de ser junto com ele. Somente é possível um cuidado efetivo, no sentido de atender de fato às demandas daquele que busca o cuidado, por meio do encontro de subjetividades. Boff (1999, p. 89) afirma que: “não se trata de falar sobre o

cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não temos cuidado. Somos cuidado”.

## 2.2 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO

A concretização dos princípios do SUS, em particular o da Integralidade do cuidado, no processo de formação da enfermeira, objeto do meu estudo, está diretamente ligada à necessidade de uma nova organização dos serviços de saúde e da prática sanitária, embasadas em um novo modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, ou seja, na transformação do modelo de atenção à saúde em suas várias dimensões: política, tecnológica e organizacional.

Nesse sentido, a formação de profissionais de saúde com perfil para atender às exigências de funcionamento emanadas pelo Sistema Único de Saúde se constitui atualmente em uma grande preocupação dos atores interessados na plena consolidação desse sistema.

Como forma de contribuir para a formação de um profissional que possa cooperar de forma efetiva para a implementação ou o aprimoramento de uma proposta de atenção à saúde mais justa, mais igualitária e de melhor qualidade, o Conselho Nacional de Educação, através da Câmara de Educação Superior, aprovou a Resolução CNE/CSE nº 3, de 7 de novembro de 2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem.

Nessas diretrizes, aparece explicitada a necessidade de a formação estar claramente comprometida e direcionada à concretização dos princípios da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde. Traz também a necessidade de se avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas também de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender, criar, propor e construir.

No debate sobre educação, Delors (2003) sugere que a prática pedagógica deve preocupar-se em desenvolver quatro aprendizagens fundamentais que serão, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: **aprender a conhecer** (indica o interesse, a abertura para o conhecimento, que verdadeiramente liberta da ignorância); **aprender a fazer** (mostra a coragem de executar, de correr riscos, de errar mesmo na busca de acertar); **aprender a conviver** (traz o desafio da convivência que apresenta o respeito a todos e o exercício de fraternidade como caminho do entendimento); e, finalmente, **aprender a ser** (explicita o papel do cidadão e o objetivo de viver).

Percebe-se, assim, a necessidade de um processo de formação de profissionais éticos, generalistas, humanistas, críticos, criativos, reflexivos e com compromisso com a cidadania, em busca da promoção da saúde integral do ser humano e da transformação da realidade. Como afirma Ceccim (2004, p. 260):

Seria simplista supor que a formação de um profissional de saúde resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual. A formação de um profissional de saúde resulta de um processo que envolve as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde.

A formação para a área da saúde deve ter, como objetivos, a transformação das práticas profissionais, estruturando-se a partir da necessidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para a designação da educação dos profissionais de saúde é a noção de Integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas (BRASIL, 2004). Dito em outras palavras, devemos buscar romper com o modelo de formação biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado e buscar incorporar a Integralidade da atenção à saúde como eixo central do processo de formação do profissional de saúde.

Sabemos que esse é um desafio promissor, mas não sabemos se é assim que ela acontece no cotidiano da formação. Sendo assim, busco com esse estudo a evidência da Integralidade do cuidado nas práticas pedagógicas do processo de formação da enfermeira, utilizando como referências os sentidos da Integralidade descritos a seguir.

A Integralidade da atenção à saúde pressupõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem:

- mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção;
- mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também,
- mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica (BRASIL, 2004, p. 4).

O usuário quando busca um serviço, além da terapêutica para a necessidade física momentânea, busca a escuta, o diálogo, a possibilidade de externar sentimentos, desejos e dificuldades. Muito raramente ele se queixa ou tem dúvidas quanto à capacidade técnica dos profissionais, mas reclamam, na grande maioria das vezes, da falta de atenção a que são submetidos.



Cecílio (2001, p. 116) retrata essa situação quando afirma que:

As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida [...] a Integralidade da atenção poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

A atenção integral à saúde implica, também, no reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações, propondo mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais interdisciplinares) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários) (BRASIL, 2004).

Camargo Jr. (2003, p. 39) corrobora essa idéia quando afirma que:

É imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitadas para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho multiprofissional e interdisciplinar como necessidade fundamental. É uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas.

É fato o poder resolutivo de uma equipe multiprofissional que trabalha de forma integrada, mas vale a pena salientar que dentro da equipe de enfermagem existem conflitos de poder, saber, valorização e reconhecimento social das próprias práticas, desencadeados pela divisão técnica e social do trabalho, já que nessa profissão temos outras categorias de trabalhadores com diferentes níveis de formação, que precisam ser mais bem trabalhadas com vistas a uma integração, primordialmente, na relação intra-equipe de enfermagem.

A Integralidade da atenção à saúde busca, ainda, o desenvolvimento de práticas inovadoras em diferentes cenários – todos aqueles em que a produção da saúde e do cuidado ocorre, com vistas ao conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Delors (2003, p. 145) afirma que:

[...] de acordo com a idéia segundo a qual cada um deve simultaneamente aprender e ensinar, a universidade deve apelar mais à colaboração de especialistas além dos professores de ensino superior: o trabalho de grupo, a cooperação com a comunidade

circunvizinha, o trabalho de estudantes a serviço da comunidade, são alguns dos fatores que podem enriquecer o papel cultural das instituições de nível superior e como tal merecem ser encorajadas.

As ações descritas pelo autor, dentre inúmeras outras que privilegiam novos cenários e atores, poderão proporcionar ao estudante a possibilidade de conhecer sua clientela em outras situações do cotidiano diferentes das vivenciadas dentro do ambiente hospitalar. Isso dará ao futuro profissional uma dimensão do verdadeiro significado de saúde o que permitirá a construção de novos modelos de atenção centrados na Integralidade.

Ter a Integralidade como eixo no processo de formação da enfermeira implica também na implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais e específicas, necessárias a todos os profissionais de saúde, tendo em vista uma prática de qualidade, qualquer que seja o local e área de atuação; 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 de cada trabalho, como sugerem as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, para os Cursos de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de contribuir nesse complexo processo de mudança na graduação pautado na Integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, mais especificamente, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES, em parceria com o Ministério da Educação, lançou, em 2003, como parte da Política Nacional de Educação na Saúde para o SUS, o AprenderSUS. Trata-se, então, de um projeto político, não simplesmente um convênio para que as universidades conseguissem apoio financeiro aos seus projetos de implantação das DCN. Era a busca da construção da Integralidade da atenção à saúde, na perspectiva da formação.

Seu lançamento se deu por meio de um seminário nacional intitulado: "O SUS e os Cursos de Graduação na Área da Saúde - Aprender SUS", e reuniu os ministros da saúde e da educação, além de gestores do SUS, da educação superior, do movimento estudantil e do controle social em saúde, totalizando quase 1000 participantes dispostos a pensar e propor mudanças nos cursos de graduação da saúde.

Com o AprenderSUS, os Ministérios da Saúde e da Educação propuseram firmar uma política pública intersetorial de estímulo à mudança na graduação para que a implantação e o cumprimento das diretrizes constitucionais do SUS e as diretrizes curriculares nacionais caminhassem juntas. Foram propostas as seguintes estratégias:

## 1 - Adoção da Integralidade como eixo da mudança na formação de graduação

Para atender a essa estratégia, o AprenderSUS lançou uma Convocatória nacional para as instituições de educação superior que possuíssem experiências de graduação que se identificassem com práticas de Integralidade ou que desenvolvessem projetos político-pedagógicos voltados para esse princípio do SUS.

Cem (100) experiências se apresentaram espontaneamente e dez (10) delas, de diferentes regiões e diferentes áreas da saúde, foram escolhidas para a pesquisa. As instituições selecionadas foram visitadas e acompanhadas por pesquisadores da área de investigação sobre saberes e práticas da Integralidade em saúde, tendo em vista a produção de conhecimento específico relativo à formação dos profissionais de saúde.

Os resultados mostraram que não existe um modelo de curso a ser seguido e sim várias possibilidades que geram a certeza de que é possível fazer a Integralidade em qualquer região e área de atuação da saúde.

As informações acadêmicas geradas foram disseminadas por meio de seminários, sendo o de maior repercussão o intitulado “EnsinaSUS - Simpósio Nacional sobre Experiências de Ensino da Integralidade na Formação de Profissionais de Saúde”, ocorrido na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, nos dias 9 e 10 de agosto de 2006. Através de dois livros (Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de Saúde e Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS) e também por meio de um documentário intitulado “Vozes da Integralidade (VIDEOSAÚDE, 2006)”.

Seguem sendo difundidas por meio de periódicos, garantindo que um número cada vez maior de pessoas conheçam as experiências estudadas e percebam a possibilidade real de tomar a Integralidade como eixo da mudança na formação de profissionais de saúde, no âmbito do ensino de graduação.

2 - Na adoção da Integralidade como eixo da mudança na formação de graduação, o AprenderSUS propôs a ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde, através da formação de docentes, trabalhadores, estudantes, gestores e movimentos sociais, bem como a mobilização dos dirigentes universitários e formulação de políticas públicas integradoras dos setores da saúde e da educação. Três ações foram propostas nesta linha:

a) Curso de Educação à Distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação: curso para docentes e dirigentes universitários, visando problematizar

os elementos críticos à ativação e condução de processos de mudança na graduação das profissões da saúde.

b) Implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança.

Com a colaboração das Associações de Ensino, o Ministério da Saúde estaria mobilizando a realização de oficinas regionais – por profissão e entre profissões – para a análise crítica e compartilhamento das experiências de mudança que estão em desenvolvimento no país, o papel docente e a relação com as entidades de trabalhadores das profissões da saúde e a articulação de docentes e estudantes no debate da formação profissional.

c) Apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança.

Pesquisas sob a metodologia de intervenção e pesquisas acadêmicas poderiam ser apoiadas, tendo em vista a intensificação da produção de conhecimento que desse suporte aos processos de mudança na graduação orientados pelo princípio da Integralidade.

3 - O AprenderSUS buscava, também, uma atuação conjugada dos Ministérios da Saúde e da Educação, pretendendo-se o apoio à implementação das diretrizes curriculares nacionais, o compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS e o aumento do compromisso público da gestão do SUS com o ensino em saúde e da área de ensino em saúde com o SUS, envolvendo uma política para a especialização em área profissional e ampliação do escopo da residência médica para maior permeabilidade ao desenvolvimento do sistema de saúde.

4 - O AprenderSUS garantia, ainda, uma linha adicional de financiamento aos Pólos de Educação Permanente em Saúde para apoiar processos de mudança nas relações institucionais da educação superior com as redes de gestão, de atenção e de controle social do SUS, devendo ser construídos de maneira articulada e envolvendo as diferentes profissões da saúde.

Esses projetos poderiam incluir as seguintes ações:

- a) Capacitação pedagógica para docentes, preceptores, tutores e orientadores de serviço.
- b) Implantação de laboratórios para o desenvolvimento de práticas integradas e aprendizagem de técnicas profissionais com características de trabalho em equipe (multiprofissional e interdisciplinar), segundo a dimensão cuidadora nas ações profissionais.
- c) Ampliação de acervos bibliográficos e abertura de centros de documentação.
- d) Qualificação da infra-estrutura para a diversificação dos cenários de prática.

5 - O AprenderSUS ainda daria apoio às experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde, além de apoio para a divulgação científica em periódicos, páginas eletrônicas acadêmicas ou de instituições e organizações de saúde, livros e separatas ou apoio à programas de visitação e diversificadas oficinas de troca de experiências.

Percebemos a importância do AprenderSUS como uma política de Estado voltada para a formação de profissionais de saúde com base na Integralidade e indicando o curso dos setores da educação e da saúde nessa construção.

Com base nas diretrizes estabelecidas pelo AprenderSUS, o Ministério da Educação juntamente com o Ministério da Saúde, lançaram em 2005 o programa Pró-Saúde, inspirado na avaliação do Promed, que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras.

O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pela Instituições de Ensino Superior (IES), que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS.

Esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. O distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontada em todo mundo um dos responsáveis pela crise do setor da Saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS, na medida em que a experiência internacional aponta que profissionais gerais são capazes de resolver custos relacionados a quatro quintos dos casos sem recorrer a propedêutica complementar, cada dia mais custosa. (BRASIL, 2005).

O Pró-Saúde traz como objetivos:

- I - reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e

resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;

III - incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde;

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (BRASIL, 2005).

Busca-se com o Pró-Saúde a concretização das seguintes situações:

- a) A intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação - centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas - por um outro processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para a abordagem dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença da população na comunidade e em todos os níveis do sistema.
- b) Uma educação dos profissionais de saúde entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.
- c) Uma formação do profissional em saúde que respeite as diretrizes nacionais aprovadas pelo MEC, atenta ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.
- d) A reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, organização e financiamento dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção, avaliação da incorporação de novas tecnologias e o desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção.

Embora seja um programa com objetivos claros e pertinentes, creio que o Pró-Saúde poderia ter sido mais amplo na escolha das categorias profissionais contempladas na proposta.

Ou seja, como o próprio nome traz, é um Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, e se restringir apenas aos cursos de Odontologia, Enfermagem e Medicina ainda é pouco representativo.

Um outro aspecto diz respeito a impossibilidade das Instituições encaminharem propostas conjuntas. A convocatória do Pró-Saúde traz em seu texto que as instituições devem mandar projetos separados de seus cursos. Uma posição, creio eu retrógrada, a medida que a interdisciplinaridade é um mecanismo forte de sustentação do saber em todas as profissões.

Diante das considerações apresentadas, concluímos que a formação de profissionais de saúde deve estar embasada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, além de considerar as necessidades de saúde da população em seu aspecto mais amplo. Também a assistência à saúde oferecida aos usuários necessita ser humanizada, contextualizada e resolutiva. Assim, os currículos das escolas de enfermagem podem ser visualizados como a construção de práticas sanitárias de orientação integral e com comprometimento social.

### 3 METODOLOGIA

“Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender.”

Paulo Freire

A metodologia inclui um conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade que se deseja investigar, ou seja, a Integralidade no processo de formação da enfermeira, e ainda o potencial criativo do investigador.

Minayo (1999, p. 23) ressalta que:

Se as técnicas são indispensáveis para a investigação social, a capacidade criadora e a experiência do pesquisador jogam também um papel importante [...] Esta qualidade pessoal do trabalho científico, verdadeiro artesanato intelectual que traz a marca do autor, nenhuma técnica ou teoria pode realmente suprir.

Nesse sentido, através dos passos metodológicos, busquei fazer uma articulação dos caminhos necessários para a consecução dos objetivos propostos e a minha experiência profissional, já que a temática sugerida para esse estudo emergiu da vivência e da problematização do cotidiano do meu trabalho como professora de um curso de graduação em Enfermagem.

#### 3.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Encontrei na abordagem metodológica qualitativa o caminho para desenvolver esta investigação, na medida em que tal perspectiva permite a apreensão da complexidade presente na temática em estudo.

Essa abordagem permite olhar o objeto deste estudo com fundamento que exige incorporar o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais, apostando que o processo de formação da enfermeira, a partir do cotidiano de cada professor e de cada estudante, pode estar embasado por uma prática de assistência à saúde, marcada por uma relação acolhedora, com compromisso e responsabilização pela saúde dos usuários e desenvolvimento da autonomia destes, elementos essenciais ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.



A abordagem qualitativa visa a estabelecer uma ligação do problema com o meio em que ela ocorre, ao mesmo tempo em que permite um “mergulho” na realidade de um grupo social.

Conforme Minayo (1998, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa apresenta características que proporciona um melhor conhecimento acerca da percepção dos docentes e discentes no tocante à Integralidade no processo de formação da enfermeira. Entendendo, também, que a situação apresentada é bastante complexa e estritamente particular, onde os significados são ancorados na sua realidade de conhecimentos, enfim, no seu mundo individual e/ou social.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Um cenário de pesquisa consiste, segundo Minayo (1998, p. 14), no “recorte espacial correspondente à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”. Essa autora nos mostra que para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados, o campo de pesquisa com seus aspectos econômicos, culturais, geográficos, sócio-políticos, dentre outros, acabam por estar relacionados intrinsecamente ao objeto a ser estudado.

Escolhi como cenário de pesquisa um curso de graduação em enfermagem de uma universidade estadual da Bahia, instituição existente há 21 anos, que oferece ao mercado de trabalho cerca de 50 enfermeiras por ano.

O Projeto Político-Pedagógico vigente, nesse curso, foi implantado em 1999 e, embora já disponha de um novo projeto, o mesmo ainda não foi implantado por se encontrar em instâncias superiores para aprovação.

O Curso de Graduação em Enfermagem, em estudo, foi implantado em 1982, no interior do Estado da Bahia, mediante o programa de interiorização das áreas prioritárias de educação e saúde. Atualmente, o Curso oferece 50 vagas anuais para alunos aprovados em

vestibular, com duas entradas, uma no 1º semestre letivo, para os primeiros 25 classificados, e outra no 2º semestre letivo.

O currículo proposto para o Curso de Graduação em Enfermagem da instituição em estudo, no momento de sua implantação, oferecia uma carga horária de 3.345 horas, 142 créditos com um limite mínimo para a integralização de três anos e meio, limite médio de quatro anos e limite máximo de seis anos.

Havia duas opções de curso de habilitação profissional em enfermagem para egressos da formação básica, o curso de Habilitação em Enfermagem Obstétrica, com carga horária era de 555 horas, e o de Enfermagem em Saúde Pública, com 510 horas. As Habilitações eram oferecidas em caráter optativo.

O Marco Conceitual preconizava um curso de Enfermagem concebido no sentido de formar profissionais para o desempenho de atividades que envolvessem medidas de prevenção de doenças e assistência ao doente, capacitando enfermeiras também para administração de serviços de Enfermagem de nível ambulatorial e hospitalar, para supervisão e ensino em Escolas de Enfermagem, para pesquisas na área de saúde e para participação no planejamento e execução de programas assistenciais.

Analisando o projeto político-pedagógico, no que se refere ao Marco Conceitual do curso e a Estrutura Curricular, podemos observar que entre os elementos que constituíam o perfil do enfermeiro, “a preparação do enfermeiro para trabalhar no âmbito comunitário e capacidade para atender ao binômio mãe e filho”, ficavam a cargo das habilitações.

Entendo que, embora as habilitações oferecessem uma oportunidade de maior qualificação, mas, ainda que realizadas após a graduação, não ofereciam ao profissional uma titulação de pós-graduação. Independentemente deste fato, as habilitações se constituíam num elemento opcional, não configurando oportunidade para que todos os alunos aprofundassem conhecimentos naquelas áreas específicas.

O currículo aprovado, implantado pelo Conselho Estadual de Educação (CEE), sofreu algumas modificações para atender à realidade da região e, sobretudo, ao marco conceitual proposto.

Após um longo período de discussões, no âmbito das instituições de ensino dos diversos eventos regionais e nacionais, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), apresentou uma nova proposta de Currículo Mínimo, encaminhada ao Conselho Federal de Educação (CFE), em setembro de 1991. A partir da aprovação dessa proposta, pelo CFE, obteve-se o Parecer 314/94 do Conselho Federal de Educação, o qual foi homologado pelo,

então, Ministério da Educação e do Desporto, constituindo as Portarias 1.721/94 e 001/96, que regulamentaram o novo Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação em Enfermagem.

Considerando ser a reestruturação curricular um processo dinâmico, o currículo implantado passava por constantes avaliações através de seminários, oficinas e discussões, envolvendo docentes e discentes, o que permitiu o levantamento de alguns pontos críticos, por exemplo: a contradição entre os marcos conceitual e estrutural, uma pretendida ênfase em Saúde Pública, grande número de disciplinas na área clínica e, conseqüentemente, maior carga horária destinada à prática de campo na rede hospitalar; a necessidade de uma melhor definição da vocação do curso e do perfil da enfermeira formada pela universidade em estudo; a inflexibilidade curricular, representada por um grande percentual de disciplinas do Currículo Pleno incluído no Currículo Mínimo (76,6% da carga horária); além de cadeias de pré-requisitos muito extensas (mais de seis disciplinas); do aumento gradativo da carga horária mensal (até trinta e sete horas de atividades teórico-práticas) e de um pequeno percentual de disciplinas optativas.

Com vistas a atender às demandas levantadas nesse processo contínuo de avaliação, bem como às propostas trazidas para o novo currículo (Parecer 314/94 - CFE) homologado pelas Portarias 1721/94 e 001/96, do Ministério da Educação, foram feitas as seguintes alterações:

- extinção das habilitações;
- aumento da duração mínima do Curso em anos (mínimo de 4 e máximo de 6 anos) e horas (mínimo de 3.500 horas - aula);
- o redimensionamento no rol das matérias e disciplinas dos conteúdos das áreas de Ciências Humanas e Biológicas, de modo que fossem ministrados como conteúdos essenciais para o exercício profissional;
- o conteúdo mínimo abrangendo 4 (quatro) áreas temáticas, incluindo matérias e disciplinas das ciências biológicas e humanas de forma equilibrada: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração de Enfermagem.
- inclusão do estágio curricular supervisionado em hospitais, ambulatorios e unidades da rede básica de serviços de saúde, com duração mínima de dois semestres letivos, complementando o conteúdo mínimo estabelecido.

Tais alterações buscavam, naquele momento histórico, adequar o processo de formação da enfermeira às transformações da profissão, do sistema de saúde, do ensino de Enfermagem, do mercado de trabalho e, principalmente; às necessidades e demandas de saúde da população, expressas pelas significativas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico. Vale salientar, contudo, que ainda não percebemos, nem neste nem nos outros dois projetos pedagógicos vivenciados na universidade desde a sua implantação, nenhuma referência à Integralidade, seja esta nas disciplinas ou nos conteúdos, mais especificamente a Integralidade da atenção à saúde.

No curso de graduação em Enfermagem em estudo, atualmente, ainda vigora o projeto político-pedagógico implantado em 1998. Porém, tivemos acesso a um novo documento construído coletivamente, e ainda não implantado por estar em tramitação no Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão – CONSEPE, dessa Universidade.

Essa nova proposta visa atender à Resolução 03, de 07 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação, que define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiras, objetivando fortalecer e impulsionar o movimento de mudança na formação, na produção de conhecimentos e na prestação de serviços, no qual as enfermeiras sejam compreendidas como sujeitos conscientes do modelo de atenção à saúde; organizadoras da coletividade e atuantes na proposição e implantação de políticas públicas de educação e saúde, norteadas pela defesa da qualidade de vida.

Diferentemente do Currículo Mínimo, as Diretrizes Curriculares devem ser entendidas como diretrizes que têm a finalidade de fornecer referenciais para as discussões a respeito da formulação, desenvolvimento e avaliação do projeto pedagógico do curso de enfermagem e não necessariamente a função de estabelecer currículos e formatações para este curso.

Neste sentido, o Curso de Graduação em Enfermagem, campo empírico desta investigação, pela primeira vez traz, pelo menos de forma escrita, uma nova perspectiva de formação, que busca atender às demandas políticas e sociais da sociedade brasileira, de forma mais ampla e às necessidades e interesses dos “locais” onde se insere, além de permitir criar outras possibilidades de desenhar um modelo de atenção à saúde que contemple práticas sanitárias relacionadas a um conceito ampliado de saúde e de justiça social.

A nova proposta de estruturação curricular do curso de Enfermagem, cenário desta investigação, traz várias inovações, mas uma em especial merece destaque, quando afirma ter levado em consideração na construção da proposta a definição de modelos e práticas pedagógicas que deverão nortear a nova proposta curricular, permitindo a interdisciplinaridade, a Integralidade e o caráter generalista do ensino na graduação.

Investigamos o princípio da Integralidade do cuidado à saúde nas práticas curriculares do processo de formação da enfermeira, como estratégia para o fortalecimento do SUS.

### 3.3 ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

#### 3.3.1 O grupo focal

A delimitação do objeto de estudo, acrescido do suporte teórico para fundamentar a compreensão desse objeto, necessita ser interpretado através de fenômenos que possam ser traduzidos ou registrados. Esta tradução e registro são viabilizados por meio de técnicas de coleta dos dados que permitem a análise e conclusões da pesquisa.

Para Polit e Hungler (1995), dados ou fenômenos são todos os elementos de informação obtidos durante a investigação. Já a técnica é o instrumento que permitirá a apreensão de uma dada informação.

Entendendo que a formação em saúde atende a finalidades que se definem social e historicamente, como também defendendo que os docentes das graduações em saúde podem ser importantes sujeitos na (re)construção do modo de produção dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, acredito que se faz necessário compreender a formação em saúde através da expressão das subjetividades dos sujeitos envolvidos nesse processo de formação.

Dito de outra forma, devemos olhar para as ações e relações produzidas no processo de formação da enfermeira e, nesse sentido, concordo com Fortuna (1999), quando destaca que para analisar relações é fundamental que estejamos em relação. Esta atitude metodológica/política definiu a forma da “coleta de dados”, me encaminhando para que a mesma acontecesse através do grupo focal.

Segundo Powell e Single (1996, p. 449), um grupo focal se constitui num conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores, para discutir e comentar um tema que é objeto de pesquisa, a partir da experiência pessoal de cada um.

Morgan (1997) define grupo focal como uma técnica de pesquisa que coleta dados através da interação grupal, sobre um determinado tópico selecionado pelo pesquisador. Na essência, é o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo os dados, por si mesmos, são trazidos pela interação grupal.

Os grupos focais permitem o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas; conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes;

observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas; possibilitar a reprodução de processos de interação que ocorram fora dos encontros grupais. Esses dados são possíveis de serem obtidos através do grupo focal, em curto espaço de tempo (WESTPHAL et al, 1995).

Essa técnica pressupõe que os integrantes compartilhem traços comuns como um dos critérios para a composição do grupo e que possuam uma experiência prévia do assunto a ser abordado. Também é recomendável ter uma composição homogênea, preservando, porém, certas características heterogêneas do grupo – um balanço entre uniformidade e diversidade, facilitando a interação dos integrantes (TANAKA; MELO, 2001).

A aplicação do grupo focal busca abordar questões em maior profundidade pela interação grupal, a literatura sugere que cada grupo tenha preferencialmente entre seis a doze participantes, pois grupos maiores limitam a participação, as oportunidades de trocas de idéias, o aprofundamento no tema, bem como dificultam os registros (GATTI, 2005).

Qualquer que seja o tamanho do grupo, recomenda-se selecionar um número de integrantes maior que o do idealmente necessário. A regra comum é recrutar, em média, vinte por cento a mais, pensando nas eventuais ausências de integrantes selecionados.

Não há necessidade de o pesquisador aprisionar-se dentro de limites estipulados sob uma perspectiva técnica ideal. Para alguns tópicos, tais como aqueles em que os participantes têm um nível relativamente alto ou relativamente baixo de compreensão ou envolvimento, poderá haver uma alteração na composição numérica para menos de seis ou mais de dez integrantes do grupo.

Os autores são unânimes em afirmar a necessidade do preparo do pesquisador que se propõe a coleta de dados com grupo focal, tanto no aspecto técnico quanto no aspecto do conteúdo. Isso significa que quem coordena o grupo precisa adquirir habilidades adequadas a sua atuação como facilitador da interação entre os integrantes do grupo. Tem ainda por tarefa a proposição das questões que se dirigem para o objetivo da investigação, bem como manter as discussões focalizadas no tema proposto para a discussão daquele encontro e retomá-las quando necessário.

Embora seja a primeira vez que coordenei um grupo focal, não tive dificuldades em conduzir o processo, já que as técnicas grupais têm sido amplamente utilizadas pela enfermagem no seu cotidiano de trabalho, como ressalta Munari e Rodrigues (1997, p. 11):

Na área de enfermagem a utilização de grupos não se constitui propriamente uma novidade. Por natureza, o enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho em grupo como, por exemplo, na equipe de enfermagem, durante a passagem de plantão, executando atividades educativas, no ensino realizando

discussão de casos ou como estratégia em disciplinas em que o grupo é visto como parte da aprendizagem.

Nos encontros do grupo, também está prevista a presença de um observador com a função de registrar os aspectos não verbais e a dinâmica de interação entre os participantes, complementando o registro sistematizado de cada sessão através de gravações, com consentimento dos integrantes. No final da sessão, o observador pode ajudar o coordenador a elaborar a síntese do encontro.

A duração dos encontros tem sido definida em torno de uma hora e meia a duas horas para cada sessão, podendo ocorrer a formação de vários grupos e a realização de diferentes números de encontros.

A determinação do número de encontros, assim como do número de grupos, depende, basicamente, da quantidade e qualidade dos dados produzidos. Para fixar quantos grupos focais conduzir, é comum se realizar três ou quatro grupos e, então, verificar a quantidade e o nível de informações obtidas para a questão em estudo.

Se as informações forem consideradas suficientes não se compõem outros grupos. Gatti (2005, p. 23) afirma que “a suficiência depende das pretensões dos pesquisadores e do estudo, mas ela é admitida quando se julga que já se obteve o conjunto de idéias necessário para a compreensão do problema e se julga muito provável que novas idéias não aparecerão”.

Provavelmente o fator mais importante da definição do número de grupos é a variabilidade dos participantes, tanto dentro como através do grupo. Para Tanaka e Melo (2001, p. 58) “o importante é selecionar pessoas com diferentes opiniões em relação ao tema a ser discutido, com o objetivo de obter não uma representação quantitativa de diferentes opiniões e setores, mas sim o relato de cada segmento sobre o objeto da avaliação”.

#### 3.3.1.1 *A constituição dos grupos*

Os sujeitos da pesquisa dizem respeito à população que atenda aos objetivos da investigação, de acordo com as colocações de Polit e Hungler (1995). Esses sujeitos são seres dialógicos que se humanizam através do contato com o outro, o que implica enunciar que “não existe qualquer possibilidade de representar o sujeito como uma interioridade absoluta, pois a interioridade subjetiva remete para a exterioridade do outro” (BIRMAN, 1994, p. 37).

Assim, a forma como os sujeitos desta pesquisa explicitaram a noção de Integralidade do cuidado, bem como as aproximações e distanciamentos do princípio da Integralidade do cuidado nas práticas pedagógicas do processo de formação, foi expressada na exterioridade do

outro, ou seja, nas ações que esses sujeitos desenvolvem no seu trabalho docente, bem como na sua prática discente.

Os sujeitos desta investigação foram selecionados sem distinção de sexo, cor, raça ou faixa etária, tendo como variável comum serem docentes ou discentes do curso de graduação em enfermagem, cenário empírico deste estudo, e no caso das discentes, estarem cursando entre o 3º e o 9º semestre do curso.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, iniciei meu percurso para a realização do grupo focal, entrando em contato com o colegiado do curso de graduação em enfermagem na busca dos nomes das docentes e suas respectivas disciplinas, bem como os nomes das discentes listadas por semestre.

Busquei, então, dentro de cada semestre, selecionar uma docente com atuação na área de saúde coletiva e outra na área hospitalar, totalizando 14 profissionais. Dentre as discentes selecionei, aleatoriamente, duas por semestre. Fiz um contato telefônico inicial. Neste contato, adiantei o assunto, dizendo que se tratava da realização de uma pesquisa e que, para tal, gostaria de ter um encontro pessoal. Diante desta solicitação, não houve nenhuma recusa, assim, no dia e horário agendado, segundo a disponibilidade de cada uma, as possíveis informantes compareceram no local combinado, o colegiado do curso. Na ocasião, foi explicada a temática da pesquisa e o método de coleta de dados.

Dentre as 14 docentes consultadas, 2 não aceitaram participar, alegando motivos pessoais, como viagem ou tratamento médico previamente agendado. Entre as discentes, 5 das 14 também não aceitaram, alegando sobrecarga de atividades.

Aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Dentre as que confirmaram participação, houve a preocupação com o dia dos encontros grupais, indicando, a princípio, que esses encontros não poderiam coincidir com os horários de aula nem com as reuniões dos grupos de pesquisa e extensão.

As docentes sugeriram, então, que as reuniões ocorressem no fim da tarde das quartas-feiras, dia em que não há aula no curso, sendo utilizado apenas para a realização de reuniões.

As discentes optaram pela segunda-feira, a partir das 17h, já que todas estariam livres nesse período.

Ainda neste primeiro encontro, sugeri que as reuniões fossem realizadas no laboratório de enfermagem da própria universidade por ser um local de fácil acesso para todas, além de se dispor de uma infra-estrutura completa para realizar as reuniões com os grupos, ou seja, sala



com cadeiras móveis individuais permitindo distribuí-las em círculo, instalação para gravação, boas condições de iluminação e ventilação, privacidade.

Desta forma, o grupo de docentes, aqui tratado por G1, ficou composto por doze professores e o grupo de discentes, G2, contou com a participação de nove integrantes.

Acreditando que a construção de percepções passa por questões de formação e de experiências que o sujeito vai construindo ao longo de sua história, julguei ser importante apresentar os sujeitos da pesquisa, no sentido de conhecermos quem fala e de onde fala. A apresentação será feita de maneira muito objetiva e com nomes fictícios. Os nomes aqui utilizados foram inspirados em praias famosas de todo o mundo.

Docentes de Enfermagem:

**Itapuã**, formada em 1980. Em 1984, ingressou no ensino de graduação em enfermagem, tendo lecionado diversas disciplinas que integram a área de Administração em Enfermagem.

**Eufrates**, formada em 1992. Desde 2001, compõe a área de Assistência de Enfermagem.

**Noa Noa**, formada em 1995. Foi admitida no ensino em 1997, na área de Assistência de Enfermagem.

**Tahiti**, formada em 1993. Em 1996 foi admitida no ensino, na área de Fundamentos da Enfermagem.

**Copacabana** se formou em 1988. Em 1990 ingressou no ensino, na área de Fundamentos da Enfermagem.

**Málaga**, formada em 1989. Atua na área de Administração em Enfermagem.

**Maui**, formada em 1990, iniciando de imediato sua atuação como docente na área de Assistência de Enfermagem.

**Ibiza**, formada em 1994, iniciando como docente no mesmo ano. Atuou na área de Administração em Enfermagem e atualmente integra a área de Assistência de Enfermagem.

**Martinica**, formada em 1991. Em 1994 ingressou no ensino, na área de Assistência de Enfermagem.

**Santorini** formou-se em 1986, atualmente atua na área de Fundamentos da Enfermagem.

**Aruba**, formada em 1996, entrando no ensino em 2000, integrante da área de Assistência de Enfermagem.

**Capri**, formada em 1989, atua na área de Assistência de Enfermagem.

Discentes de Enfermagem:

**Cancun**, 3º semestre do curso;

**Ilhéus**, 5º semestre;

**Caribe e Maiorca**, 6º semestre;

**Fiji, Egeu e Mykonos**, 7º semestre;

**Sardenha**, 8º semestre.

Embora não tenha conseguido formar o grupo com discentes de todos os semestres, creio que foi um grupo bastante representativo, já que não tivemos discentes apenas do 4º e 9º semestres.

Na fase de planejamento, discutimos o número de encontros e, ao combinarmos todos os fatores pertinentes e as recomendações da literatura, projetamos quatro sessões para cada grupo, alertando que, conforme o desenvolvimento, poderíamos estender ou reduzir de acordo com o desenvolvimento e a exaustão dos dados, frente aos objetivos propostos nesta investigação.

No dia anterior ao primeiro encontro, colocamos um aviso impresso no escaninho de cada docente, lembrando data, hora e local. Quanto as discentes, foram lembradas através de e-mail.

### 3.3.1.2 *O desenvolvimento dos grupos*

A duração recomendada para os encontros, segundo alguns pesquisadores, como TANAKA e MELO (2001) e GATTI (2005), é de um período de uma hora e meia até, no máximo, três horas para cada sessão. Adotamos a duração de duas horas para cada encontro, prevendo um tempo para apresentação e reencontros entre colegas que não se encontram com frequência, reservado um tempo para se estabelecer um clima mais agradável, mais favorável para a interação das integrantes.

Na sala destinada aos encontros dispomos as cadeiras em círculo, de modo que os participantes ficassem face a face, facilitando a interlocução.

Para a gravação, providenciamos dois aparelhos que foram dispostos em pontos distintos do círculo, possibilitando uma cobertura uniforme dos pontos onde se encontravam as integrantes da pesquisa.

Já no primeiro encontro, percebemos um problema que estaria presente em todos os demais, a ausência de alguns integrantes. No G1, das 12 docentes que aceitaram participar,

compareceram 10, sendo justificadas suas ausências por colegas presentes. Ibiza estava acompanhando uma atividade prática em outra cidade e Santorini teria ido acompanhar sua mãe em consulta médica. Quanto ao G2, tivemos a ausência de Mykonos, que estaria viajando.

Apesar do grupo, tanto de docentes quanto de discentes, já se conhecerem, por trabalhar ou estudar no mesmo local, promovemos o momento de apresentação e foi possível identificar, principalmente entre as discentes, que, mesmo convivendo no mesmo espaço, algumas não se conheciam.

Na apresentação, as observadoras dos grupos também se apresentaram. Além da apresentação pessoal, explicaram suas atribuições, esclarecendo que não teriam nenhuma participação verbal, permanecendo o tempo todo com a tarefa de realizar os registros dos acontecimentos do grupo, tais como: falas, silêncios, atrasos, interrupções, gestos, barulhos que pudessem ocorrer, conversas paralelas; esclarecendo que esse registro não tinha a finalidade de controle, mas que todos os acontecimentos são importantes para se entender o processo grupal, mesmo que se trate de fatos externos ao ambiente, e que as anotações seriam sigilosas e destruídas após o término da pesquisa. As observadoras se posicionaram fora do círculo sentadas em uma carteira com apoio para escrever.

Como sugerido pela literatura, ao final de cada sessão, as observações e leituras do movimento grupal, feitas pelas observadoras, foram passadas para a coordenadora, de modo a ajudar na elaboração da síntese de cada encontro.

Esclarecemos também que havíamos reservado alguns detalhes sobre a pesquisa para que não houvesse interferência com a discussão que se daria a seguir e ainda estabelecemos o contrato de trabalho, reforçando a importância de não faltar aos encontros, que seriam semanais, bem como o horário de início e término de cada reunião.

Diante desses “acertos”, demos continuidade ao grupo, iniciando com uma técnica de “quebra-gelo”, sendo dado um quebra-cabeça e pedido para que o armassem no chão, porém, antes de entregar aos participantes, retiramos, propositalmente, algumas peças.

Realizamos essa técnica com o objetivo de disparar as discussões sobre os sentidos da Integralidade, já que podemos fazer uma “comparação simbólica” entre o quebra-cabeças, que é formado de pequenas peças, e o ser humano, também formado por várias dimensões.

O G1 reagiu ao brinquedo com muita surpresa, lembrando que há muitos anos não armavam um quebra-cabeças. Nem todas se sentiram confortáveis em sentar no chão, o que levou a uma divisão do grupo, ou seja, algumas no chão e outras nas cadeiras ao redor, indicando qual peça poderia ser encaixada.

O G2 reagiu com mais naturalidade. De imediato afastaram as cadeiras e fizeram um círculo no chão, começando a montagem.

Primeiro no G2 e depois no G1, durante a montagem, um dos membros percebeu a ausência das peças e questionou. De imediato os outros concordaram que realmente o quebra-cabeças estava incompleto. Dei, então, as peças retiradas anteriormente para que concluíssem a atividade.

Ao final, ouvimos de cada participante os sentimentos emergidos daquele momento. Pedi, então, que fizessem um paralelo entre a montagem do quebra-cabeças e o cuidado ao paciente desenvolvido durante suas atividades práticas como docentes ou discentes.

Esta “brincadeira” inicial foi bastante interessante, pois, além de descontrair o grupo e proporcionar sua integração, já que foi uma atividade grupal, serviu ainda para as primeiras reflexões sobre as várias formas de se prestar o cuidado.

Em pertinência com os objetivos, foi estabelecido um roteiro orientador (APÊNDICE B) de questões para que a coordenadora/pesquisadora do grupo tivesse em mãos, caso fosse necessário, para conduzir o grupo nos tópicos a serem discutidos:

a) Sentidos da Integralidade

- O que você entende por Integralidade da atenção à saúde?
- Os conhecimentos sobre o SUS, trazidos pelos discentes, são suficientes

para a atuação em campo de prática?

b) Práticas da Integralidade do Cuidado

- O aluno compreende a responsabilidade dele com o cuidado ao paciente?
- Você se sente responsável pelo paciente que cuida?
- Qual a importância que você dá às queixas subjetivas do seu cliente?
- Você se sente membro de uma equipe multiprofissional? (Com relação a enfermagem e as demais profissões)
  - Ao dar uma orientação ao usuário do serviço você considera os seus conhecimentos prévios?
  - Você acha que o curso tem um equilíbrio entre as áreas clínica e preventiva?

No desenrolar da discussão, os tópicos previstos nas referidas questões foram sendo manifestados pelas integrantes. Este processo, certamente, exigiu da coordenadora/

pesquisadora muita atenção para que os assuntos relativos às distintas experiências vividas não tomassem conta da sessão com situações semelhantes, sendo que, em alguns momentos, foi necessário retomar a discussão em aspectos relevantes do tópico que vinha se discutindo por perceber que não se havia esgotado os pontos de interesse da pesquisa.

Decorridas as duas horas, encerramos a sessão com uma breve avaliação do momento, feita pelas integrantes. Seguimos para um lanche, onde as conversas sobre o tema prosseguiram. Entre as docentes, com exemplos das atividades desenvolvidas na condução de suas respectivas disciplinas, e, entre as discentes, sobre situações vivenciadas nessas disciplinas.

Logo a seguir, a equipe da pesquisa, coordenadora/pesquisadora e as observadoras trabalharam na síntese do grupo e, baseado no (re)olhar do processo grupal, planejamos o segundo encontro.

No encontro seguinte, também relembramos às participantes o horário e local através de aviso impresso, e-mail e também contatos telefônicos. Porém, não foi suficiente já que com o G1, tivemos a menor frequência dos encontros. Apenas 8 docentes compareceram. Ausentaram-se: Copacabana, Capri, Málaga e Tahiti. Duas delas justificaram-se por telefone, a primeira alegou estar viajando a trabalho, e a outra por motivos pessoais. As demais informaram, através das colegas, que estavam repondo aulas. No G2, tivemos a ausência de Cancun, que é moradora de outra cidade e não chegou a tempo.

Começamos no horário combinado e propusemos que fosse falado um pouco sobre como passaram a semana após a vivência do grupo na semana anterior. Percebemos nas falas, em ambos os grupos, ter havido uma reflexão acerca da qualidade do cuidado prestado ao cliente e como estavam conduzindo suas práticas pedagógicas de modo a favorecer essa qualidade.

Os grupos transcorreram com muito envolvimento das participantes, sendo que, em alguns momentos, a coordenadora/pesquisadora teve que intervir para focalizar a discussão, através de questões que reconduzissem a discussão para o objetivo inicialmente proposto.

Também, ao final desse encontro, propusemos um momento avaliativo, o que foi bem interessante, pois as falas sinalizaram prazer em estar participando das reuniões, principalmente pela possibilidade de falar, serem ouvidas e poder encontrar no outro, caminhos para a superação de muitas de suas dificuldades. Novamente, a equipe se reuniu para trocar as impressões sentidas e planejar o próximo encontro.

Como falado anteriormente, os encontros tinham a pretensão de acontecer semanalmente, porém com o G1 isso não foi possível. Na terceira semana tivemos uma

ausência em massa das docentes, apenas 5 compareceram, o que nos obrigou a suspender o encontro, já que a literatura traz como seis o número mínimo de participantes para realização da sessão.

O terceiro encontro, tanto do G1 quanto do G2, transcorreu como planejado. As discussões foram produtivas e ricas, necessitando muito pouco da interferência da coordenadora/pesquisadora.

O quarto encontro teve início com a coordenadora/pesquisadora fazendo uma síntese das discussões produzidas pelo grupo durante os três encontros, sendo, em alguns momentos, reafirmado ou complementado pelas informantes. Em seguida, sugerimos ao grupo que, embasado nessas discussões, construísse uma atividade lúdica que retratasse qualquer situação vivenciada na sua prática docente ou discente, que refletisse a Integralidade do cuidado, lembrando que poderiam ser situações onde essa Integralidade existisse ou não.

Pedimos autorização para que a atividade pudesse ser filmada, o que foi aceito sem problemas.

Os grupos reagiram com entusiasmo à proposta. O G1 demorou um pouco mais a conseguir organizar as idéias, porém observamos a participação de todas. O G2 se articulou mais facilmente, e com discussões calorosas, em poucos minutos já tinha organizado as falas e o cenário para duas cenas.

A avaliação desse dia foi excelente, as participantes manifestaram muita satisfação com a atividade, já que puderam, através de simulações de situações cotidianas, fazer uma síntese das discussões acontecidas ao longo dos encontros e, mais ainda, fazer uma reflexão sobre o modo de agir de cada uma, enquanto docente ou discente. Relataram, ainda, o quanto os encontros propiciaram a construção de novos conhecimentos, destacando que a técnica de grupo focal permite ganhar muito mais do que contribuir.

Desses quatro encontros, as fitas foram transcritas e, posteriormente, revisadas detalhadamente pela pesquisadora, e os vídeos editados. O fato de termos utilizado dois gravadores simultaneamente colaborou para recuperar as falas, visto que se houvesse dificuldade de entendimento, tínhamos outra oportunidade de esclarecimento, portanto podemos afirmar que praticamente não tivemos perdas de depoimentos.

Os encontros aconteceram durante o mês de Julho de 2006 e as transcrições das fitas foram finalizadas no final do mês de agosto.

### 3.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa adotou a técnica de Análise de Conteúdo, de Bardin (1995, p. 42), entendida como:

Um conjunto de técnicas [...] visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

A técnica de análise de conteúdo é um instrumento de análise interpretativa, cuja finalidade é explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem, bem como o significado do mesmo, através de deduções lógicas e justificadas, deduções estas que podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica ou econômica, tendo como referência a análise de sua gênese, do contexto em que esta mensagem se processou e/ou dos efeitos da mesma. Assim, tudo que é dito ou escrito está suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. E tudo que é submetido a uma análise de conteúdo é fundamentado em princípios filosóficos que edificam o modo de pensar do pesquisador.

Para Bardin (1995), o método de análise de conteúdo não deve ser considerado como um instrumento, mas como um leque de apetrechos marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto, que são as comunicações.

Nesse conjunto de “apetrechos”, utilizei a Análise Temática, a qual objetiva “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1995, p. 105). Os núcleos do sentido estão articulados ao tema investigado como uma unidade de significação que se desprende de um texto analisado, consoante com os critérios relativos à teoria que serve de guia para a leitura, comportando um feixe de relações que podem ser apresentadas através de uma palavra, uma frase ou um resumo.

A análise temática foi desenvolvida em três etapas, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação. Na pré-análise, realizamos uma leitura flutuante do material pesquisado, direcionado-o para os objetivos propostos neste estudo, no sentido de constituir um corpus que represente a organização do material coletado.

Na fase de exploração do material, busquei codificar o núcleo de compreensão do mesmo, agregando dados e informações, bem como selecionando as categorias teóricas ou empíricas que nortearam a especificação do tema. Realizamos um recorte de texto e separação

das unidades de análise compatíveis de categorização, ou seja, o agrupamento das unidades de conteúdo comuns, de modo que construímos categorias de acordo com o roteiro pré-estabelecido, sendo que cada categoria foi dividida em subcategorias, visando a uma forma de apresentação e análise mais congruente com o objetivo proposto.

Finalmente, na última etapa, busquei apresentar inferências e realizar interpretações fundamentadas no quadro teórico delineado neste estudo, lembrando o que cita Bernardes (2005, p. 82): “o tratamento dos dados obtidos e sua interpretação devem ir além das operações estatísticas, trabalhando com significados em lugar de inferências estatísticas”.

### 3.5 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

Essa investigação foi conduzida levando-se em consideração os princípios éticos básicos para as pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde: o respeito à pessoa, o comprometimento com o máximo de benefício individual e coletivo, a garantia de que danos previsíveis seriam evitados, bem como a igual consideração dos interesses dos envolvidos, assegurando sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 1996).

Atendendo ao que dispõe a referida Resolução, elaborei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), assegurando a confiabilidade, a privacidade e a preservação da imagem das participantes, assim como a solicitação de autorização para utilização dos dados para ensino e pesquisa. Esse termo foi lido e assinado pelas possíveis participantes, sem qualquer tipo de coação, protegendo sua liberdade de escolha.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, ao emitir o primeiro parecer (ANEXO A) solicitou que, por questões de gênero, utilizasse no título e corpo do trabalho a palavra “enfermeiro” e não “enfermeira”, por entenderem que incluem homens e mulheres.

Em resposta a essa solicitação encaminhei um ofício ao comitê (APÊNDICE C), esclarecendo que a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, instituição na qual o presente estudo está vinculado, vem ao longo dos anos se firmando no meio científico por seus estudos sobre a mulher com ênfase nas questões de gênero, e dentro dessa perspectiva defende o uso da palavra enfermeira para caracterizar o profissional da Enfermagem.



Esta opção está respaldada ainda no fato de que a profissão foi criada por mulheres, historicamente é desempenhada por mulheres, tendo em sua conformação 99% de profissionais do sexo feminino, o que embasado nas questões de gênero, não nos permite generalizar a profissional com o substantivo no masculino. Ademais, a língua portuguesa já admite este tipo de utilização quando se fala de uma maioria.

O Comitê então acatando a justificativa, emitiu um novo parecer (ANEXO B), onde autoriza a realização da pesquisa.

A pesquisa só teve início após o recebimento do último parecer – Parecer Consubstanciado.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Quanto mais penso sobre a prática educativa, reconhecendo a responsabilidade que ela exige de nós, tanto mais me convenço do dever nosso de lutar no sentido de que ela seja realmente respeitada.”

Paulo Freire

Este capítulo apresenta a análise construída a partir das sessões de grupo focal realizadas com discentes e docentes do curso de Enfermagem de uma universidade estadual no interior da Bahia.

Neste momento, serão apresentadas e comentadas as categorias configuradas a partir dos dados empíricos, sendo mostradas, posteriormente, algumas unidades de dados, ou seja, parágrafos das entrevistas que permitem melhor acompanhar o sentido dessas categorias (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

### 4.1 COMPREENSÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Quando propus aos grupos, como primeiro tema a ser discutido, qual a compreensão que tinham acerca da Integralidade do cuidado, imaginei que as idéias seriam mais variadas, já que a nossa prática de docentes e discentes permite a experimentação de infinitas possibilidades que retratam a Integralidade, além de dispormos na literatura de múltiplas experiências e uma ampla variedade de abordagens acerca dos seus significados.

Mattos (2001), em seus estudos, sugere que “talvez não devemos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo”.

Não pretendi com a discussão desse tema conceituá-la, já que parto do entendimento que ela é polifônica ou polissêmica, ou seja, existe e acontece sob várias formas, onde pensar como conceito acabado poderia determinar a sua “morte”. Pretendi conhecer os sentidos percebidos pelas docentes e discentes, a partir de suas experiências de vida profissional e pessoal, o que permitiria uma boa troca entre as presentes.

Seus significados apareceram sob dois aspectos, num primeiro, na perspectiva da integração biopsicossocial, em um segundo, na perspectiva da formação.

#### 4.1.1 Integralidade como articulação biopsicossocial

Na análise da primeira categoria, podemos perceber uma concepção de integralidade entendida não apenas como uma soma de aspectos físicos e psicológicos, mas estes permeados pela valorização das necessidades dos usuários:

*[...] quando a gente fala em integralidade, a questão também é psicológica, social, financeira... é você buscar compreender a vida dela[da pessoa] como um todo, todas as dificuldades que ela passa, e não se apegar só à queixa física (Sardenha – G2).*

*[...] acho que a palavra, ela vem de integral, se a gente trazer pro paciente, a gente sabe que é observar tudo, todo ele, não só aquilo que está às nossas vistas não, tem que ir além do biológico (Martinica – G1).*

*[...] quando a gente fala integralidade, a gente fala da vida da gente mesmo, como um todo, e com tudo que aconteceu na vida da gente, todas as dificuldades que a gente tem e também as facilidades que a gente tem, o que a gente conquistou em nossa vida, então aí entra tudo (Mykonos – G2).*

*[...] pra você falar de uma doença infecto-contagiosa tem que realmente trabalhar com integralidade, porque ela passa por um monte de coisas que não é só o corpo da pessoa, mas às vezes a pessoa usa o corpo pra trabalhar, usa o corpo pra ganhar o seu pão e isso... a gente tem que levar em consideração (Ibiza – G1).*

*[...] proporcionar uma atenção de forma completa, tanto no que se refere à integralidade do ser, como ao acesso a todos os níveis de atenção do SUS, considerando os condicionantes e determinantes do processo saúde/doença nas esferas individual e coletiva (Aruba – G1).*

Percebemos nas falas que tanto as docentes quanto as discentes de Enfermagem consideram que, para que o cuidado seja desenvolvido de forma integral, tem que se considerar a história de vida, bem como o contexto no qual o outro está inserido. Ayres (2004) afirma que para a formulação e execução das intervenções de saúde precisamos nos atentar à presença do outro (sujeito), entendermos as identidades e aspirações dos indivíduos para além da dimensão corporal.

Embora seja um aspecto bastante relevante da Integralidade, entendo que apenas essa concepção ainda é muito restrita, se levarmos em consideração as inúmeras possibilidades de entendê-la. Integralidade, no contexto do Sistema Único de Saúde, pode ser vista sob vários sentidos. Esses sentidos surgiram de uma crítica às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde, ou seja, seus sentidos vão refletir as diversas dimensões desta crítica.

Mattos (2001) atribui um sentido à integralidade relacionada ao movimento de medicina integral que, em linhas gerais, criticava os profissionais médicos por adotarem diante de seus pacientes uma atitude fragmentária, com ênfase apenas no funcionamento dos sistemas ou aparelhos no qual os profissionais eram especialistas. Isso levava a uma apreensão reducionista do paciente, com uma supervalorização das dimensões biológicas em detrimento das psicológicas e sociais.

Para a medicina integral, a integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, onde se recusariam a reduzir o paciente a condição de objeto, de aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, não reduziriam o paciente à sua queixa (MATTOS, 2001).

Embora Mattos faça uma referência ao profissional médico, sabemos que essa é uma atitude desejável a todos os profissionais de saúde. A busca é para que o conjunto de profissionais dos serviços de saúde passem a incorporar em suas práticas uma identificação mais abrangente das necessidades de saúde das pessoas, que podem se caracterizar por uma simples necessidade de conversa.

A Integralidade exerce crítica às práticas dos profissionais de saúde para que passem a buscar compreender o conjunto das necessidades de saúde de um paciente (para além da atenção individual curativa), com a incorporação de ações de promoção e de prevenção na saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras – Integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva.

A Integralidade está no modo de organizar as práticas, critica a separação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e a atenção individual, critica os programas verticais – Integralidade tomada como horizontalização dos programas.

A Integralidade pertence ao modo de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico – articular atenção à demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde, buscando continuamente ampliar as possibilidades de apreensão e satisfação das necessidades de cada grupo populacional, ampliando a eficiência do trabalho em saúde – Integralidade tomada como oferta programada de atenção à saúde.

A Integralidade expressa o acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias a cada caso, a articulação a partir da atenção básica aos meios de diagnóstico e atenção especializada quando necessário, a ampliação do acesso ao sistema de saúde e à resolutividade da atenção – Integralidade tomada como acesso aos diversos níveis de atenção.

A Integralidade, finalmente, representa a construção de políticas especificamente desenhadas para dar resposta a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, articulação intra e intersetorial, de ampliação dos âmbitos e articulação de diversos espaços para a busca de soluções, busca de qualidade de vida – Integralidade tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

Esses vários sentidos da integralidade fazem parte do cotidiano dos entrevistados, contudo não há um entendimento da integralidade referido a aspectos como a organização do processo de trabalho e acesso a todos os níveis de atenção, dentre outros já mencionados, reduzindo-se o entendimento da integralidade apenas à perspectiva do homem.

#### **4.1.2 Integralidade como articulação entre disciplinas**

As discentes mostraram uma compreensão da Integralidade também como articulação entre as disciplinas estudadas durante seu processo de formação, ou seja, a Integralidade na formação referida à necessidade de relacionar os vários conhecimentos estudados ao longo da graduação:

*[...] a Integralidade dentro da nossa formação, deve ser relacionada com as disciplinas que deveriam se articular mais (Cancun – G2).*

*[...] e a Integralidade dentro da universidade, ela existe realmente? Ela é trabalhada? Existe uma associação de uma disciplina com outra? Por exemplo, a gente vê Fundamentos, vê a aplicação de Fundamentos em Saúde Coletiva?... Não, a gente não vê isso, pelo contrário, às vezes a gente aprende uma coisa no 3º semestre e chega no 4º semestre é uma coisa totalmente diferente (Maiorca – G2).*

*[...] eu já vi sistema de informação quatro vezes e eu sei que eu vou ver a quinta, que é lá em Informática, quer dizer então que não há uma comunicação entre as disciplinas (Caribe – G2).*

As falas nos mostram que a articulação interdisciplinar, vista pelas discentes como uma questão fundamental para a implementação da Integralidade, praticamente inexistente. Essa característica é comum na formação dos profissionais de saúde, como ressaltam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1402): “o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica”.

O ensino “centrado em conteúdos” nos leva a pensar que ainda temos a formação como mero ato de “passar” informações e conhecimentos do professor para o aluno, este sempre preocupado em cumprir o conteúdo programático proposto, enchendo os alunos de conhecimentos, desconsiderando qualquer saber anterior àquele momento:

*[...] a gente discutiu isso no começo da disciplina de Planificação, teve aulas que a gente teve que tirar do cronograma porque já tinha visto em Coletiva I, mas isso não significa que a gente aprendeu, na verdade eu acho que são muitas leis e a metodologia que são trabalhadas essas leis são... cansativas (Egeu – G2).*

*[...] a gente tem muito assunto pra dar, às vezes tem que correr mesmo, senão, não dá tempo (Ilhéus – G2).*

Mattos, F. (2006, p. 1) lembra que:

A crescente democratização dos Direitos Humanos, especialmente a ampliação do direito à informação e à educação a parcelas crescentes da população mundial [...] [vai] tornando esse modelo obsoleto. Não faz mais sentido uma visão tão conservadora do processo de ensino-aprendizagem, uma vez que o acesso à informação e ao conhecimento se dá de forma abundante também fora da escola.

A noção de ensino “organizado de maneira compartimentada e isolada” nos alerta que temos nos trancado dentro de nossas disciplinas, não permitindo a troca de saberes, tão pertinente à Integralidade, reitera a sensação de que nos bastamos, e que aquilo que nos propomos a ensinar basta aos alunos. As falas das docentes nos mostraram que devemos buscar um diálogo entre as disciplinas e destas com o mundo exterior, estimulando a relação necessária entre o mundo cultural e o mundo interno de cada um, para a construção do conhecimento na perspectiva da Integralidade:

*[...] existe uma falta de evolução dos currículos, uma rigidez, os currículos precisam ser permanentemente reavaliados de acordo com a evolução da sociedade (Santorini – G1).*

*[...] a gente não pode criar aqui um gueto, temos que buscar construir uma formação que dialoga com a realidade essencial (Santorini – G1).*

Pires (1998, p. 174) reafirma esse caráter fragmentado e desarticulado do ensino superior:

Apesar da necessidade que vem sendo sentida de integração entre as disciplinas, a realidade de ensino no Brasil, em todos os níveis, é a convivência cotidiana com uma organização de ensino fragmentada e desarticulada, em que os currículos escolares são constituídos por compartimentos estanques e incomunicáveis, que produzem uma formação humana e profissional de alunos e professores insuficiente

para o enfrentamento das práticas sociais que exigem formação mais crítica e competente.

A noção de que o modelo hegemônico de ensino vem “fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica” nos cobra entender que temos estado fixados em estudar e atender, não às necessidades de saúde do paciente X, mas o joelho do leito 20 ou a cirurgia abdominal do leito 10. Devemos buscar reconhecer que todo paciente que busca nosso auxílio é bem mais do que um membro ou aparelho com lesões ou disfunções, e aproveitar cada momento de atendimento para compreender as repercussões daquela doença na vida da pessoa, seus entendimentos sobre a doença e sobre o tratamento, assim como compreender que significados estão sendo atribuídos ao nosso trabalho, nossos conceitos, nossas condutas:

*[...] o paciente fala: eu senti isso, isso e isso. Prá você está bom, você não dá a devida importância as outras coisas que acontecem na vida da pessoa (Ilhéus – G2).*

*[...] se você está no serviço de diabetes a consulta é como está a alimentação, como é que tá a glicemia? A gente fica realmente só naquilo, se está no hospital é só realmente em cima daquele problema (Egeu – G2).*

*[...] você tem que ter a percepção de que são vários os fatores que podem estar desencadeando aquela doença, então é importante colher todas as informações, não só aquela específica da doença (Tahiti – G1).*

Mattos (2001, p. 54) traz um exemplo bastante corriqueiro que retrata essa fragmentação do indivíduo:

Não parece admissível [...] que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico dessa paciente e vice-versa. Como não é admissível que um homem diabético, com tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde pra ter encaminhada a resolução do seu problema.

Podemos constatar, entretanto, que embora toda a formação seja centrada nesse modelo dissociativo de conteúdos, discentes e docentes fazem referência a um momento diferenciado na formação, quando a disciplina Saúde Coletiva II trabalha com o que chamam de “Estudo tutorial”, e que, conforme descrição do próprio grupo, trata-se da metodologia da Problematização, que tem, por momento inicial, a observação da realidade a partir da qual o tema será trabalhado, seguida de reflexão na busca dos possíveis fatores que estão associados ao problema emergente da realidade sob foco.

No segundo momento, definem-se os aspectos que precisam ser conhecidos e compreendidos na busca de respostas para esse problema, assim os pontos-chave que orientarão os estudos e análises subseqüentes são determinados.

Em seguida, procede-se ao estudo criterioso acerca dos muitos aspectos teóricos relativos aos pontos-chave estabelecidos. É, portanto, no decorrer da teorização que os alunos desvelam pressupostos e fundamentos que os orientarão na resolução do problema.

O aprofundamento teórico, em confronto com a realidade, permite a análise e discussão dos dados colhidos e a proposição de hipóteses de solução, visando a intervir naquela parcela da realidade para a superação dos problemas e dificuldades identificados.

Finalmente, as hipóteses de solução são implementadas. É o momento de aplicação à realidade, caracterizado pela ação concreta e teoricamente fundamentada (GODOY, 2002).

Segundo Berbel citado por GODOY (2002, p. 5), “esse método foi denominado Método do Arco de Magueréz e foi proposto objetivando oferecer respaldo ao educador preocupado com o desenvolvimento de seus alunos e a sua autonomia intelectual, visando pensamento crítico e criativo”.

Nessa metodologia, a relação dinâmica entre o sujeito que aprende e o objeto do conhecimento verifica-se por meio de sucessivas aproximações. Dessa forma, o aluno tem possibilidade de aprender a pensar criticamente, desenvolvendo a capacidade de reconhecer a realidade e seus problemas, preparando-se para uma ação transformadora nos contextos profissional e social. Portanto, a Metodologia da Problematização permite ao aluno desenvolver a capacidade de construir seus conhecimentos por meio de situações observadas no contexto real, desencadeando um processo de ação-reflexão-ação, contínuo e progressivo (GODOY, 2002).

Pode-se perceber, então, que a Metodologia da Problematização é voltada para a transformação social, à medida que leva os alunos a pensarem sobre a realidade, de maneira crítica, buscando ações capazes de modificá-la, tendo a certeza que se trata de um processo inacabado, pois permite a todos que dele participam um contínuo e progressivo desvelamento da realidade.

Creio que é em função desse caráter dinâmico que a problematização possui que os estudantes sentem esse momento da formação como único e especial. Existe nesse momento a opção pelo paradigma da construção do conhecimento em oposição ao paradigma da transmissão do conhecimento, o que faz a aprendizagem ser interpretada como um caminho que possibilita sua transformação e a transformação do seu contexto.



#### 4.1.2.1 *Aplicação de metodologias ativas*

É comum ouvirmos discursos ou lermos sobre a necessidade de aplicarmos metodologias de ensino que busquem o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva dos nossos alunos, futuros profissionais de saúde, porém percebemos que na nossa prática cotidiana pouco fazemos nesse sentido. Ainda somos carentes de um trabalho pedagógico que leve os alunos a ultrapassarem a simples habilidade de memorização e compreensão inicial de fatos e idéias. Berbel (1999, p. 15) afirma que:

A complexidade crescente da vida em sociedade enfatiza a importância e a necessidade de habilidades intelectuais de nível superior em jovens e adultos que se preparam para exercer profissões e funções ou atividades de decisão que envolvam pessoas, recursos e finalidades sociais, além de suas próprias vidas.

Batista (2005, p. 232) também faz uma reflexão bastante pertinente acerca da necessidade de evolução do processo ensino-aprendizagem:

Na era da informática e das telecomunicações, a re-organização e produção das ciências impõem repensar a dinâmica do conhecimento em seu sentido mais amplo. Surgem novos olhares e possibilidades de compreensão do que significa educar o homem: diferentes campos da ciência, distintos contextos geo-políticos, múltiplas realidades sociais indicando a necessidade de se investir em práticas educacionais que tenham na participação crítico-reflexiva um pilar fundamental.

Nos últimos anos, vários autores têm demonstrado em seus estudos que a melhor forma de se desenvolver habilidades crítico-reflexivas é o ensino através do enfoque problematizador, que busca a construção do conhecimento por meio da apropriação de informações e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem (BATISTA, 2005).

Gisi e Zaiko (1998, p. 91) afirmam ser preciso:

Superar a simples transmissão de saberes cristalizados, entendidos como prontos e acabados, criando as possibilidades efetivas de, a partir dos problemas da prática social concreta, trazidos pelos alunos para a sala de aula, investigá-los, dar-lhes tratamento científico e devolvê-los em outro patamar de esclarecimentos à mesma prática social que os engendrou.

Encontramos nas falas das docentes e discentes um único momento durante toda a graduação onde há a aplicação desse enfoque problematizador, retratado pelas mesmas como uma experiência bastante exitosa:

*[...] a gente trabalha com a problematização, que vai desde a problematização da prática até quando a gente faz a teoria, fechando esse arco na prática novamente (Ibiza – G1).*

*[...] a questão do método tutorial que a gente teve em Coletiva II, por exemplo, é muito rico porque você não vê em outro momento da graduação a possibilidade de poder articular um conteúdo que a gente vê lá em anatomia, com o que você viu em microbiologia, com o que você viu em farmacologia, e isso é incrível (Mykonos – G2).*

*[...] você conseguir aplicar os conhecimentos das chamadas disciplinas básicas na sua prática cotidiana, é bem produtivo (Caribe – G2).*

*[...] a gente aprende tudo separadinho, e com o tutorial consegue articular esses conhecimentos que estavam cada um em seu canto (Fiji – G2).*

*[...] o tutorial é diferente de uma prova que você realmente decora, por exemplo, uma prova de disciplina longa você pega cento e tantas páginas e tem que ler aquilo ali tudo, com aquela pressão de que você tem que responder uma prova, infelizmente, estudar, a gente só estuda pra prova. Então eu acho que a discussão, a associação de disciplinas, a aplicação da teoria na prática é muito mais proveitoso (Ilhéus – G2).*

É importante que haja um rompimento nesse modelo curricular vigente, onde o ensino é predominantemente transmissivo e o aluno excessivamente passivo ante a construção do conhecimento. A técnica de exposição pode favorecer uma colocação geral sobre o assunto a ser estudado ou mesmo sínteses importantes no processo de apropriação das idéias, mas seu uso exclusivo transforma o espaço das interações professor-aluno em um monólogo não facilitador do aprender significativo.

É preciso romper com a perspectiva tradicional do ensino na educação superior, que desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As transformações sociais contemporâneas e a implantação das novas diretrizes curriculares nos impõem assumir uma postura mais permeável à estratégias didáticas que tenham foco na interação professor-aluno, onde o professor abandona o lugar do sujeito que transmite, para assumir o lugar de quem estabelece a mediação do conhecimento; o aluno articula aprender e ensinar em seu cotidiano universitário, e o professor também.

Dito de outra forma, o professor assume um lugar de facilitador do processo, e os alunos constroem novos trajetos que possibilitam a produção de um conhecimento singular a si, confrontado pelas mediações do professor.

## 4.2 CONHECIMENTO DO SUS

A Constituição Federal Brasileira de 1988 tem como uma de suas características principais a valorização de alguns direitos de cidadania, entre eles a saúde, reconhecida como direito de todos e dever do Estado. Muito dessa conquista deve-se ao movimento de reforma sanitária, encabeçado por um conjunto expressivo de militantes e intelectuais que buscavam a redemocratização do país e a construção de uma sociedade mais justa.

Ao longo desses quase 20 anos da sua promulgação muito se avançou na busca de um sistema de saúde que concretizasse o ideário expresso no texto constitucional, como afirma Mattos (2001, p. 42):

Construiu-se um arcabouço institucional para dar conta da diretriz da participação popular, com a criação de conselhos e conferências de saúde, e a descentralização também tem avançado, embora gradualmente. Em geral, o processo político em saúde envolve hoje um conjunto de atores muito mais amplo que outrora. E, mais recentemente, têm sido implementadas propostas que visam diretamente a modificar o modo de organização dos serviços e das práticas assistenciais.

No setor de ensino, entretanto, revela-se necessário e urgente um movimento social por uma Reforma da Educação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), onde haja um investimento maior em políticas educacionais para a formação de profissionais de saúde sustentados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Sendo a Integralidade um dos princípios constitucionais do SUS, decorre daí o argumento indiscutível de que os egressos dos cursos devem ter práticas pautadas pela Integralidade, mas Integralidade, para além do âmbito do SUS, é um princípio desejável de todas as práticas de saúde (MATTOS, 2004b).

Os discursos das discentes, no entanto, nos mostram que o que é visto durante a sua formação acadêmica não é o que elas acham necessário para compreender o SUS. As falas evidenciam uma valorização de leis, um discurso teórico, enquanto os alunos buscam entender os princípios do SUS e as formas práticas e possíveis de sua aplicação cotidiana:

*[...] os alunos nos primeiros semestres deveriam ver a história do SUS e a história da Enfermagem, com uma visão mais crítica (Caribe – G2).*

*[...] a gente vê em Coletiva I, Planificação, só que a gente vê as NOAS, NOBs, as leis do SUS, só que não é suficiente não, e não é em cima do que a gente quer, a gente quer é entender os princípios pra melhorar o cuidado (Mykonos – G2).*

*[...] a gente sabe pouco, mas a gente tem que saber é que aplicação isso tem junto a comunidade, como é que a gente vai mudar essa situação que tá aí, entendeu? Como aplicar os princípios do SUS pra melhorar a qualidade de vida do povo (Maiorca – G2).*

*[...] eu já passei por Coletiva I, II e III, estágio na rede básica e, agora, eu me vejo assim, eu preciso de uma preparação que a saúde coletiva não me deu, então assim, o curso aqui é voltado pra saúde coletiva, e a saúde coletiva, três disciplinas que a gente teve não deu essa formação, a gente deve buscar essa informação aonde? (Sardenha – G2).*

*[...] a gente precisa ser mais despertado pro SUS, pra importância que o SUS tem dentro da vida de cada brasileiro e que devemos lutar cada dia pela sua melhoria (Fiji – G2).*

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de enfermagem tragam uma preocupação com a consolidação do SUS, ampliando a responsabilidade social e com a capacidade de resposta e oferta da universidade aos problemas e demandas contemporâneos, como interpretam Ceccim e Feuerwerker (2004), percebemos nas falas que o compromisso e a responsabilidade da universidade com o SUS ainda é bem pequeno, retratado pela abordagem superficial que é dada ao tema e pelo despreparo sentido pelas próprias alunas para a sua implementação.

Situação semelhante ficou evidente nas falas das docentes. Há um acordo geral de que a formação é falha na abordagem do Sistema Único de Saúde, seja ela em seus aspectos históricos, que possibilitariam o conhecimento das dificuldades enfrentadas com a conseqüente compreensão da situação atual, seja ela quanto a seus princípios, princípios estes que deveriam nortear todo o processo de formação da profissão:

*[...] o grande problema é não conhecer a conquista da Reforma Sanitária, é não conhecer que o SUS é uma conquista popular, então, o que faz o SUS crescer é a participação popular, eu acho que é isso que falta na formação, a questão do SUS, ela precisa ser mais discutida, mais presente (Copacabana – G1).*

*[...] a disciplina pela qual sou responsável é oferecida no 5º semestre e, na maioria das vezes, percebo que os educandos têm pouca ou nenhuma noção acerca do SUS (Ibiza – G1).*

*[...] durante a discussão dos conteúdos, sempre tenho que chamar a atenção para os serviços que são disponibilizados pelo SUS e como funcionam (Tahiti – G1).*

*[...] a formação, ela deveria ser mais voltada para os princípios do SUS, o SUS como uma conquista popular, porque se muitos dos nossos alunos vão trabalhar no SUS como é que podem sair daqui sem entender o SUS (Ibiza – G1).*

Percebo também, nas falas das docentes, o SUS como mais um conteúdo a ser ministrado, há uma dificuldade em entender que o ensino na área de saúde deve acontecer de forma articulada e negociada com os seus princípios. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) “esse processo de aproximação com o SUS [...] favorece a ampliação da relevância social da universidade na medida em que traz para o cenário da educação o conjunto das referências centrais da reforma sanitária brasileira ou das diretrizes do SUS”.

Nessa relevância social da universidade subentende-se escolas capazes de formar profissionais de qualidade, conectadas às necessidades de saúde; escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde e prestadoras de serviços relevantes e de boa qualidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Almeida e Rocha (1986, p. 24) afirmam que:

O cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (o saber de enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando o atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente. A educação em enfermagem prepara e legitima sujeitos para este trabalho, através do aparato ético-filosófico e do saber de enfermagem.

Concordo com os autores que realmente temos buscado formar profissionais com essas características, porém acho de essencial importância um despertar político deste educando para o atual contexto da saúde nacional, comprometendo-se com a construção de uma política de saúde voltada para as necessidades da maioria da população, com uma distribuição equitativa e de qualidade dos serviços de saúde, sentindo-se parte integrante do processo de construção e fortalecimento do SUS.

#### 4.3 ACOLHIMENTO

Ao empregar o termo acolhimento, temos que nos remeter à discussão acerca de modelos assistenciais, entendido por Paim (2002, p. 370) como “combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde”.

Entendo modelos assistenciais não como uma maneira de organizar o serviço ou gerenciar um sistema de saúde, mas como uma forma de combinar técnicas e tecnologias na busca de atender às necessidades de saúde da população, sejam elas necessidades diretamente

ligadas à doença presente ou necessidades que permeiam o cotidiano diário de cada ser humano, onde se faz necessário um olhar mais profundo na captura de outras dimensões de necessidades.

Há uma busca crítica pela superação do modelo de cuidado hegemônico, onde existe a predominância de uma percepção biologistas, com exploração de tecnologias mecanicistas e reducionistas, busca por um modelo que considere os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo, entendendo-o como um ser indivisível, onde suas necessidades de saúde identificadas estejam intimamente ligadas ao seu modo de levar a vida, ao contexto no qual está inserido.

Ayres (2004b, p. 23) afirma que “na busca de criar canais que possibilitem essa escuta das necessidades não explícitas do indivíduo, tem-se aplicado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento”, não podendo ser resumido à boa recepção ou pronto-atendimento, mas entendido como uma prática aplicada no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro (AYRES, 2004b).

Silva Junior e Mascarenhas citados por SILVA JUNIOR, ALVES e MELLO ALVES (2004) afirmam que o acolhimento não deve ser reduzido à dimensão física (sala/ambiente), nem à recepção da demanda (simpatia e educação), deve ter outras dimensões como postura do profissional na relação com os usuários, como técnica de escuta e reflexão sobre problemas e necessidades e como princípio re-orientador dos serviços ou, ainda, como uma “rede de conversações”, como propôs Teixeira (2003, p. 92).

Diante disso, as falas nos levaram a três vertentes para entender como se ensina o acolhimento no processo de formação da enfermeira, sendo elas: capacidade de escuta, percepção e consideração das queixas subjetivas e atenção dispensada ao paciente.

#### **4.3.1 Capacidade de escuta**

É notória a existência de um processo de burocratização e, em muitos casos, até mesmo de embrutecimento das relações interpessoais nos serviços de saúde, sejam essas relações entre profissionais ou destes com os usuários.

O processo educacional não incentiva a construção de relações efetivas entre profissional e usuário, como afirmam Silva Jr., Merhy e Carvalho (2003, p. 113):

Na formação e capacitação de profissionais de saúde há, de modo geral, ênfase na aquisição de conhecimentos estruturados sobre doenças e agravos. Isso gera uma lacuna de formação no campo relacional, transferindo à sensibilidade e habilidade de cada profissional a possibilidade de um bom desempenho [...] a introdução de formação específica no campo relacional poderia instrumentalizar a melhor atuação do profissional.

Raramente encontramos usuários com queixas acerca das competências técnicas do profissional, confiam no seu diagnóstico e apostam no tratamento prescrito, majoritariamente medicamentoso. Contudo usualmente ouvimos queixas acerca da forma fria e direta que se desenrola a consulta. É perceptível a necessidade que tem o usuário de ser visto, ouvido e entendido pelo profissional de saúde, sob outros ângulos.

Nesse sentido, percebemos o acolhimento como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde, principalmente se abordado sob uma perspectiva essencialmente comunicacional, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde (TEIXEIRA, 2003).

Teixeira (2003) trata por acolhimento-diálogo a proposta de acolher moralmente a pessoa e suas demandas, acompanhado de um diálogo que se orienta pela busca de maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e das possibilidades e modos de satisfazê-las, tendo em mente que nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas.

Percebemos nas falas de alguns dos nossos informantes, uma percepção da importância desse acolhimento-diálogo no desenvolvimento de suas práticas, sendo algumas vezes percebido como uma forma de cuidado:

*[...] o paciente falou isso e isso e isso e você passou direto. Não passe pela queixa por mais que você saiba que aquilo ali pode não ser nada. Você tem que dar importância, por que aquilo é importante para ele (NoaNoa – G1).*

*[...] minha experiência tem demonstrado que, muitas vezes, o fato de você acolher (no verdadeiro sentido da palavra), parar para ouvir as queixas e responder atenciosamente contribui para a melhora do usuário (Maui – G1).*

*[...] a gente tava no ambulatório de psiquiatria essa semana, aí chegou uma paciente, ela já chegou chorando, ela tava com depressão, e aí ela falava assim: Não, eu vim aqui hoje, mas não é pra tomar uma medicação, porque o médico falou que tem que vir de 03 em 03 meses e eu tô sentindo que de 03 em 03 meses é pouco, porque eu moro sozinha, meu filho tá envolvido com drogas, a minha fuga é vir aqui chorar, aqui todos os meses. Ela chorava mesmo, ela falava assim: Três meses pra mim, eu já chego aqui super lotada de problemas, eu não agüento ficar três meses. Então a gente percebe que a*

*terapia maior pra ela não era o remédio era poder vir até o serviço desabafar, contar seus problemas (Egeu – G2).*

*[...] às vezes ele se preocupa tanto com os medicamentos que ele tem que tomar, e às vezes não precisa de nenhum, é só uma questão de poder falar e ser ouvido (Sardenha – G2).*

*[...] a questão de que você deve acolher, você estabelecer empatia com o paciente, deixar ele à vontade, na área que eu trabalho principalmente, porque a gente lida com doenças infecto-contagiosas, então é difícil pro paciente falar: Ah, eu tô aqui porque eu sou HIV positivo, ah eu vim aqui porque eu transei sem camisinha e tô com uma doença venérea, com uma doença de rua (Ibiza – G1).*

*[...] tem paciente que vem com a idéia da gente poder trocar experiência, e você acaba servindo de conselheiro, quando ele percebe que você está dando importância, quando está dando atenção a ele, você é o conselheiro certo, todos os problemas em casa que talvez sejam o motivo da doença, ele desabafa (Cancun – G2).*

Nas falas que se sucederam percebemos que a valorização da escuta tinha mais uma conotação de uma atitude desejável ao profissional de saúde, do que uma atitude incorporada a sua prática, ou seja, percebemos nos discursos que tanto docentes quanto discentes entendem a importância de se praticar o acolhimento-diálogo, porém há um enfoque acentuado na aplicação mecânica de tecnologias que buscam eminentemente a cura física:

*[...] eu vejo assim, se eu for buscar estar próximo do paciente eu vou ficar abaixo de todos os meus colegas na nota do meu professor e eu serei a única pessoa, talvez duas no máximo, que vai estar preocupado com o paciente, no geral do pessoal tá todo mundo preocupado com a técnica, que é o que foi orientado a fazer (Cancun – G2).*

*[...] as disciplinas elas tem práticas muito técnicas, os professores querem muito que a gente saia dali com habilidade técnica, não estão preocupados com relacionamento interpessoal (Ilhéus – G2).*

*[...] eles realmente tão mais interessados em desenvolver aquela técnica que ficou deficiente nas outras disciplinas, eles tão mais preocupados com a técnica (Malibu – G1).*

*[...] você tem que ter a percepção de que são vários os fatores que podem estar desencadeando aquela doença, então é importante colher todas as informações, não só aquela específica da doença, e muitas vezes o aluno quer só ver a técnica (Ibiza – G1).*

Mendes (1994) declara que não é mais possível esperar o genérico na assistência de enfermagem, como nas ciências físicas, onde todos os comportamentos são idênticos e onde é absoluta a certeza das leis da natureza. É necessário perceber que é através do relacionamento



interpessoal que a pessoa se conhece, porque é no encontro com o outro que emerge a consciência de si próprio e do valor pessoal. Mendes afirma ainda que apesar do homem, como indivíduo, poder ser tomado como um dos inúmeros exemplares da espécie humana, ele nunca pode ser considerado como um número, uma peça da totalidade. O homem-pessoa deve ser entendido e tratado de maneira singular, inconfundível, único e irrepetível (MENDES, 1994).

#### **4.3.2 Percepção e consideração das queixas subjetivas**

Quando nos referimos à subjetivação estão aí inseridos os comportamentos, sentimentos, emoções, percepções, memória, dentre outros, que emergem das relações e vivências na família, na escola, no trabalho ou noutras formas de convívio social, no ambiente público ou privado. Guattari (1993) citado por LUNARDI FILHO, LUNARDI e SPRICIGO (2001, p. 1) afirma que a “produção da subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção”.

Vivemos um momento onde os avanços da ciência vão firmando-se como promessa de resolver as angústias humanas e dominar a vida e a morte, ficando a subjetividade no imperativo de ser trocada pela objetividade. As manifestações subjetivas, então, encontram dificuldade de se expressar de forma legítima.

Angerami apud BERNARDES (2005), acredita que a existência humana passou a ser explicada por conceitos cósmicos, energéticos e outros emprestados da física, hidráulica e até mesmo de realizações pertinentes às ciências exatas. O que causou um aniquilamento e uma desumanização do homem pelo sistema social, que o torna mero mecanismo desprovido de todo e qualquer sentido existencial.

O profissional fica preso às necessidades biológicas, reflexo de sua formação reducionista, tecnicista, onde o homem é concebido como um objeto, que deve seguir regras, normas, perdendo a possibilidade de se expressar.

Na busca de relações mais efetivas, propõe-se que no encontro com o usuário, o profissional de saúde seja sensível às suas necessidades subjetivas e culturais, não perdendo de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença.

Para tanto, reconhece-se a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar uma comunicação dialógica que, segundo Ayres (2004), se dá com a

abertura do profissional de saúde a um autêntico interesse em ouvir o outro, não se conformando ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica.

Ouvimos das discentes e docentes a importância que é dada às queixas subjetivas do usuário no momento em que se está prestando o cuidado, e percebemos que a dimensão dialógica é pouco explorada nesse encontro. Embora as entrevistadas percebam a necessidade da valorização dos aspectos subjetivos, existem outras variáveis que interferem nesse diálogo, conforme podemos constatar nas falas que se seguem:

*[...] muitas vezes o paciente chega com diabetes descontrolada né, e você orienta alimentação, orienta novamente como é que usa o remédio e aquele paciente volta no outro mês com a diabetes do mesmo jeito, aí é que a gente tem que se tocar que muitas vezes o problema não é o diabetes em si, a gente tem que ver o que é que está levando esse paciente pra estar com essa diabetes descompensada, precisa ver se o paciente perdeu o emprego, perdeu a mulher, a mulher apanha em casa do marido, o filho foi preso usando droga. Então, esses outros aspectos que a gente tem que conhecer, só que o professor não se preocupa muito com isso, ele quer todos os pacientes atendidos (Egeu – G2).*

*[...] a atenção que a gente dá ao paciente nem sempre é nas outras questões que a pessoa tá tendo dificuldade, mas sim voltado, por exemplo, a história da doença que ela tem, entendeu? (Mykonos – G2).*

*[...] o paciente fala eu senti isso, isso e isso. Prá você está bom, você não dá a devida importância às outras coisas que aconteceu na vida da pessoa, você só quer o que é patológico (Caribe – G2).*

*[...] qualquer doença física vai sempre afetar o psicológico e a gente tem que dar atenção a esse outro aspecto também, só que na maioria das vezes não dá (Maiorca – G2).*

*[...] acredito que durante o processo de cuidar, quando de fato conseguimos estabelecer uma relação de confiança, a pessoa relata todos os fatos que contribuíram para a instalação da doença e espera que o cuidador lhe forneça respostas que possam ajudá-la a melhorar ou a se sentir mais confortável e confiante, só que pro aluno é difícil, não dá tempo (Copacabana – G1).*

*[...] a disciplina é de caráter teórico/prático, portanto as relações interpessoais estabelecidas são rápidas, considerando que a cada dia estamos em um serviço diferente (Ibiza – G1).*

*[...] a gente dá pouca atenção para o paciente, eu acho que um dos fatores que leva a isso é a questão de que muita gente entra na enfermagem não por amor, não por gostar, mas pelo dinheiro, então pra que que ele quer se relacionar com o paciente (Santorini – G1).*

Para os discentes um dos fatores que mais dificultam o estabelecimento do diálogo é a postura do professor, que está mais preocupado com o atendimento de toda a demanda do que

com a efetividade desse atendimento. Estabelecer relações de confiança que propiciem o diálogo requer tempo e o tempo é pouco quando se tem muita gente pra atender e pouca experiência com a técnica. Busca-se, então, encontrar a doença no organismo por meio do exame clínico e de instrumentos técnicos. Não há o entendimento de que os fatores subjetivos influenciam no adoecimento do sujeito. A prioridade não é a escuta.

Pinheiro e Guizardi (2004) definem Integralidade como a “entre-relação” de pessoas, usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, sendo o dialogismo um de seus elementos constitutivos. As autoras demonstram que quando não há disponibilidade de ouvir e fazer-se ouvido não há Integralidade no cuidado.

Ayres (2004) acredita que não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. Não a qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da sua natureza, daquilo que se quer escutar.

Percebemos, então, que a qualidade da escuta ensinada aos estudantes está bem distante do desejável, uma vez que tem sido orientado a atender eminentemente as queixas físicas que emanam dos pacientes.

É necessário que a formação invista mais na interação entre profissionais e usuários, produzindo um território comum que possibilite o diálogo entre esses sujeitos. Uma interação capaz de ocorrer no cotidiano das práticas, tanto na oferta do cuidado como na organização da atenção à saúde, na qual sejam considerados aspectos subjetivos e objetivos de ambos os atores (PINHEIRO, 2001).

### **4.3.3 Atenção dispensada ao paciente**

Na busca de conhecer os mecanismos produtores de doenças, os profissionais de saúde assumiram uma postura de distanciamento com o sofrimento dos seres humanos, incorporando em seu processo de trabalho basicamente tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos, visando à objetivação de problemas de saúde, descontextualizando-os do universo de seus portadores.

De acordo com Merhy (2002), existem três tipos de tecnologias que estruturam o trabalho em saúde, a tecnologia leve que compreende as relações de encontro de subjetividades, de produção de vínculo, autonomização e acolhimento; a leve-dura se que se caracteriza pelos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho e a tecnologia

dura que se refere, não somente aos equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, mas também à normas e estruturas organizacionais.

Observamos nos discursos que se seguem um maior enfoque nas tecnologias duras e leve-duras, onde o profissional utiliza-se de equipamentos tecnológicos para examinar o indivíduo, respaldado em um saber estruturado para fazê-lo (representados pelas disciplinas que operam em saúde como a anatomia, fisiologia, psicofarmacologia e outras):

*[...] se você está no serviço de diabetes a consulta é como está a alimentação, como é que está a glicemia, a gente fica realmente só naquilo, se está no hospital é só realmente em cima daquele problema (Egeu – G2).*

*[...] a gente precisa voltar a ser aquele enfermeiro de assistência, a gente tem ficado muito atrás de mesa, a gente prefere o papel a dar assistência (Capri –G1).*

*[...] tem enfermeiro que ele não sabe nem quem é o paciente que ele tem na enfermaria. Às vezes, ele copia a observação do auxiliar, só que ele muda os termos, coloca os termos científicos (Copacabana – G1).*

É necessário que haja uma interligação entre os três tipos de tecnologia a fim de produzir uma qualidade no sistema de atenção à saúde, com uma maior preocupação no desenvolvimento de tecnologias leves, caracterizadas principalmente pelo cuidado ofertado ao outro.

Dentre os fatores que contribuem para esse afastamento do usuário, segundo as estudantes, a preocupação com a técnica merece destaque. Afirmam em suas falas que as professores insistem que é preciso ser mais objetivo, caso contrário, não será possível cumprir as atividades assistenciais programadas:

*[...] com certeza, na área hospitalar é mais a técnica mesmo, se você tentar manter uma interação com o cliente, o professor acha que você não tá sendo objetivo, pergunta logo:- você não passou a limpo o prontuário ainda, cadê? (Mykonos – G2).*

*[...] aí fica aquela coisa utópica que a gente vê nas apostilas de fundamentos, levar o paciente à porta, ouvir o paciente, dar bom dia pra ele, mas só no papel, porque na prática é: quais os materiais que se usa pro procedimento tal? Qual o efeito colateral da droga tal? (Caribe – G2).*

*[...] a gente está acostumado só a fazer técnica, técnica de curativo, técnica de banho no leito, técnica de sonda, mas e o paciente? A gente só vê a doença (Ilhéus – G2).*

*[...] é engraçado quando a gente atende uma criança no CD [Crescimento e Desenvolvimento], o professor tá querendo que pese, ver quanto mede e dê uma vitamina, e pronto, eles ainda não valorizam a importância desse atendimento integral (Caribe – G2).*

*[...] no pré-natal, quando a gente começa a entrar em algum assunto que não é a gravidez, o professor olha logo assim, tipo dando pressa, ele quer logo é esvaziar a fila lá fora (Sardenha – G2).*

Para Marcel citado por MENDES (1994), o homem não pode ser reduzido a objeto, como algo diante de nós que poderíamos analisar ou examinar. Dessa forma, o mesmo autor critica a técnica enquanto esta reduz o homem a um conjunto de funções, como se fosse uma máquina.

Mendes (1994) aponta que, ao invés de utilizar a técnica para se engrandecer, para melhor conduzir sua existência para o caminho do seu ser, o homem a emprega para manipular o outro, para conduzi-lo como uma peça anônima numa imensa engrenagem que serve a alguns para explorar a outros.

Em contradição às falas das estudantes, as professoras afirmam estimular o relacionamento com o usuário, garantindo que esse relacionamento não é mais concreto em virtude do comportamento do próprio estudante, que tem como foco a realização da técnica, desconsiderando a necessidade da interação com o usuário:

*[...] isso vai do aluno mesmo, tem alunos que estão preocupados só com a técnica, não estão preocupados com o contexto, por mais que a gente bata na tecla, fale dos cuidados integrais, de uma assistência humanizada, não adianta, realmente depende muito do indivíduo (Maui – G1).*

*[...] eles realmente estão mais interessados em desenvolver aquela técnica que ficou deficiente nas outras disciplinas, não querem se formar sem fazer as técnicas (Martinica – G1).*

Percebemos tanto nas falas das discentes quanto das docentes que a formação se dá seguindo um modelo biologicista e procedimento-centrado, embora sempre se coloque a culpa no outro. As estudantes afirmam que para a professora a técnica é o que importa e, sustentadas em um sentimento de hierarquia comodista, reproduzem o modelo tecnicista. Já as docentes também tentam culpar as estudantes, afirmando que, embora tentem estimular a concepção de cuidado integral, as alunas se preocupam essencialmente com os procedimentos.

Essa é uma característica que perpassa o ensino da maioria das profissões de saúde e não é diferente na enfermagem. A atividade da professora é orientada pela racionalidade técnica, com ênfase na destreza e no preparo de habilidades específicas.

Propiciar a competência técnica no processo de formação da enfermeira é parte importante para o exercício da profissão, mas, como esclarece Demo (citado por GISI; ZAIKO, 1998, p. 112): “indispensável é ser técnico competente, como é indispensável ser cidadão atuante e organizado, trazendo para o bojo dessa cidadania a instrumentação científica adequada”.

A universidade tem que buscar cumprir o seu papel social, que está muito além de formar profissionais tecnicistas, mas estar em consonância com o momento histórico atual, que traz para a saúde uma profunda revisão de valores nos conhecimentos e tecnologias da atenção, e uma importante revisão da clínica para uma abordagem mais complexa e coerente com o andar da vida individual e coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

#### 4.4 TRABALHO EM EQUIPE

Levando em consideração que o trabalho em equipe é proposto como um dos instrumentos estratégicos para a mudança do modelo hegemônico de assistência à saúde (que não incorpora aos serviços de saúde práticas de atenção integral), discutiremos nessa categoria o trabalho em equipe e sua relação com o princípio da Integralidade na organização dos serviços de saúde.

É sabido que existem diferentes formas de se considerar o trabalho em equipe. Peduzzi e Palma (1996, p. 240) diferenciam equipe multidisciplinar e equipe interdisciplinar:

[...] o prefixo “multi” traduz a justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes de diferentes qualificações técnicas [...] ao passo que o prefixo “inter” diz respeito a uma conexão e integração que considera cada um dos trabalhos como seus respectivos aportes práticos e teóricos.

Iribarry (2003, p. 1) define multidisciplinaridade como: “[...] uma gama de disciplinas propostas simultaneamente, mas sem fazer aparecer diretamente as relações que podem existir entre elas”.

Por exemplo, em um hospital, vários profissionais estão reunidos, mas trabalham isoladamente. O paciente passa pelo médico ortopedista, em seguida, é atendido no serviço de Raio-X e, finalmente, dirige-se ao Fisioterapeuta.

Neste caso, não há contato entre os profissionais envolvidos no atendimento, eles não estão articulados entre si de modo que haja relações entre as disciplinas. As falas abaixo confirmam ser esta a forma de trabalho mais presente entre os sujeitos da pesquisa:

*[...] o que eu percebo é que temos equipes multiprofissionais, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, odontólogo, mas cada um trabalhando dentro do seu consultório, sem nenhuma preocupação de está prestando um cuidado integral (Caribe – G2).*

*[...] não existe trabalho em equipe, a equipe não discute. Não se senta o médico, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro pra discutir, não existe isso aí. E isso é enriquecedor, porque você aprende muito e contribui pro aprendizado do outro, e isso não existe na prática (Maiorca – G2).*

*[...] os profissionais só se preocupam com suas atividades, não dispõem de tempo para trocar experiências, discutir casos clínicos, interagir com os demais profissionais da equipe (Malibu – G1).*

*[...] você não entende de tudo, você não entende de cardiologia, mas você pode ler o que o cardiologista escreveu ali e isso pode te ajudar a prestar um cuidado de enfermagem mais consistente (Aruba – G1).*

Há uma concepção de equipe apenas como um conjunto de trabalhadores de um mesmo estabelecimento, sem uma preocupação com a organização do trabalho de modo a possibilitar a realização de assistência integral, com a articulação de saberes essenciais para a boa prática do cuidado.

Franco e Mehy citados por ARAÚJO e ROCHA (2007) também fazem uma reflexão nesse sentido ao afirmarem que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais, por si só, “não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional”.

Na realidade em estudo existe a estrutura de equipes multiprofissionais, com a presença de representantes de diferentes categorias profissionais, porém o que não se dispõe é de um planejamento compartilhado, de divisão de tarefas, de cooperação e colaboração entre os membros, elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde.

A interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades representam a possibilidade do novo no trabalho em equipe (FEUERWEKER; SENA, 1999).

Creio que uma das grandes dificuldades do trabalho em equipe está relacionada com as diferentes concepções sobre o conceito de equipe. Dentre essas se observam definições de equipe como:

- um conjunto ou grupo de pessoas que desempenham uma tarefa ou trabalho não importando, nesse caso, os objetivos e as relações interpessoais;

- equipe como um grupo de pessoas que tem um objetivo comum, não importando como cada um pretenda alcançá-lo;

- equipe como um conjunto de pessoas que, além de um objetivo comum, pretendem alcançá-lo de forma compartilhada;

- equipe como um conjunto ou grupo de pessoas cujo objetivo é resultante da negociação/discussão entre todos os membros do grupo e;

- por fim, equipe como um grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras e pelo objetivo comum, obtido através da negociação entre os atores sociais envolvidos no plano de trabalho (PIANCASTELLI; FARIA e SILVEIRA, citado por ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Assim, diante da diversidade das concepções de trabalho em equipe, a idéia de equipe perpassa duas concepções distintas: equipe agrupamento, em que há justaposição de ações e agrupamento dos agentes, e equipe integração, que desenvolve a articulação das ações e interação dos agentes.

Acredito que o trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, o qual possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.

O trabalho em equipe dentro de um serviço de saúde:

Tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 03)



Assim, a abordagem integral do indivíduo é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem a equipe. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve ajustar-se a esta nova realidade. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, não apenas com a incorporação de novos conhecimentos, mas com mudança na cultura e no compromisso com o Sistema Único de Saúde, garantindo assim uma prática pautada no princípio da Integralidade.

#### 4.4.1 Invasão de espaço

É importante relembrar que, ao tratarmos do tema “Trabalho em Equipe”, os entrevistados tiveram um entendimento de equipe como um grupo composto por docentes, discentes e os profissionais dos serviços de saúde. As falas demonstraram que tanto docentes quanto discentes têm a sensação de serem intrusos nos cenários de prática:

*[...] nós não estamos num hospital escola e os funcionários acham que a gente está indo lá e eles estão fazendo um grande favor pra gente (Caribe – G2).*

*[...] os materiais que a gente usa são comprados pela [universidade], porque não pode usar os do hospital, eu me sinto visitante do hospital, um colaborador (Sardenha – G2).*

*[...] então eu acho que a gente precisa pensar de que forma é que a gente vai conseguir melhorar nossas relações com as pessoas que estão no serviço (Martinica – G1).*

*[...] não me sinto parte da equipe, eu jamais interferi numa posição, tem determinadas ações que não me cabem (Noa Noa – G1).*

Considerado como um processo de inter-relação, Fortuna (1999, p. 5) estabelece que o trabalho em equipe “[...] pressupõe momentos de articulação e desarticulação, de entendimento e conflitos, não se trata de um status a ser alcançado”.

Nesse sentido, entendemos que os conflitos, dúvidas, ansiedades e medos, presentes nesses contextos são sentimentos inerentes ao trabalho em grupo, com possibilidades de crescimento se forem trabalhadas.

É importante que academia e serviço entendam que cada um é fruto de um contexto, com diferentes experiências e diferentes objetivos. No entanto, reconhecê-las, respeitá-las e trabalhá-las tornam-se fatores essenciais para a construção do trabalho em saúde na perspectiva da Integralidade, uma vez que se faz necessário construir possibilidades de superação das fragmentações no campo do saber e do trabalho.

#### **4.4.2 A possibilidade de trabalho em equipe é maior na atenção básica à saúde**

Observamos a presença, em alguns discursos, do entendimento de que nas Unidades de Saúde da Família é mais fácil se desenvolver um trabalho em equipe do que nos espaços hospitalares. Ao analisar as falas, constatamos que essas posições emergiam de profissionais que desenvolviam suas práticas na área hospitalar:

*[...] eu conheço apenas um PSF em que o enfermeiro e o médico trabalham com o trans, multi, tudo que é disciplinaridade, eles trabalham em conjunto, é uma equipe de saúde da família e é o único lugar onde o enfermeiro, o ACS [Agente Comunitário de Saúde], o auxiliar de enfermagem, o atendente, a pessoa da limpeza trabalham em equipe (Copacabana – G1).*

*[...] no PSF é diferente, eles trabalham fazendo oficinas juntos (Aruba – G1).*

*[...] o enfermeiro não faz nada sozinho, ele é um articulador de um setor da sociedade, ele não consegue fazer nada sozinho, justamente por isso, ele tem que estar articulando com outros profissionais e no PSF é mais fácil (Málaga – G1).*

*[...] eu acho que no hospital é mais difícil você conseguir trabalhar a questão da Integralidade, na rede básica é mais fácil, porque você está num local onde tem vários profissionais trabalhando ao mesmo tempo, então se você precisar ele vai poder lhe ajudar em alguma dúvida ou até em atender o paciente (Noa Noa – G1).*

Ceccim (2004, p. 260) afirma que: “devemos reconhecer a imposição social da multiprofissionalidade. Resta-nos partir da admissão dessa condição, já de antemão, para negociar em cada realidade os modos, meios, processos e dinâmicas para sua efetivação”.

Concordo com o autor de que o trabalho multiprofissional, onde há intercessão de saberes, é uma necessidade eminente. Não se pode pensar no cuidado sendo prestado sob um só ângulo, nem tampouco pensar que existem fórmulas prontas para se conseguir esse trabalho conjunto. Cada espaço institucionalizado, cada comunidade, cada grupo de profissionais possui características próprias que deverão ser consideradas no trabalho em

equipe. Dito de outra forma, cada equipe de saúde, seja ela hospitalar ou da atenção básica deve conhecer suas potencialidades e fraquezas e a partir daí, encontrar o caminho para a construção do trabalho em equipe.

É importante entendermos que para assegurar o cumprimento do objetivo fundamental de uma organização, seja ela hospitalar ou da atenção básica, que é o de produzir saúde com qualidade, é necessário, como propõe Campos (1998), a busca de um modelo tecnoassistencial, comprometido e vinculado com os usuários, em que se atue em equipes multiprofissionais, operando conhecimentos interdisciplinares.

#### 4.5 EQUILÍBRIO ENTRE AS ÁREAS CLÍNICA E PREVENTIVA

Dentre os inúmeros sentidos atribuídos à Integralidade, Mattos (2003) acredita que a articulação entre ações preventivas e assistenciais represente um desses sentidos, à medida que advoga que ao invés de se pensar em políticas distintas para a assistência e para a saúde pública, as políticas deveriam garantir o acesso universal e igualitário que se faça necessário, quer seja às ações preventivas, quer às assistenciais.

O autor defende sua posição explicando a diferença existente entre prática assistencial e preventiva. Para ele práticas assistenciais são as que emanam do encontro entre o profissional de saúde e o indivíduo que sofre, onde existe a busca da doença que causa o sofrimento seguido da aplicação de tecnologias que combatam essa doença. Já as práticas preventivas são aquelas voltadas a evitar o sofrimento do indivíduo pela doença, possível graças aos avanços científicos que nos possibilitam conhecer os fatores de risco de muitas doenças, bem como de tecnologias que reduzem a probabilidade do indivíduo desenvolver uma doença (MATTOS, 2003).

Nesse sentido, a Integralidade também é articular as ações voltadas para responder à demanda assistencial com aquelas destinadas à prevenção, não é uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Os diferentes saberes e práticas, o cuidado e a atenção dispensados a uma pessoa pelos profissionais de saúde são necessários para a sua realização. Integralidade, portanto, traduz uma “nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde” (PUCCINI citado por PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Ter a Integralidade como eixo do processo de formação da enfermeira requer o enfrentamento do desafio de propor práticas não dissociativas, onde o estudante busque conhecer o sofrimento instalado e formas de resolvê-lo não se esquecendo que o não doente também tem direito e deve ter acesso a práticas preventivas que o mantenha afastado daquele sofrimento. Isso deve ser tido como uma atitude da estudante presente em todos os espaços onde exista o desenvolvimento de práticas de saúde.

Existe um senso comum que liga ações preventivas a serviços oferecidos em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família e ações assistenciais apenas ao hospital. No Brasil, adotou-se uma definição de atenção básica que foge desse pensamento coletivo:

A atenção básica pode ser compreendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2001, p. 5).

Nessa definição, a atenção básica se ocupa tanto de ações preventivas como assistenciais, o que deve se repetir também nos outros âmbitos do sistema (secundário e terciário), onde as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a experimentar adoecimentos e a morrer, segundo determinadas circunstâncias. O ser humano é um ser social, um cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito aos riscos da vida. Desta forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. Isto exige que o atendimento seja feito também sobre as causas a fim de diminuir os riscos e aliviar os danos.

Estas ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não pode ser compartimentalizado. As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, portanto é necessário que em qualquer âmbito de atenção haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência.

Para que as estudantes exercitem a articulação entre essas duas lógicas é necessária a oportunidade de realização de práticas em todos os espaços prestadores de serviços de saúde rompendo-se com a lógica da formação do profissional de saúde que centra as oportunidades de aprendizagem da clínica essencialmente nos hospitais, criando uma cultura de que os espaços da atenção básica podem ser utilizados também para esse fim, ou seja, que se busque

na formação um equilíbrio entre as práticas desenvolvidas no hospital e na atenção básica, entendendo que em ambos existe a possibilidade de ações preventivas ou assistenciais.

Buscamos através da percepção de docentes e discentes entender se a formação no curso em estudo tem buscado manter um equilíbrio entre as áreas clínica e preventiva, ou seja, se durante as práticas há um equilíbrio entre as ações de prevenção e cura.

As falas nos mostram que existe uma maior concentração de práticas preventivas, não por elas permearem todos os momentos do cuidado, mas em virtude de existir um maior número de atividades realizadas na atenção básica:

*[...] eu acho que sim. Há um desequilíbrio entre a saúde coletiva e a curativa (Caribe – G2).*

*[...] as práticas na área preventiva são maiores do que na área clínica (Maiorca – G2).*

*[...] acho que porque eu gosto mais da área da prevenção, parece que é mais enfatizado (Fiji – G2).*

*[...] os alunos, no classe dia [primeiro dia de aula onde se faz a apresentação da disciplina], já chegam dizendo que não querem a área hospitalar, que querem trabalhar na área de Saúde Coletiva, acho que é por isso que enfocamos mais a saúde preventiva (Copacabana – G1).*

*[...] eu já fiz as contas, a carga horária é praticamente a mesma, só que na prática parece ser bem menos tempo no hospital, porque na [universidade] as atividades preventivas são mais enfocadas, estão mais na mídia, entre aspas (Santorini – G1).*

Ao analisar a proposta de Projeto Político-Pedagógico atualmente em construção no curso de graduação em estudo, observamos que não há uma intenção em enfatizar a formação para a área clínica ou preventiva, o que se pretende é tornar as estudantes aptas a desenvolverem ações que atendam às necessidades do cliente tanto em nível individual quanto coletivo, nos aspectos relacionados à promoção, prevenção, conservação e recuperação da integridade humana, levando sempre em consideração o princípio da ética e da bioética.

Notadamente busca-se a formação de um profissional generalista, que possa atender indivíduos e coletividades, tendo como base as suas necessidades de saúde, sejam elas de promoção, prevenção ou recuperação, com uma atitude reflexiva frente às situações que a prática profissional lhe apresentar, e não apenas seguindo a normatização de direitos e deveres ou regras de comportamento profissional.

Embora a diversidade de cenários de práticas seja uma característica desejável a todo currículo, percebemos que entre os docentes há uma certa queixa quanto ao enfoque que o

curso dá à área de saúde coletiva, afirmando que nossos alunos saem muito despreparados para atuar na área hospitalar:

*[...] não há um equilíbrio e é por isso que o [hospital] caiu no pau, porque os alunos saem PHD em Saúde Coletiva, mas hospitalar é uma tragédia (Malibu – G1).*

*[...] existe uma diferença entre o profissional de enfermagem formado pelo [curso em estudo] e outros cursos, nosso currículo ele está voltado mais pra área de saúde coletiva e aí quando eles vão pro hospital tem muita dificuldade (Copacabana – G1).*

As professoras sustentam sua opinião dando exemplo do que acontece em uma instituição hospitalar pública que acolhe nossas alunas para as práticas e estágios curriculares. Afirmam que há trinta anos não havia enfermeiros nesse hospital e existiam sérias queixas quanto à qualidade do cuidado oferecido. Com a instalação da faculdade de enfermagem criou-se uma expectativa de que essa situação poderia ser melhorada, o que não aconteceu. Embora hoje todos os enfermeiros que atuam ali sejam oriundos dessa escola, as queixas quanto ao cuidado continuam as mesmas. As professoras acreditam que o grande problema está na formação dada, que valoriza a saúde coletiva em detrimento da área hospitalar.

Essa valorização, segundo elas, se dá em função das exigências do mercado, que atualmente emprega muito mais enfermeiras nas Equipes de Saúde da Família do que em hospitais:

*[...] eu acho que nosso currículo, ele segue uma tendência imposta pelo sistema de saúde, não tem como a gente fugir, hoje o que mais dá emprego é PSF (Eufrates – G1).*

*[...] tem também o mercado de trabalho que a gente sabe que hoje as oportunidades são maiores na saúde coletiva (Noa Noa – G1).*

*[...] quando eu sair daqui provavelmente eu vou trabalhar em um PSF, então é claro que eu me dedico mais às disciplinas da saúde coletiva (Ilhéus – G2).*

O que surpreende nessas declarações é que o enfoque na saúde coletiva não tem sido dado com a intenção de reorganizar o sistema de saúde através da construção de um novo modelo assistencial, aliás, não existe essa colocação em nenhuma fala. O que se quer primordialmente é formar sob essa lógica porque o mercado exige isso.

Barros e Melo (2003) afirmam que face ao processo de descentralização desencadeado pelo SUS, o município passou a ser o principal locus de emprego na enfermagem, não só pela

ampliação na alocação de recursos para a saúde por este âmbito de governo, bem como pelos programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Afirmam ainda que essa descentralização de responsabilidades para os municípios gerou um aumento na criação de novos empregos na área de saúde, enquanto que em outras áreas da economia a participação do setor público na criação de novos empregos diminuiu (BARROS; MELO, 2003).

O mercado dispõe de um número crescente de vagas nas equipes de saúde da família e o profissional que se gradua tem a expectativa de ocupar essa vaga, mesmo porque a crescente precariedade nas formas de inserção no mercado de trabalho e a elevação do desemprego, dão ao emprego público um *status* diferenciado.

Frente a isso tomamos como justificável que a formação em enfermagem no curso em estudo tenha esse foco na saúde coletiva, contudo, creio que deve estar claro para todos os envolvidos que sua função principal não é somente a garantia do emprego, mas sim, e principalmente, a de contribuir na construção de um novo modelo assistencial que possa dar sustentação ao Sistema Único de Saúde.

## 5 ENTENDENDO OS RESULTADOS

“Ter homens reunidos com papel e estampilha ou por obrigação, não adianta pois só mantêm reunidos os homens o que a todos congrega num princípio vital como as juntas dos membros e do corpo ou a fibra das plantas”.

Walt Whitman

O primeiro objetivo desse trabalho buscou identificar a noção de Integralidade do cuidado no processo de formação da enfermeira, através da percepção de discentes e docentes de um curso de graduação em Enfermagem. Comecei as discussões partindo do ponto 'entendimento que as informantes tinham acerca do tema', por achar que a partir daí poderíamos ampliar os referenciais sobre Integralidade trazidos por elas ao primeiro encontro, ou seja, a partir de uma troca de conhecimentos e experiências poderia ser possível ampliar o referencial teórico acerca da Integralidade, o que permitiria um olhar mais amplo sobre suas práticas cotidianas de cuidado.

O primeiro sentido abordado diz respeito a Integralidade do homem, enquanto ser biopsicossocial, ou seja, as informantes trouxeram o entendimento de Integralidade na perspectiva do homem como um ser indissociável que deve ser atendido em seus vários aspectos, considerando seu contexto de vida. Creio que esse seja o aspecto mais comumente utilizado para se definir Integralidade.

O outro aspecto da Integralidade emergido das falas, foi a Integralidade como articulação entre as disciplinas.

Os sujeitos da pesquisa têm a clara noção da importância de se ter uma visão sistêmica da formação, mediada por uma prática integradora, que busque aproximação e interação entre diferentes áreas de conhecimentos, projetos, atores e segmentos sociais, porém o que se tem na formação da enfermeira do curso em estudo, atualmente é um currículo com disciplinas fechadas em grades e uma grande ênfase na transmissão de conteúdos.

O que acontece na escola em estudo é um reflexo do perfil nacional. Santos (2003, p. 361) afirma que no Brasil:

O currículo peca quantitativa e qualitativamente, se apresentando mínimo e fragmentado, não oferecendo, por meio de suas matérias a visão do todo, do curso [...], nem favorecendo a comunicação e o diálogo entre os saberes, pois as matérias, com seus programas e conteúdos, não se integram ou complementam, dificultando a perspectiva de conjunto e de globalização e desfavorecendo a aprendizagem.



As noções de Integralidade trazidas foram bem restritas, se considerarmos os complexos sentidos que a literatura lhe tem atribuído.

O segundo objetivo do estudo foi identificar, através da percepção de discentes e docentes, a evidência da Integralidade do cuidado nas práticas curriculares desenvolvidas durante o processo de formação da enfermeira, ou seja, dentre os sentidos da Integralidade (que foram sendo explanados pelo coordenador durante a realização do grupo focal), quais estavam presentes nas práticas desenvolvidas durante a graduação.

O primeiro aspecto levantado diz respeito ao conhecimento que as discentes têm acerca do Sistema Único de Saúde, entendendo que se queremos ter a Integralidade como eixo do processo de formação do profissional de saúde, é imprescindível que a estudante conheça as inovações trazidas pelo SUS, principalmente no tocante ao modelo assistencial ora proposto.

Embora acreditando que o ensino na área de saúde deve acontecer de forma articulada e negociada com o SUS, as falas nos mostraram que ele é muito pouco discutido na formação, as estudantes afirmaram haver uma valorização apenas dos seus aspectos legais, sentindo a necessidade de um maior aprofundamento em seus princípios e estratégias práticas de fazê-los mais fortes.

Essa abordagem, feita na graduação do curso estudado, foge às diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde, que trazem em seu texto que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1403) relatam ainda que a Enfermagem é ainda mais enfática nesse compromisso com o SUS:

Reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, algumas profissões destacaram o SUS. É o caso da formação [...] de enfermeiros, nas quais constou ainda que a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

O segundo aspecto discutido sobre Integralidade foi o acolhimento. Das discussões sobre o tema três aspectos foram suscitados: capacidade de escuta, percepção e consideração das queixas subjetivas e atenção dispensada ao paciente.

A escuta é vista pelas informantes como um aspecto essencial da relação profissional-usuário, entendida por alguns como uma forma de cuidar, porém esse entendimento é meramente teórico, à medida que também percebemos nas falas que a técnica é muito mais valorizada do que as relações interpessoais, tanto para as discentes quanto para as docentes.

As entrevistadas também demonstraram em suas falas uma preocupação com as queixas subjetivas, porém afirmam que pra conseguir entendê-las, ou mesmo permitir que o paciente consiga se expressar, é necessário o estabelecimento de uma relação de confiança, um vínculo, que muitas vezes não se estabelece em função do pouco tempo de contato e da postura do professor, sempre interessado em atender a todos, não se importando muito com o estabelecimento de uma comunicação dialógica.

Concluimos, portanto, que pouco tempo, alta demanda e supervalorização da técnica são os principais fatores que influenciam a qualidade do cuidado prestado ao usuário.

Rocha et al. (2003) sugerem que deveríamos deixar de focar o outro, a doença do outro, e ensinar nossos estudantes a ter como referência o EU, entendendo que perceber os próprios sentimentos, sensações, emoções implica em dar-se conta de que as mazelas do outro também estão em si. É a partir do contato consigo mesmo, das descobertas de si, de sua subjetividade, que o estudante vai se tornando apto para a escuta e o acolhimento do outro.

O que observamos é uma valorização dos conhecimentos teórico-práticos relacionados à assistência de enfermagem e às patologias, porém sem o entendimento que esses são insuficientes para formar um cuidador, um enfermeiro que possa prestar um cuidado de qualidade a um paciente, percebendo-o como pessoa circunstancialmente adoecida, que fala, sente, articula pensamento, sentimento e ação, tem uma história de vida marcada por aspectos objetivos e subjetivos, na qual o adoecimento e o cuidado têm significado.

Um outro aspecto discutido nos encontros de grupo focal foi o trabalho em equipe, entendido como imprescindível quando se busca a superação do modelo médico hegemônico, através da construção de novas formas de organização do trabalho em saúde.

O novo modelo de atenção à saúde, voltado para a qualidade de vida, visa à promoção, à prevenção, à recuperação e à reabilitação da saúde, embasado na idéia de que saúde é uma condição de cidadania. Esta realidade aponta para a necessidade da formação profissional dentro da perspectiva do trabalho em equipe.

Embora saibamos que é praticamente impossível fazer valer esse novo modelo de atenção dentro de uma perspectiva uniprofissional, a formação no curso em estudo, segundo as informantes da pesquisa, não tem valorizado o trabalho em equipe. Segundo elas, não há interação entre as categorias profissionais visando à oferta de um atendimento integral, cada profissional oferece a sua assistência dentro do campo de conhecimento que possui.

Afirmam, também, que há uma relação conflituosa entre academia e serviço, à medida que os funcionários vêem as estudantes como intrusas, pessoas que chegam não para somar ao

trabalho e sim para gastar mais material ou atrasar a realização das técnicas, ficando essa falta de entrosamento mais notória dentro da própria equipe de enfermagem.

Considerando que a articulação entre as ações preventivas e assistenciais também representa um dos sentidos da Integralidade, foi questionado às entrevistadas como se dava essa prática na formação.

As respostas mostram que a escola dá mais ênfase às práticas curriculares desenvolvidas na área de saúde coletiva do que na área hospitalar. Embora essa seja uma característica importante em um curso de graduação em Enfermagem, à medida que essa prática contribui para o rompimento com o modelo médico-assistencial hegemônico, percebemos que existe esse enfoque em função das exigências do mercado, que atualmente absorve um grande número de profissionais nas Estratégias de Saúde da Família e não com o objetivo claro de contribuir à construção de um novo modelo assistencial.

Além de haver uma queixa entre algumas estudantes e docentes de que esse enfoque acentuado na saúde coletiva, acaba formando profissionais pouco qualificados para atuar na área hospitalar.

Diante de todas essas considerações e retomando a proposta investigativa, concluo que o princípio da Integralidade do cuidado à saúde não está fundamentando o processo de formação em Enfermagem na escola em estudo. Nenhum aspecto investigado tem ao menos a intenção de ter a Integralidade como eixo.

Sei que se trata de um processo complexo, pois integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo, integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais, integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas não é fácil.

Aliás, é muito difícil, principalmente levando em consideração que mudanças são sempre difíceis, especialmente, se vierem, de alguma forma, ameaçar estruturas em vigor.

Quando se fala em mudar em educação, embora possa parecer um paradoxo, a situação tende a se complicar ainda mais, sendo, em geral, o mais simples anúncio - ou indício da sua necessidade - recebido com olhares desconfiados. Isso porque mudar em educação implica, necessariamente, fazer rupturas com práticas e crenças tão profundamente internalizadas que chegamos, às vezes, a perder a capacidade de sair de nossa comodidade, olhar o diferente e enfrentar o desafio.

Mallman e Daudt (2003, p. 353) acreditam que isso acontece porque os nossos paradigmas influenciam as nossas percepções e a nossa forma de agir, fazendo-nos acreditar que “o que fazemos é a única forma possível de fazer, imobilizando-nos frente a novos desafios. Cria-se, assim, um complicador quase intransponível, quando se trata de aceitar novas idéias e torna-nos resistentes a alterações de rumo”.

Embora concorde com as autoras acerca das dificuldades da mudança, acredito que transpor suas muralhas é possível, necessário e principalmente urgente. Se acreditamos que ter a Integralidade como eixo do processo de formação da enfermeira é o melhor caminho para a construção de um modelo assistencial de qualidade, é preciso um investimento no processo ensino-aprendizagem dessa profissional, no sentido de fazer com que discentes, docentes e serviços se apropriem desse princípio e criem possibilidades de rever suas práticas.

Diante disso, entendo que políticas públicas como, por exemplo, o AprenderSUS, que abrem linhas de financiamento e apóiam a produção e disseminação de novos conhecimentos, são indutoras de transformação na orientação e na reorganização do ensino de graduação para que se cumpram as diretrizes curriculares nacionais e diretrizes constitucionais do SUS, possibilitando a ampliação da responsabilidade social e da capacidade da universidade de dar respostas aos problemas e demandas contemporâneos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que um dado momento a sua fala seja a sua prática.”

Paulo Freire

Ao chegar nessa fase final do trabalho, e avaliando os momentos pelos quais passei, surgem duas sensações: a primeira, de bem-estar, próprio a quem está concluindo um trabalho, com várias etapas, que teve início na escolha do tema, passando pela construção do problema – onde mergulhei intensamente no campo a fim de melhor compreendê-lo, respaldada por uma revisão bibliográfica –, até a chegada dos resultados, quando tentei fazer uma reflexão dos achados com vistas a alguma contribuição.

O segundo sentimento é de reflexão. Busquei com esse estudo entender o processo de formação dentro de uma instituição da qual faço parte, e me surpreendi com o quanto pensamos de uma forma e agimos de outra, o quanto muitas vezes erramos e não percebemos e, principalmente, o quanto precisamos estudar e nos manter atualizadas com as mudanças econômicas, políticas e sociais do mundo contemporâneo, entendendo que elas incidem diretamente sobre o perfil da profissional que estamos buscando formar.

Timóteo e Liberalino (2003, p. 358) traduzem essa minha ansiedade quando afirmam que “as constantes mudanças que consubstanciam o mundo atual, trazendo repercussões no mundo da política, da economia e da cultura, exigem respostas no campo do trabalho e da formação para o trabalho”, dito de outra forma, temos que buscar constantemente eixos e estratégias que conduzam o processo de formação, de modo a atender às demandas requeridas pelo atual contexto mundial ou nacional.

E uma das nossas maiores demandas, atualmente, dentro do campo de formação para a saúde, é formar profissionais comprometidas com a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde, principalmente com o princípio da integralidade.

Ao final desta dissertação, após ter revisado a literatura, ter buscado as políticas públicas mais recentes, ter aprofundado conhecimentos em uma escola de Enfermagem, conversando com suas professoras e suas alunas, posso dizer às nossas colegas professoras de Enfermagem que, apesar dos Projetos Pedagógicos teoricamente enfocarem que a formação do profissional deve atender às necessidades sociais em saúde, com ênfase no SUS, isso não tem sido efetivamente construído ao longo da formação.

Percebemos que, embora a construção dos projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem tenham se apresentado como o ideal, com redações que refletem o caráter significativo e transformador ao ensino de Enfermagem, a realidade tem demonstrado outra faceta que nos permite interrogar se realmente estamos no caminho certo.

Para que ocorra um modelo de saúde pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde, é necessário repensar a formação de profissionais de Saúde capazes de enfrentar os desafios apontados nos serviços, com melhor compreensão e consciência crítica da realidade na qual estão inseridos, com transformação das práticas assistenciais, voltadas para a integralidade e justiça social.

É preciso que a acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde, a qualidade do acolhimento, a responsabilidade com que as equipes estabelecem o assistir ou se referem às populações usuárias e os procedimentos pedagógicos adotados para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si e construir ativamente sentidos à sua saúde sejam matéria de debate durante a formação profissional (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 87).

Para isso, se faz necessária uma reafirmação do compromisso social da universidade, com o papel prioritário de buscar novos conhecimentos e de formar profissionais capazes de intervir na esfera social para solução de problemas, diante da realidade na qual estão inseridos (ANASTASIOU, 2002).

Dessa forma, o docente, ao ingressar na universidade, acaba ficando responsável por uma determinada disciplina e esta fica isolada das demais, fragmentando os conteúdos a serem trabalhados, e deixando-as sem a devida contextualização, a qual, se aplicada, certamente facilitaria a construção de diversos saberes em várias áreas científicas.

Segundo Sordi, Bomer e Alves (1999), a universidade não deve se constituir como um espaço de condicionamento, voltado à transmissão de conhecimento, mas sim de construção, de questionamentos, de troca, formando cidadãos conscientes e críticos, que pensam e agem de maneira diferenciada nos aspectos científicos e sociais.

No contexto de construção do SUS e no processo de implantação das novas diretrizes curriculares, a formação da enfermeira deve ser repensada, na busca de constituir um perfil profissional de trabalhador com competências política, ética e técnica, sensível à realidade social brasileira e, principalmente, com capacidade propositiva e transformadora.

Formar profissionais de Saúde é um grande desafio, à medida que precisamos ter como foco uma preocupação em atender às necessidades dos indivíduos e não somente atender às exigências do mercado, oportunizando um espaço para o desenvolvimento

intelectual e de construção de técnicas normatizadas, mas, acima de tudo, o desenvolvimento de um processo educativo que permita a reflexão do porquê fazer, para que fazer e para quem fazer, possibilitando que os profissionais construam coletivamente alternativas para mudanças significativas, tanto na prática profissional cotidiana, como nas políticas públicas de saúde, a fim de atender às necessidades da população.

Diante da realidade brasileira, o ensino de Enfermagem enfrenta o desafio de preparar profissionais capazes de responder às rápidas mudanças que o setor de saúde vem passando, com condições de se inserirem no mundo do trabalho de forma criativa, crítica, com capacidade técnico-científica, e principalmente, sendo sujeitos ativos que resgatam a sua dimensão existencial, constroem sua identidade social e política, e constituem-se cidadãos plenos em sua totalidade.

É imprescindível que as escolas de Enfermagem reflitam sobre as mudanças no perfil da profissional a ser formada, por meio da adequação de seus currículos e de suas práticas pedagógicas. Com base nessa trajetória, nesse percurso investigativo e pela dedicação que tenho colocado em meu exercício docente, posso afirmar que nós, professoras de enfermagem, precisamos por em prática a intencionalidade presente nos Projetos Político-Pedagógicos dos nossos cursos de graduação, buscando qualificar nossas estudantes para além da competência técnica formal, ampliando-a para uma competência política, apoiada por valores éticos, na busca da transformação da prática através de uma visão crítico-reflexiva, consciente, que favoreça a autonomia e a emancipação. Assim, o currículo deve proporcionar uma educação que possibilite ao indivíduo refletir, agir, buscar seu conhecimento, ser crítico e interrogativo das verdades prezando os valores da profissão.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ANASTASIOU, L. G. C. Construindo a docência no ensino superior: relação entre saberes pedagógicos e saberes científicos. In: ROSA, D. E. G.; SOUZA, V. C. (Orgs.). **Didática e prática de ensino: interface com diferentes saberes e lugares formativos**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 173-179.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser(do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, 2004b.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

BAHIA. O processo de construção do SUS na Bahia. Situação atual e perspectivas. In: **IV Conferência Estadual de Saúde da Bahia**. Salvador, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, S.; MELO, C. As formas de organização do trabalho em saúde e o trabalhador em enfermagem. In: CONGRESSO PANAMERICANO DE PROFISSIONALES DE ENFERMARIA, 11 e CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55., 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, Nov. de 2003.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, 2005.

BERBEL, N, A, N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 2, n. 2, 1998.

BERNARDES, E. H. **Princípios do Sistema Único de Saúde: Concepções dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade de Minas Gerais**. 2005. 191f. Dissertação (Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

BIRMAN, J. **Psicanálise, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.



BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Lisboa: Porto, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde: Descentralização**. Brasília: IEC, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n 03, de 7 de Novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília (DF), 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12 Conferência Nacional de Saúde: Manual da Conferência**. Brasília (DF), 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação na área da Saúde**. Brasília (DF), 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 8.080 de 19/09/1990**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080190990.htm>>. Acesso em: 16 dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 1996**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma\\_pesq\\_serres\\_hum.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_pesq_serres_hum.pdf)>. Acesso em: 16 dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde**. Brasília (DF), 2005.

CAMARGO JR., K. R. de. Um ensaio sobre a (In) definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 35-44.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 1998.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.

CARVALHO, Y. M. de; CECCIM, R. B. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: CECCIM, R. B; MATTOS, R.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2006. p. 69-92.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 61-88.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

CECCIM, R. B.; MATTOS, R.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2006.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atuação e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CECILIO, L. C. O.; PUCCINI, P. T. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

DELORS, J. (org.). **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: UNESCO, 1999.

\_\_\_\_\_. **Educação: Um Tesouro a Descobrir**. 8. ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF: MEC: UNESCO, 2003. p. 145.

FEUERWEKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? **Rev. Olho Mágico**, v. 5, n. 8, 1999.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades. 1999. 197f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GISI, M. L.; ZAIKO, M. A. S. Universidade e construção do projeto político-pedagógico dos cursos. In: SAUPE, R. (Org). **Educação em Enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

GODOY, C. B. de. O Curso de enfermagem da universidade estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, 2002.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicol. Reflex. Crit**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2003.

LACERDA, A; VALLA, V. V. As praticas terapêuticas de cuidado integral a saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. PINHEIRO, R e MATOS, R. A. (Orgs). São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-IMS-UERJ-ABRASCO, 2004.

LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V. L; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9 n. 2, 2001.

MALLMANN, M. T; DAUDT, S. I. D. A nova graduação na UNISINOS: compartilhando a experiência de um ato pedagógico. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, 2003.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas da saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atuação e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

\_\_\_\_\_. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004a.

\_\_\_\_\_. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2004b.

MATTOS, F. L. **Solução de problemas: Essência da aprendizagem**. Fortaleza: No prelo, 2006.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interagindo e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 113-150.

MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MENDES, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. p. 19-91.

MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em Enfermagem**. São Paulo: SARVIER, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. 2. ed. Thousand Oaks, London, New Delhi. Sage Publications, 1997.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e Grupos**. Goiânia: AB, 1997. p. 11.

PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS, 2002.

PEDUZZI, M. S. PALMA, J. J. L. A Equipe de saúde. **Saúde em Debate** – série didática. Programa e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 1996.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas reflexões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R(Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004. p. 37-56.

PIRES, M. F. C. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no ensino. **Interface-Comunic, Saúde e Educ.** v. 2, n. 2, 1998, p. 174.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. Focus group. **International Journal of Quality in Health Care**, v. 8, n.5, p.499-504, 1996.

ROCHA, R. M. et al. Construindo um conhecimento sensível em saúde mental. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, 2003.

SANTOS, S. S. C. Currículos de Enfermagem do Brasil e as diretrizes: Novas perspectivas. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, 2003.

SILVA JR, A; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004. p. 241-257.

SILVA JR, A; ALVES, C. A.; MELLO ALVES, M. G. **Entre tramas e redes: cuidado e integralidade.** [SI], [s.n.], 2004.

SILVA JR, A; MEHRY, E; CARVALHO, L. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 113-128.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife, v. 5, n. 4, 2005.

SORDI, M. R. L.; BOMER, E; ALVES, F. P. Formação cidadã em enfermagem: mito ou possibilidade utópica? **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 5, n. 3, 1999.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TEIXEIRA, R. D. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TIMOTEO, R. P. S; LIBERALINO, F. N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, 2003.

VOZES da Integralidade. Rio de Janeiro: Videosaúde - Distribuidora da FIOCRUZ, 2006. 1 vídeo-disco (59m 30s): NTSC: son., color.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano.** O resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C.; FARIA, M. M. **Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil.** São Paulo: [S.n.], 1995.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito livremente participar do estudo intitulado: “A Integralidade do cuidado na Formação da Enfermeira”, desenvolvido pela pesquisadora Lyra Cândida Calhau Rebouças, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA.

**Propósito de estudo:** Identificar as ações de Integralidade do cuidado no processo de formação da enfermeira, como estratégia para efetivação do SUS, e buscar as facilidades e dificuldades na implementação das ações da Integralidade do cuidado no processo de formação da enfermeira.

**Participação:** ao concordar com a participação na pesquisa, deverei estar a disposição para participar de quatro entrevistas coletivas (grupo focal), semanais, abordando questões referentes a minha vida profissional /acadêmica.

**Riscos:** este estudo não trará riscos para minha integridade física ou moral. Todos os dados que forem obtidos serão guardados e manipulados em sigilo. O pesquisador assume o compromisso de não disponibilizar esses dados para terceiros.

**Benefícios:** com a minha participação no estudo contribuirei na construção de uma graduação em enfermagem que tenha como eixo norteador a Integralidade, levando ao desencadeamento de práticas de saúde que atendam as reais necessidades de saúde da população.

**Confidencialidade do estudo:** registros da minha participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Serão guardados os meus registros, e somente a pesquisadora responsável terá acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

**Dano advindo da pesquisa:** Se houver algum dano decorrente desse estudo, o tratamento será oferecido sem ônus e será providenciado pelo pesquisador responsável;

**Participação Voluntária:** toda participação é voluntária, não há penalidade caso decida não participar neste estudo. Não há ressarcimento financeiro para a minha participação na pesquisa.

**Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima, me comprometendo a participar das reuniões semanais. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. O pesquisador me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa.

Nome do Participante \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

### COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

\_\_\_\_\_, Jequié, Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do Pesquisador

Lyra Cândida Calhau Rebouças

R. E, 36. Lot. Vicente Grilo, Jequiezinho. Jequié-BA

[lyracalhau@uesb.br](mailto:lyracalhau@uesb.br)

Fone:(73)3526-5099

## APÊNDICE B – Roteiro para condução do grupo focal

### ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL

#### a) Sentidos da Integralidade

- O que você entende por Integralidade da atenção à saúde?
- Os conhecimentos sobre o SUS, trazidos pelos discentes, são suficientes para a atuação em campo de prática?

#### b) Práticas da Integralidade do Cuidado

- O aluno compreende a responsabilidade dele com o cuidado ao paciente?
- Você se sente responsável pelo paciente que cuida?
- Qual a importância que você dá às queixas subjetivas do seu cliente?
- Você se sente membro de uma equipe multiprofissional? (Com relação a enfermagem e as demais profissões)
- Ao dar uma orientação ao usuário do serviço você considera os seus conhecimentos prévios?
- Você acha que o curso tem um equilíbrio entre as áreas clínica e preventiva?



**APÊNDICE C - Ofício ao Comitê de Ética em Pesquisa / UESB**

Jequié, 02 de Maio de 2006.

Ao Sr. Wilson Rocha

Presidente do Comitê de Ética e Pesquisa da UESB – Jequié

Prezado Senhor:

Em resposta à sugestão feita pelo parecerista ao projeto 037/2006, de mudar o termo enfermeira por enfermeiro, venho aqui esclarecer que a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, instituição na qual o presente projeto está vinculado, vem ao longo dos anos se firmando no meio científico por seus estudos sobre a mulher com ênfase nas questões de gênero, e dentro dessa perspectiva defende o uso da palavra enfermeira para caracterizar o profissional da Enfermagem.

Esta opção está respaldada no fato de que a profissão foi criada por mulheres, historicamente é desempenhada por mulheres, tendo em sua conformação 99% de profissionais do sexo feminino, o que embasado nas questões de gênero, não nos permite generalizar a profissional com o substantivo no masculino. Ademais, a língua portuguesa já admite este tipo de utilização quando se fala de uma maioria.

Certa de vossa compreensão agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer outros esclarecimentos

Atenciosamente,

**Lyra Cândida Calhau Rebouças**

## ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa / UESB



**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**  
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98  
**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB**

### PARECER DO PROJETO

**Protocolo Nº 037/2006**

**Título do Projeto: A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NA FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA**

**Pesquisadora Responsável:** Profª Lyra Cândida Calhau Rebouças

**Instituição onde se realizará:** UESB

**Área de Conhecimento:** 4.04 Ciências da Saúde – Enfermagem

#### II - Objetivos:

- Identificar as ações de integralidade do cuidado no processo de formação profissional enfermeira, como estratégia para efetivação do SUS, num Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Estado da Bahia;
- Buscar as facilidades e dificuldades na implementação das ações da integralidade do cuidado no processo de formação da enfermeira, como estratégia para efetivação do SUS, num Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Estado da Bahia.

#### III – Sumário do projeto:

O projeto encontra-se bem estruturado e atende aos itens preconizados pelo Comitê, porém necessita de alguns ajustes para posterior aprovação.

#### IV – Comentários do relator:

Diante do exposto na fl. 20 “sem distinção de sexo, cor, raça ou faixa etária”. Sugerimos por questões de gênero a correção para formação do enfermeiro, por em tender que incluem homens e mulheres; o roteiro apresentado na fl. 35 não deixa claro se é integralidade da atenção à saúde que consta no título ou integralidade do cuidado?

Para atender aos objetivos propostos explícitos na fl. 07, a integralidade do cuidado deverá ser mais explorado junto ao grupo focal ou quem sabe a supressão de alguns itens para não ser cansativo a interlocução.

#### V – Parecer do relator:

O trabalho para ser aprovado necessita algumas correções no item 4 referências – alguns autores citados não constam no corpo do trabalho e vice-versa; sugerimos atualizar ou excluir a informação elencado no último parágrafo da fl. 18 e início da fl. 19, acredito não ser importante nesse momento, bem como não ser verdadeira a informação.

- ( ) Aprovado e encaminhado ( X ) Aprovado com pendências  
 ( ) Retirado ( ) Não aprovado

**Parecer emitido em 20/04/2006**

  
**Prof. Wilson Rocha de Almeida Filho**  
 Presidente do CEP/UESB

**ANEXO B - Parecer consubstanciado**

**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**  
**Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98**  
**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB**

**PARECER CONSUBSTANCIADO****PROTOCOLO Nº 037/2006****Título do Projeto: A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NA FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA****Pesquisadora Responsável: Profª Lyra Cândida Calhau Rebouças****Instituição onde se realizará: UESB****Área de Conhecimento: 4.04 Ciências da Saúde – Enfermagem****II - Objetivos:**

- Identificar as ações de integralidade do cuidado no processo de formação profissional enfermeira, como estratégia para efetivação do SUS, num Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Estado da Bahia;
- Buscar as facilidades e dificuldades na implementação das ações da integralidade do cuidado no processo de formação da enfermeira, como estratégia para efetivação do SUS, num Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Estado da Bahia.

**III Parecer do relator**

O projeto encontra-se bem estruturado e atende aos itens preconizados pelo Comitê.

**IV - comentários do relator**

O projeto está bem estruturado contendo todas as etapas que devem ser seguidas para a realização de uma pesquisa científica. A metodologia é adequada para cumprir os objetivos propostos no referido projeto.

**V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:**

Adequado e com linguagem acessível.

**VI - Parecer do relator**

Diante do exposto somos de parecer favorável a aprovação do projeto.

**Situação do projeto: aprovado****Jequié, 30 de maio de 2006**

  
**Prof. Wilson Rocha de Almeida Filho**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa / UESB

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.