

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DORIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

SONARA LÚCIA ESTIMA

**FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ORIENTADA PELA INTEGRALIDADE:
INDICADORES PRESENTES EM PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE
GRADUAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE

2010

SONARA LÚCIA ESTIMA

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ORIENTADA PELA INTEGRALIDADE:
INDICADORES PRESENTES EM PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE
GRADUAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Villela Pereira

Porto Alegre
2010

E81f

Estima, Sonara Lúcia

Formação em enfermagem orientada pela integralidade: indicadores presentes em projetos pedagógicos de cursos de graduação do Rio Grande do Sul / Sonara Lúcia Estima. - Porto Alegre: 2010. 142 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, PUCRS, 2010.

Orientador Prof. Dr. Marcos Villela Pereira.

1. Educação. 2. Enfermagem. I. Pereira, Marcos Villela. II. Título.

CDU – 370

Bibliotecária Responsável: Luciana Kramer Pereira Müller – CRB 10/2022

SONARA LÚCIA ESTIMA

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ORIENTADA PELA INTEGRALIDADE:
INDICADORES PRESENTES EM PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE
GRADUAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Villela Pereira

Aprovada em 30 de agosto de 2010, pela Comissão Examinadora

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos – PUCRS

Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus – PUCRS

Prof. Dr. Marcos Villela Pereira – PUCRS

Prof. Dr. Ricardo BurgCeccim – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai (*in memoriam*) e à minha mãe pelas vivências, exemplos e experiências de cuidado.

Ao Ademir, pelo incentivo.

Aos meus irmãos e demais familiares, por estarem em minha vida.

Ao Marcos Villela Pereira, querido orientador, obrigada pela paciência, confiança, acompanhamento e pelas conversas.

Ao Prof. Dr. Pergentino Stefano Pivatto, por acreditar na proposta inicial desse estudo.

Aos meus colegas e superiores do Unilasalle, por acompanharem essa jornada.

Aos professores Dra. Beatriz, Dr. Claus e Dr. Ricardo, por estarem disponíveis para partilharem seus conhecimentos e suas experiências.

*Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio dos luceros que cuando los abro
Perfecto distingo lo negro del blanco
Y en el alto cielo su fondo estrellado
Y en las multitudes el hombre que yo amo
Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el oído que en todo su ancho
Graba noche y día grillos y canarios
Martirios, turbinas, ladridos, chubascos
Y la voz tan tierna de mi bien amado
Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el sonido y el abecedario
Con él, las palabras que pienso y declaro
Madre, amigo, hermano
Y luz alumbrando la ruta del alma del que estoy
amando
Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la marcha de mis pies cansados
Con ellos anduve ciudades y charcos
Playas y desiertos, montañas y llanos
Y la casa tuya, tu calle y tu patio
Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio el corazón que agita su marco
Cuando miro el fruto del cerebro humano
Cuando miro el bueno tan lejos del malo
Cuando miro el fondo de tus ojos claros
Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto
Así yo distingo dicha de quebranto
Los dos materiales que forman mi canto
Y el canto de ustedes que es el mismo canto
Y el canto de todos que es mi propio canto
Gracias a la vida, gracias a la vida*

*Gracias a La Vida
Mercedes Sosa
Composição: Violeta Parra*

RESUMO

As instituições de ensino superior têm mobilizado saberes e práticas no intuito de desenvolver a aprendizagem da integralidade, princípio fundamental do SUS, e item constante nas diretrizes para a formação em todas as profissões de saúde. Este estudo teve como objetivos verificar a presença de indicadores de integralidade em Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Enfermagem no Rio Grande do Sul, a partir da instituição das DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais); mapear os indicadores de integralidade de acordo com as categorias estabelecidas no estudo; analisar os indicadores de integralidade e verificar sua utilização como fundamentação teórica e epistemológica, para a formação desses profissionais de saúde. Considerando a natureza qualitativa do estudo foi utilizada como metodologia de pesquisa a análise documental. Os documentos analisados para formação do corpus do estudo foram os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem do Rio Grande do Sul. A composição das categorias de análise teve como referencial a Matriz Analítica das experiências de ensino da integralidade, do Projeto Ensina SUS: práticas e processos na formação e no cuidado, adaptado aos objetivos do estudo. As categorias de análise foram: Processos/relações pedagógico político institucionais na saúde, Seleção de Conteúdos, Cenários de aprendizagem e Redes de cuidado. Considerando estas categorias inferimos que a formação dos enfermeiros se apresenta como um campo em que a integralidade é premissa para a reorganização das práticas em saúde, uma vez que determina a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional. Que requer uma compreensão do ensino como um processo construído por diversos atores que se movimentam como sujeitos que determinam as práticas de saúde, de educação e de controle social incluindo situações de ordem intersubjetiva e um conjunto de valores éticos e morais. Concluímos que a aprendizagem da integralidade na atenção se objetiva na produção do cuidado eficaz, humanizado e efetivamente centrado nas necessidades dos usuários individuais e coletivos dos serviços de saúde. Espera-se que as escolas preparem profissionais de saúde altamente qualificados, com competências e habilidades para prestar cuidados de saúde em consonância com os princípios do SUS, pautados na lógica da integralidade e da humanização no cuidado.

Palavras-chave: Educação. Enfermagem. Pedagogia. Integralidade.

ABSTRACT

Higher education institutions have mobilized knowledge and practices in order to develop the learning of integrality, fundamental principle of SUS, and a constant item in the guidelines for training in all health professions. This study aimed to verify the presence of integrality indicators in Pedagogical Projects in Nursing Undergraduate Courses in Rio Grande do Sul, from the imposition of DCN (National Curricular Guidelines); map integrality indicators according to the categories established in the study; analyze the integrality of indicators and verify their use as theoretical and epistemological foundation for the formation of these health professionals. Given the qualitative nature of the study, a methodology of documental research was used. The documents analyzed for the formation of the corpus were the pedagogical projects of Nursing Graduate Programs in Rio Grande do Sul. The categories analysis composition referenced the Analytical Matrix of the experiences of integrality teaching, from the project *Ensina SUS: Practices and processes in training and care*, adapted to the objectives of the study. The categories were: Institutional pedagogical-political processes/relationships in health, Content Selection, Learning Scenarios and Care Networks. Considering these categories we infer that the training of nurses is a field in which the entire premise is for the reorganization of health practices, since it determines the acquisition of competencies and skills for professional practice. That requires an understanding of education as a process built by different actors that move as subjects that determine health, education and social control practices, including intersubjective situations and a set of ethical and moral values. We conclude that the learning of integrality in health care is shown in the production of a care that is effective, humanized and effectively focused on the needs of individual and collective users of health services. It is expected that schools prepare highly qualified health professionals with skills and abilities to provide health care in line with the principles of SUS, guided by the logic of integrality and humanization of care.

Keywords: Education. Nursing. Pedagogy. Integrality.

RESUMEN

Las instituciones de enseñanza superior han movilizado saberes y prácticas con el intuito de desarrollar el aprendizaje de la integralidad, principio fundamental del SUS, e ítem constante en las directrices para la formación en todas las profesiones de salud. Este estudio tuvo como objetivos verificar la presencia de indicadores de integralidad en Proyectos Pedagógicos de Cursos de Graduación en Enfermería en Rio Grande do Sul, a partir de la institución de las DCN (Directrices Curriculares Nacionales); mapear los indicadores de integralidad según las categorías establecidas en el estudio; analizar los indicadores de integralidad y verificar su utilización como fundamentación teórica y epistemológica, para la formación de dichos profesionales de salud. Considerando la naturaleza cualitativa del estudio, se utilizó como metodología de investigación el análisis documental. Los documentos analizados para formación del *corpus* del estudio fueron los Proyectos Pedagógicos de los Cursos de Graduación en Enfermería de Rio Grande do Sul. La composición de las categorías de análisis tuvo como referencial la Matriz Analítica de las experiencias de enseñanza de la integralidad, del Proyecto Ensina (Enseña) SUS: prácticas y procesos en la formación y en el cuidado, adaptado a los objetivos del estudio. Las categorías de análisis fueron: Procesos/relaciones pedagógico político institucionales en la salud, Selección de Contenidos, Escenarios de aprendizaje y Redes de cuidado. Considerando estas categorías, inferimos que la formación de los enfermeros se presenta como un campo en que la integralidad es premisa para la reorganización de las prácticas en salud, una vez que determina la adquisición de competencias y habilidades para la práctica profesional. Eso requiere una comprensión de la enseñanza como un proceso construido por diversos actores que se mueven como sujetos que determinan las prácticas de salud, de educación y de control social, lo que incluye situaciones de orden intersubjetiva y un conjunto de valores éticos y morales. Concluimos que el aprendizaje de la integralidad en la atención se objetiva en la producción del cuidado eficaz, humanizado y efectivamente centrado en las necesidades de los usuarios individuales y colectivos de los servicios de salud. Se espera que las escuelas preparen profesionales de salud altamente cualificados, con competencias y habilidades para prestar cuidados de salud en consonancia con los principios del SUS, pautados en la lógica de la integralidad y de la humanización en el cuidado.

Palabras-clave: Educación. Enfermería. Pedagogía. Integralidad.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNE	Conselho Nacional de Educação
CES	Câmara Educação Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNE	Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação em Enfermagem
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Desenvolvimento Social
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
IAPAS	Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social
IES	Instituições de Ensino Superior

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Assistência e Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PET	SAÚDE
PIASS	Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PP	Projeto Pedagógico
PPA	Plano de Pronta Ação
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde na Previdência Social
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Educação Médica
PROSAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO E PROJETO PEDAGÓGICO.....	17
4 REFORMA SANITÁRIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS	24
5 FORMAÇÃO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM.....	33
5.1 EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM	43
6 INTEGRALIDADE.....	46
7 PERCURSO METODOLÓGICO	57
8 INDICADORES DA INTEGRALIDADE.....	67
8.1 PROCESSOS/RELAÇÕES POLÍTICO-PEDAGÓGICO-INSTITUCIONAIS NA SAÚDE E A RELAÇÃO ENTRE OS PROCESSOS FORMATIVOS E OS MODELOS TECNASSISTENCIAIS COERENTES COM O SUS.....	67
9 ESTRATÉGIAS, TÁTICAS E OS PROCESSOS DECISÓRIOS NA ARTICULAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO SUPERIOR E TRABALHO NA SAÚDE.....	84
10 SELEÇÃO DE CONTEÚDOS NOS PROCESSOS DE TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO PARA A INTEGRALIDADE	91
11 CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NOS PROCESSOS DE TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO PARA A INTEGRALIDADE	110
12 REDES DE CUIDADO SUPOSTAS NA INTEGRALIDADE EM SAÚDE E SUA PRESENÇA NO ENSINO DA INTEGRALIDADE.....	117
13 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS.....	133
ANEXOS	142

1INTRODUÇÃO

O meu interesse pelo tema da integralidade nasceu antes do que tive pelo mundo da educação. Posso afirmar que já na infância vivi e experimentei a integralidade na condução da formação pessoal, por meio de valores e crenças transmitidos e exemplificados pela família: com muitos filhos, repleta de interações, mas sem deixar que cada um perdesse sua singularidade. Depois da família, a integralidade me foi apresentada pela escola (também das antigas), na qual aprendia respeito, cuidado e cidadania.

A partir desses referenciais, posso dizer que sempre vivi imbricada da atenção integral e da integralidade, no sentido de me tornar adulta e reproduzir os valores formados desde a infância. Isso se sucedeu nos relacionamentos pessoais e profissionais.

Como não poderia ser de outro modo, a integralidade também esteve presente quando optei pela profissão. A escolha pela Enfermagem causou muito orgulho da família e satisfação pessoal. Do mesmo modo e como consequência, preparei-me para entrar no mundo da Educação como professora e, após, coordenadora de um curso de graduação em enfermagem da região metropolitana de Porto Alegre.

Minha experiência docente iniciou no exercício da enfermagem, em um hospital de ensino, no qual tinha uma jornada semanal em atividades de educação continuada, ministrando cursos de atualização, acompanhando trabalhadores de saúde em reabilitação/reinserção profissional e em outras atividades de educação em serviço, além da questão educativa que permeava a atuação profissional, mesmo sendo em uma unidade de alta complexidade.

Posso dizer que, a partir dessas atividades, surgiu a vontade de realizar um curso de mestrado e, futuramente, ingressar no mundo do ensino em saúde. Durante esse estudo, - concluído em 2000 - ministrei aulas na graduação em enfermagem, cumprindo as disciplinas de Estágio de Docência.

Em 2001 realizei processo seletivo para docente da graduação em Enfermagem, de um curso que seria aberto no ano seguinte, em uma instituição de ensino da região metropolitana de Porto Alegre. Nessa, estava sendo inaugurada a área da saúde e, no

primeiro semestre do ano de 2002, iniciei – profissionalmente - a carreira docente, mantendo, em paralelo, meu trabalho como enfermeira assistencial.

Nesse sentido, a integralidade, agora, passa a ser uma questão de interrogação em minha nova atuação; coincidentemente, é o ano em que se instaram as discussões e reflexões sobre as novas diretrizes educacionais para a área da saúde e de enfermagem. Como docente, sempre participei, com preocupação, da condução do curso e da consecução e implementação de seu Projeto Pedagógico. Participei, também, do Fórum das Escolas de Graduação em Enfermagem, instância da Direção de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem- Seção Rio Grande do Sul.

Em 2005 assumi a coordenação do curso e, conseqüentemente, maiores responsabilidades em relação à carreira docente e gestão do curso, tendo de deixar a atuação como enfermeira. Também nesse ano, iniciei o curso de doutorado e, como não poderia deixar de ser, busquei estudar a integralidade.

Meu interesse no objeto de estudo – o Projeto Pedagógico– atrelado à integralidade decorreu da vivência docente, com fortes marcadores pessoais. A proposta inicial foi aprovada e orientada pelo Prof. Dr. Pergentino Stefano Pivatto, filósofo e professor altamente qualificado por quem tenho um profundo respeito e admiração.

Realizei todo o curso de doutorado exercendo a docência e a função gerencial de coordenação de curso. Posso afirmar, hoje, que esse foi um fator de entrave e, em alguns momentos, de desmotivação. Isso porque fazer um curso de doutoramento exige abstração, concentração, tempo e afastamento. Ainda durante esta trajetória, devido a procedimentos administrativos do Programa de Pós-Graduação fui encaminhada para novo orientador, o Prof. Dr. Marcos Villela Pereira quem muito tenho a agradecer pelo acolhida em um momento de terminalidade do curso.

Algumas inquietações motivaram a investigação deste tema: a formação de enfermeiros baseada ainda em um modelo biomédico e tecnicista da atenção em saúde. Nesse, é conferida maior importância ao treinamento técnico e à execução de procedimentos em detrimento da formação fundamentada em evidências científicas com vistas à assistência integral do ser humano; ao grande aumento da oferta de cursos superiores de enfermagem na região, principalmente na iniciativa privada; na

inserção de profissionais de saúde na docência, sem uma formação didático-pedagógica; da falta de integração das instituições formadoras com as de assistência, as quais são utilizadas como campo de prática clínica do ensino em saúde sem que os profissionais do local possam usufruir das relações teóricas e científicas e com elas contribuir: o que contribuiria para maior qualidade assistencial aos usuários e à sociedade.

Outro aspecto que mereceu destaque na investigação foi a subjetividade e inespecificidade das diretrizes curriculares nacionais para o ensino de graduação em Enfermagem, instituídas no ano de 2001 e até hoje em discussão. As diretrizes definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior. Ainda temos dificuldade em entender e operacionalizar, na formação, o perfil do egresso/profissional, definido como um Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. O Projeto Pedagógico dos cursos é elaborado de acordo com a orientação institucional e das diretrizes curriculares e a curiosidade em investigar como a integralidade é apresentada nesses projetos guiou o estudo.

Desse modo, cheguei até essa construção teórica aqui apresentada. Após essa introdução, defino meus objetivos de pesquisa e apresento os capítulos que compõem essa tese.

No Capítulo 1, será apresentado o referencial teórico que subsidia o presente estudo, abordando a temática sobre Projeto Pedagógico, Reforma sanitária e institucionalização do SUS (Sistema Único de Saúde), Formação em saúde em Enfermagem e Integralidade.

O Capítulo 2 será para explicitar o percurso metodológico realizado para a consecução da investigação, com seu delineamento, metodologia e categorias de análise.

A seguir – o Capítulo 3 contém a análise propriamente dita, apresentando as categorias e suas temáticas, refletidas à luz do referencial teórico construído para subsidiar o estudo.

O Capítulo 4 refere-se às considerações em relação ao estudo na íntegra, abordando cada categoria e trazendo questionamentos que servirão como inspiração para a continuidade dos estudos da integralidade na formação dos enfermeiros.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a presença de indicadores de integralidade em Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Enfermagem no Rio Grande do Sul, a partir da instituição das DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear os indicadores de integralidade constantes em Projetos Pedagógicos de cursos de graduação em Enfermagem do Rio Grande do Sul, de acordo com as categorias estabelecidas no estudo adaptadas da Matriz Analítica do Projeto Ensina-SUS (ensino, desenvolvimento, pesquisa e documentação na construção da Integralidade da atenção à saúde);

Analisar os indicadores de integralidade dos Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Enfermagem no Rio Grande do Sul e verificar sua utilização como fundamentação teórica e epistemológica nos cursos de graduação, para a formação desses profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E PROJETO PEDAGÓGICO

Iniciamos a fundamentação de nosso referencial teórico a partir da revisão do objeto dessa investigação: o Projeto Pedagógico. A palavra projeto vem do latim *projectu*, que significa andar para diante; plano, intento, empresa, empreendimento (FERREIRA, 1975). Nessa palavra, está contida uma intenção de algo vir a ser e, simultaneamente, direciona ações para que a proposta se concretize. Os projetos não são fixos ou imutáveis, podem ser reelaborados e redefinidos a partir das necessidades de atualização e adequação dos cursos.

Dessa forma, constituem-se numa ação intencional, que busca uma direção, é um compromisso explícito e coletivamente definido por seus autores. É pedagógico, no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às instituições, de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade (VEIGA, 1996).

Ao construir um Projeto Pedagógico planejamos o que temos intenção de fazer, de transformar e de realizar. Para Gadotti (1994), todo projeto supõe rupturas com o presente e promessas para o futuro; projetar significa tentar quebrar um estado confortável para arriscar-se, atravessar um período de instabilidade e buscar uma nova estabilidade, em função da promessa de que cada projeto contém um estado melhor do que o presente. As promessas tornam visíveis os campos de ação possível, comprometendo seus atores e autores.

Um Projeto Pedagógico para a Enfermagem deve considerar a complexidade da práxis que engloba o ensinar, aprender, cuidar, ser cuidado, gerenciar o cuidado, promover a educação em saúde, prover o exercício da autonomia, entre outros. Práxis entendida como uma ação voluntária para uma razão prática, um agir prático, como uma ação transformadora das condições concretas da existência, englobando tanto a ação objetiva do ser humano, como suas produções subjetivas, articulando ações e intenções (ACIOLI, 2001).

Desse modo, a proposta de formação do profissional de enfermagem, exige que o docente se disponha a emergir em um processo de reconstrução, também, como um profissional que sabe como conhecer e avançar, que se disponha a pensar, duvidar, questionar, criticar e desvelar novas possibilidades em relação ao seu saber e fazer.

De acordo com Neto et al (2008), o Projeto Pedagógico de curso deve ser o instrumento teórico-metodológico responsável em direcionar pensamentos e ações à formação acadêmica dinâmica, contextualizada na realidade local, regional e nacional. Essa deve ser enraizada em princípios éticos universais e peculiares ao exercício profissional; a formação dos enfermeiros deve estar voltada para a integralidade dos problemas de saúde da população brasileira, necessitando ser contextualizada e resolutiva, fundamentando-se em práticas com responsabilidade social.

Para Gandim (1995), a elaboração de um Projeto Pedagógico requer o estabelecimento de um marco referencial, como eixo teórico, em torno do qual articulará a construção proposta. Este marco referencial deve desdobrar-se em três aspectos:

- marco situacional: em que os envolvidos compreendem a realidade, na qual estão imersos;
- marco doutrinal: visão que os envolvidos têm das conceituações de ser humano, sociedade, educação, enfermagem, saúde, currículo, entre outros, mediando a articulação do processo teórico que se volta para a ação;
- marco operativo: refere-se ao posicionamento dos envolvidos quanto à linha de trabalho eleita para atingir as transformações planejadas.

A partir da definição do marco referencial, é possível a realização do diagnóstico da situação vivida, ou seja, a descrição e o julgamento da realidade para, então, programar as ações ou propor ações de modo a aproximar a realidade existente e vivida da realidade almejada.

Nesse sentido, o Projeto Pedagógico constitui-se em um percurso de aprendizagens a serem construídas, teoricamente fundamentadas, envolvendo ações discentes e docentes, com um caráter dinâmico, devendo estar submetido a um contínuo processo de construção e reconstrução. Esse não deve ser entendido como um elenco de disciplinas, ementas, carga horária, conteúdos programáticos, pré-requisitos, nem como algo estático, rígido e acabado, pois só adquire significado, coerência e importância com a participação, envolvimento e comprometimento de cada sujeito envolvido.

Considerando o Projeto Pedagógico e o currículo como uma amálgama, também o entendemos como uma práxis: expressão da função socializadora e cultural da educação. Por isso, as funções que o currículo cumpre como expressões do projeto cultural e da socialização são realizadas por meio de seus conteúdos, de seu formato e das práticas que gera em torno de si.

O termo *curriculum* é derivado da palavra latina *currere*: correr, curso. Datam do século XVI os registros históricos de quando aparece, pela primeira vez, a palavra *curriculum* aplicada aos meios educacionais. Essas denominações surgem como ideia de ordenamento de estrutura, de sequência, sugerindo eficiência social, isto é, quando o aluno cumprisse o currículo de seu curso poderia receber a comprovação, na forma de diploma ou certificado, sendo considerado apto para exercer sua função na sociedade. Dessa forma, os conceitos de sequência, de terminalidade, de completude, de integralidade trazem embutida a ideia de intencionalidade no alcance de propósitos educacionais.

As teorizações sobre currículo são, no entanto, recentes e podem ser situadas no início do século XX. Nos Estados Unidos, é reconhecido o papel que desempenhou Franklin Bobbit, ao elaborar a primeira obra que teorizou sobre currículo - *The curriculum* (1918) – marco no estabelecimento do currículo como campo especializado de estudos e, posteriormente, o *Howmake the curriculum* (1924). Essas propostas sugeriam que a escola funcionasse como uma organização econômica: mais como uma questão técnica, cujo paradigma está centrado na sua organização e desenvolvimento. John Dewey, em uma publicação datada de 1902, mostrou-se mais preocupado com a construção da democracia que com o funcionamento da economia.

Em relação à construção teórica crítica do currículo, autores como Althusser, Bowles e Gintis, Bourdieu e Passeron modificaram-na pós-década de 1960. A partir da teoria marxista, esses autores, com ênfases diversas, investigaram a estreita relação entre a educação e a produção e disseminação da ideologia, apontando a escola como um espaço de reprodução da sociedade capitalista.

Na década de 1970, são destacados estudiosos norte-americanos reconhecidos no campo do currículo: Michael Apple e Henry Giroux. O primeiro inicia seu trabalho a partir da discussão dos elementos da crítica marxista da sociedade, destacando a

relação entre a organização da economia e do currículo; para o segundo, , o campo cultural não é um simples reflexo da organização econômica, ele tem a sua própria dinâmica.

Apple (1982), ao estudar ideologia e currículo, defende que o primeiro surgiu como mais um mecanismo de controle social evidenciado no início do século XX, influência da administração científica e de quantificação social. Para o autor, nas escolas se firmam conjuntos ideológicos formados por regras do senso comum e esses embasam a seleção de conteúdos e práticas escolares. Denomina a ideologia, como currículo oculto calcado nas normas disciplinares.

Diversos estudiosos conceituam os currículos como sendo formal– desejável por uma organização normativa, operacional – o que é passível de observação e ocorre, verdadeiramente, em sala de aula, ou outros espaços que propiciem situações de ensino e aprendizagem. Há, também, o percebido- expresso pelo docente e que reflete sua ação ao ensinar e o experienciado, ou seja, vivido pelos alunos que são capazes de opinar sobre ele.

Moreira e Silva (2002) comentam que o currículo denominado como fato direciona a educação de forma a transmitir cultura e conhecimentos, socializando habilidades e valores e abstraindo, desta construção, o mundo real e os homens que o criaram, além dos sujeitos da educação. Nesse caso, torna-se um conjunto de conhecimentos objetivos prescritos socialmente de forma externa aos alunos, tendo por base a valorização da disciplina e o professor como um transmissor. Ao compreender-se o currículo como uma prática, prevê a relação dialógica entre sujeito e objeto, aspectos teóricos e práticos, trazendo a ênfase para os papéis de aluno e professor, embora destituindo a educação do seu caráter social. O aluno aprende a viver no seu mundo e a relacionar-se nas trocas com os docentes. Ao ser concebido como uma crítica, a consideração se dá sobre o processo histórico em que se encontram as pessoas para que elas possam realizar buscas de novo ordenamento social. Isto é, o currículo interfere na realidade social, histórica e cultural das pessoas e da sociedade e através da relação educacional buscam novas formas de apreender o mundo e modificá-lo.

Assim, a escola se envolve nos movimentos sociais, visando à emancipação humana e à valorização da utopia. Nessa vertente, os campos de aprendizagem se tornam espaço de indagação e questionamentos, que permitem outras seleções de conteúdos e estratégias de viabilização: o professor e o aluno têm participação real e o resultado da aprendizagem é fruto desta relação em que se percebe o conhecimento como processo. A concepção crítica vê com cautela as exigências de conteúdos mínimos por meio das determinações legais e entende que as proposições acadêmicas deveriam ser compartilhadas entre os que a vivem e aqueles que propõem as políticas.

Henry Giroux ajudou a desenvolver uma teorização crítica sobre o currículo. Inspirado pela Escola de Frankfurt, com sua ênfase na dinâmica cultural e na crítica na razão iluminista e na racionalidade técnica, Giroux entende que o currículo é um local onde se produzem e se criam significados sociais, estando em jogo uma política cultural.

Na Inglaterra, a crítica ao currículo foi feita a partir da referência da “antiga” Sociologia da Educação. No início da década de 1970, surge a Nova Sociologia da Educação, cujo líder é Michael Young cuja proposta foi delinear as bases de uma sociologia do currículo, com o objetivo de destacar o caráter socialmente construído das formas de consciência e de conhecimento, bem como suas estreitas relações com estruturas sociais, institucionais e econômicas. Dessa forma, uma perspectiva curricular buscaria construir um currículo que refletisse as tradições culturais e epistemológicas dos grupos subordinados, e não apenas dos grupos dominantes.

Nas teorias pós-críticas, o multiculturalismo caracteriza-se como um movimento de reivindicação dos grupos culturais dominados para terem suas formas culturais reconhecidas e representadas na cultura nacional. O multiculturalismo apresenta outro foco de origem da desigualdade em matéria de educação e currículo, pautado nas questões de gênero, raça e sexualidade; passando, nesse sentido, a ser importante descrever e explicar as complexas inter-relações das dinâmicas de hierarquização social.

No Brasil destacaram-se os trabalhos de Paulo Freire que influenciou muitos autores mais diretamente ligados aos estudos curriculares, apesar de não ter desenvolvido uma teorização específica sobre o currículo. Freire, para alguns

estudiosos, é classificado como fenomenológico e precursor de uma perspectiva pós-colonialista sobre currículo.

Mendes (1996), em seu estudo, define o currículo como um processo que depende da definição do marco referencial, reflexo do contexto social, político e econômico da educação e, em nosso caso, da saúde. Marco conceitual que expressa valores e conceitos adotados e marco estrutural com a inclusão de objetivos, métodos, estratégias de ensino, avaliação e outras experiências pedagógicas. Numa definição de currículo, estão embutidas as percepções acerca da educação e da qualificação que se pretende para o aprendiz, a vida ou o trabalho.

De acordo com Art. 9º das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), os cursos de Graduação em Enfermagem devem ter um Projeto Pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este Projeto Pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Para Veiga (2003), trata-se de um conjunto de ferramentas propostas em nível nacional, instituídas legalmente e que devem ser incorporadas pelas instituições educativas em um documento programático que reúne as principais ideias, os fundamentos e as orientações curriculares e organizacionais da instituição e do curso. A construção do Projeto Pedagógico é o meio de engajamento coletivo para integrar ações dispersas, criar sinergias no sentido de buscar soluções alternativas para diferentes momentos do trabalho pedagógico-administrativo, desenvolver o sentimento de pertença, mobilizar os protagonistas para a explicitação de objetivos comuns definindo o norte das ações a serem desencadeadas, fortalecer a construção de uma coerência comum, mas indispensável, para que a ação coletiva produza seus efeitos.

O Projeto Pedagógico oferece o rumo, a direção e norteia as ações educativas. Por ser coletivo e integrador, requer o desenvolvimento de um clima de confiança que favoreça o diálogo, a cooperação, a negociação e o direito das pessoas de intervirem na tomada de decisões que afetam a vida da instituição educativa e de comprometerem-se com a ação. A legitimidade do projeto está estreitamente ligada ao grau e tipo de participação de todos os envolvidos com o processo educativo, o que

requer continuidade de ações, conferindo unicidade e coerência ao processo e possibilitando a construção de relações com o contexto social (VEIGA, 2000).

4 REFORMA SANITÁRIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS

O movimento sanitário brasileiro teve início no período de vigência de uma ditadura militar e em um contexto de luta pela redemocratização do país. O modelo de saúde, à época, altamente segmentado e fragmentado, não oferecia serviços públicos de assistência à saúde para a população: somente as pessoas inseridas no mercado formal de trabalho tinham acesso aos serviços assistenciais previdenciários, que centravam a atenção à saúde em serviços privados.

O esgotamento desse modelo coincide com o início do movimento sanitário brasileiro; que surge, portanto, impulsionado por dois 'sentimentos': o da crítica ao modelo vigente e o da construção de um novo sistema de saúde para o país, que pode ser visualizada por dois ângulos – o da conquista do direito universal ao acesso e o da organização do sistema de serviços de saúde. Com respeito ao primeiro, é importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde tem sido considerado, com muita justiça, a principal política de inclusão social da história brasileira (FLEURY, 2009).

A Reforma Sanitária brasileira, enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a democratização do Estado e da sociedade. No âmbito da saúde, até entre técnicos do governo durante a ditadura questionava-se a associação entre o crescimento econômico obtido nos anos do “milagre brasileiro” e o caos do setor. Denomina-se o “Milagre Brasileiro”, o período entre 1972 e 1974 quando é implementado o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), com abertura do país ao capital estrangeiro, levando o país a um período de recessão e endividamento externo até 1979.

A fim de retomarmos alguns momentos históricos no setor saúde, devemos lembrar-nos de alguns fatos do período acima referido:

- 1974: criação do Ministério da Assistência e Previdência Social (MPAS), privilegiando a assistência médica individualizada, privatização dos serviços médicos e incentivando a atividade hospitalar; ocorre na sociedade uma expansão da atividade econômica e da demanda por atendimento em saúde;
- 1974: criação do Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Desenvolvimento Social (FAS); esse último subsidiou a construção de hospitais privados, que

deveriam garantir o retorno do capital pelo credenciamento ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); o PPA desburocratizou o atendimento de urgência e ambulatorial do segurado, sendo uma das primeiras iniciativas de universalização do atendimento, mas ainda de caráter curativo em detrimento das ações preventivas;

- 1975: instituída a Lei 6.229, tentativa do governo em racionalizar o setor saúde, propondo a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), expandindo a cobertura assistencial e municipalização das ações primárias;
- 1976: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) com objetivo de levar ações de atenção primárias de saúde, com envolvimento da comunidade, às regiões mais carentes. Mais tarde, alcançou abrangência nacional.

Nesse contexto, a Reforma Sanitária surge como ideia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Vinculava-se de um lado a crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva; de outro, a busca de alternativas para a crise da saúde instalada durante o autoritarismo da ditadura militar. Para enfrentar o “dilema preventivista” (AROUCA, 2003) sugeria-se uma ‘prática teórica’ produtora de conhecimentos, e uma ‘prática política’ voltada à mudança das relações sociais. Para o enfrentamento da crise da saúde, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, foram respostas sociais que buscavam articular as práticas política e teórica.

O CEBES, criado por profissionais de saúde e de ciências sociais, é a instituição que vai apoiar a organização e a condução do processo de divulgação, discussão e politização da proposta de reorganização do sistema nacional de saúde, a partir da perspectiva de redemocratização da saúde. Também se constitui como articulador de outros movimentos sociais do próprio setor, de outras entidades, de movimentos sindicais e populares. A revista *Saúde em Debate*, editada pelo CEDES, se transforma no principal instrumento de divulgação desse pensamento (MENDES, 2006).

Considerando o contexto histórico do setor saúde recordamos de algumas políticas instituídas durante esse período: no ano de 1977 a Lei 6.439 cria o SINPAS

(Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), sob a orientação, coordenação e controle do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) e composto pelas seguintes entidades: INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), Legião Brasileira de Assistência (LBA), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem Estar do Menor), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Central de Medicamentos (CEME), organizando o Sistema Nacional de Saúde (SNS), mas manteve, ainda, de forma fragmentada, e sem integração, atuação desses órgãos, baseado no modelo médico-assistencial-privatista, com direito de atendimento somente aos trabalhadores contribuintes do SINPAS.

Em 1979 surge a ABRASCO, que, progressivamente, passa a ocupar um espaço de organização da prática acadêmica em torno da crítica do modelo assistencial vigente no país, das propostas de uma reorganização dos serviços assistenciais e da construção e configuração de um novo sistema de saúde no país (TEIXEIRA, 2006).

Em outubro de 1979, o CEBES apresentou, no 1º *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal*, o documento intitulado “*A questão democrática na área da saúde*”, identificado, a partir de então, como uma proposta coletiva do Movimento pela Reforma Sanitária naquela conjuntura. Desde a sua criação, o CEBES defendeu a ideia da Reforma Sanitária, como aparece no Editorial do segundo número da *Revista Saúde em Debate*, de 1977, no qual é afirmado o princípio de que “a saúde é um direito de cada e de todos os brasileiros” como recupera Paim (2008) e se assume a “necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em uma nova perspectiva”. Da mesma forma, no Editorial do terceiro número dessa revista, a Reforma Sanitária, cuja ideia já se encontra registrada, organiza-se mais tarde como uma proposta, ou seja, um conjunto articulado de princípios e proposições políticas em defesa do setor saúde.

Nesse sentido, surgiu em 1979 a proposição de criação do SUS (Sistema Único de saúde), retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). A partir dessa conferência em 1986, a Reforma Sanitária, concebida como um fenômeno social

e histórico, configura-se como um projeto-proposta-processo de reforma social, em seu Relatório Final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas (PAIM, 2007) ou bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças, resultantes de um longo processo político de lutas e conquistas.

Seguindo a linha temporal em relação aos acontecimentos na área da saúde, reportamo-nos ao ano de 1980, no qual ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde que teve, como tema central, “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, debatendo a ideia do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) com o objetivo de generalizar a assistência primária como tinha acontecido no PIASS, mas que não teve continuidade devido à crise no sistema previdenciário brasileiro.

Em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social- Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e Ações Integradas em Saúde (AIS), pretendeu racionalizar os custos em saúde hospitalar e serviços privados contratados, maior utilização da rede pública, descentralização da saúde e universalização do acesso, integração das esferas do governo e responsabilização do município nas questões de saúde.

No ano de 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde cujo Relatório Final é um marco para a formulação do Sistema Único de Saúde. Essa conferência representa possui um caráter político e de rupturas com estruturas políticas de períodos anteriores. Com um cunho político-ideológico, impulsionou o processo de democratização e o curso de seus embates com as forças tradicionais, a articulação com as estratégias de transição à democracia, a capacidade de alterar a cultura política prevalente em direção à universalização dos direitos sociais e a garantia de práticas administrativas participativas, a capacidade de promover mudanças efetivas em nível de gestão institucional, de forma a elevar a qualidade dos serviços de saúde e o equacionamento dos conflitos gerados com o processo da Reforma Sanitária e outros atores sociais, tais como o setor privado e os profissionais de saúde.

No ano seguinte, em 1987, dá-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) com a proposta de ser uma continuidade à estratégia até então adotada pelas Ações Integradas de Saúde (AIS). Essa estratégia

pouco durou devido à ideia de centralizar, novamente, os recursos da saúde nos estados.

Nesse sentido, podemos verificar a relevância das Conferências Nacionais de Saúde na instalação das políticas de saúde. Essas conferências de saúde têm longa história. Foram instituídas pela Lei n. 378, de 13/01/1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, reorganizando o Ministério da Educação e Saúde, que eram vinculados até a década de 1950. Em julho de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, iniciativa mais voltada a separar os dois setores (Saúde e Educação) do que a promover a resolução dos problemas sanitários do país. As conferências nacionais de educação e de saúde serviram como mecanismo para o governo federal articular-se e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Eram espaços estritamente intergovernamentais, dos quais participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos Estados e do Território do Acre (BRASIL, 2009). Estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas apenas em janeiro de 1941 foram convocadas. Desde então, apesar do desregramento em relação à periodicidade, foram realizadas 13 conferências nacionais de saúde, até o ano de 2007. Todas tiveram importância no panorama das políticas de saúde, mas vamos nos reportar com maior frequência à 8ª CNS, pela mesma representar um marco para o SUS.

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. Segundo Paim, (2007) é justamente esse processo de democratização de saúde que naquela época cunhou-se o nome de *Reforma Sanitária*.

Retomando a questão da Reforma Sanitária como um projeto, parte da formalização desse encontra-se na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990. Sustentando essa ideia, de proposta e projeto, a Reforma Sanitária tinha como suporte um movimento que envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecidos como movimento pela democratização da saúde ou “movimento sanitário” (ESCOREL, 2006).

Já o processo da Reforma Sanitária brasileira, entendido como conjunto de atos relacionados a práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – pode ser analisado especialmente após a 8ª CNS, com a implantação do SUDS Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e o desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte, Constituição de 1988 e conjuntura pós-88.

Uma das mudanças centrais da Constituição de 1988 foi retirar o direito à saúde da esfera previdenciária e do mercado e remetê-lo à esfera do direito de cidadania, pela universalização do acesso à saúde. Isso se dá, mais acentuadamente no compromisso pleno da Carta Magna de 1988 com as principais reivindicações da Reforma Sanitária, descrita na Seção referente à Saúde, no Título VIII, *Da ordem social*, Artigos 196 a 200.

A estratégia de expansão de uma hegemonia em formação na área da saúde consubstancia-se por meio de dos projetos da Reforma Sanitária com os quais se busca a concretização de:

- reconhecimento político e institucional do Movimento Sanitário como sujeito e dirigente do processo reformador;
- ampliação da consciência sanitária de forma a possibilitar o consenso ativo dos cidadãos (usuários e profissionais) em relação ao processo transformador no setor, bem como a natureza social das determinações que incidem sobre o processo saúde/doença e sobre a organização do cuidado médico;
- resgate da saúde como um bem de caráter público, embora contraditoriamente limitado aos interesses gerados pela acumulação de capital. Por conseguinte, trata-se de expressar o caráter de bem público da saúde consubstanciando-o na definição de uma norma legal e do aparato institucional que visa à garantia da sua universalização e equidade (FLEURY, 1992, p.31).

Relembramos que a apresentação do documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, durante o 1º *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal*, tornou-se um marco na trajetória da reforma sanitária por diferentes razões: pela demonstração da capacidade de organização de diferentes formulações anteriores para consolidar um projeto comum, pela formulação, pela primeira vez, da proposta de criação do SUS e pela ocupação de um espaço estratégico pelo Movimento pela

Reforma Sanitária, no que diz respeito à construção de alianças estratégicas com os parlamentares.

Além de denunciar a deterioração progressiva das condições de vida e saúde da população brasileira, o documento assinalava a crescente mobilização popular e direcionava essas tendências à construção do conceito de crise da medicina brasileira, decorrente de uma política socioeconômica privatizante, empresarial e concentradora de renda. Tal política tanto reduzira os gastos em saúde pública quanto privilegiara a assistência hospitalar, curativa e de alta sofisticação, incapaz de suprir as necessidades sanitárias da população brasileira (FLEURY, 2009). O autor, em documento de 1988, já se refere que a construção do projeto da reforma sanitária foi fundado na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde.

A principal proposta da Reforma Sanitária foi a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, a importância dos condicionantes sociais, a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das instâncias políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde e no efetivo financiamento do Estado.

Fleury (2009b) aponta os princípios que orientaram este processo:

- um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença;
- um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

No entanto, para compreender o processo da Reforma Sanitária, foram levantadas as seguintes hipóteses:

- a adoção de uma concepção ampliada de saúde como resultado das formas de organização social da produção, mas também como fruto das lutas populares cotidianas, ambas atuando em prol de sua concretização histórica e singular;
- a democracia é o processo de reconhecimento dos trabalhadores como sujeitos políticos a partir de sua luta, em um processo mútuo de reconhecimento de identidades sociopolíticas entre os sujeitos;
- a incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é resultante da correlação de forças existentes e um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais;
- as Reformas Sanitárias quase sempre emergem em um contexto de democratização e estão associadas à emergência das classes populares como sujeitos políticos, geralmente em aliança com setores da classe média.(FLEURY,1990, p.25).

Fleury (2009a) sintetiza que a Reforma Sanitária brasileira tomou como ponto de partida o caráter dual da saúde, entendida como a possibilidade de ser vista como valor universal e núcleo subversivo da estrutura social. Como valor universal, torna-se um campo especialmente privilegiado para a construção de alianças suprapartidárias e policlassistas. Como núcleo subversivo da estrutura social, indica uma possibilidade sempre inacabada em um processo de construção social de uma utopia democrática.

Dando continuidade à instalação das políticas de saúde, sempre como resultante de movimentos e organizações políticas, no ano de 1990, é promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº 8080/90, dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo. Ela institui, ainda, o Sistema Único de Saúde. A outra LOS N.º 8 142, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão no SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Em relação às demais Conferências Nacionais de, cabe lembrar sua realização e temas centrais. A 9ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1992,tendo como tema central a “Descentralizando e Democratizando o Conhecimento” indicando o caminho da descentralização, municipalização e

participação social, descentralizando e democratizando o conhecimento. A 10ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1996, teve como tema central "SUS: Construindo um Novo Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida". A 11ª, por sua vez, , no ano de 2000, trabalhou como tema central: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. A 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca, em 2003, discutiu o tema "Saúde – um direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos, o SUS que queremos". Finalmente, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, com o tema central: "Saúde e Qualidade de Vida: política de Estado e desenvolvimento".

Salientamos essas políticas e estratégias, pois elas contribuíram para uma reorientação do modelo de atenção e, conseqüentemente, das práticas de saúde, aproximando-se dos ideais do SUS; dentre eles, a integralidade.

Para Mattos (2001), a integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser uma noção amálgama, prenhe de sentidos. Talvez não se deva buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que, desse modo, poderíamos abortar alguns dos sentidos/aplicações do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que lutam por uma sociedade mais justa.

5 FORMAÇÃO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM

A autonomia atribuída às Instituições de Ensino pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), contida no Inciso I do Art. 12, que determina que os estabelecimentos de ensino tenham a incumbência de “elaborar e executar sua proposta pedagógica”; reforçado pelo artigo seguinte, no qual os docentes devem participar desta elaboração, aponta um caminho aberto para discussões, proposições e implementações de saberes, reflexões e de práticas pedagógicas calcadas na realidade de cada instituição e em suas peculiaridades.

Esse, porém, não deve ser um fator de segregação e engessamento da proposta intramuros, de cada instituição, mas uma motivação para compartilhar experiências e conhecimentos, visando a uma socialização e melhora da qualidade do processo educativo.

O modelo tradicional de formação, dito biomédico, baseia-se numa visão cartesiana de divisão corpo e mente, não valorizando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecer. O conhecido relatório Flexner, de 1910, se relaciona com tal modelo, e até hoje influencia o ensino e a prática da medicina e, por extensão, de outras profissões de saúde.

A formação do profissional de saúde tem sido alvo crescente de debate no cenário nacional. Critica-se o modelo flexneriano de formação, desenvolvido por meio de currículos arcaicos, centrados na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia, marcados pela dissociação entre teoria da prática, e voltados para um desempenho profissional impessoal e descontextualizado e para a formação do cidadão produtivo, onde o mercado funciona como princípio organizador do conjunto da vida coletiva.

A partir da década de 50, começaram a surgir críticas ao paradigma flexneriano e tentativas de introduzir novas ênfases nos modelos de ensino das profissões da saúde, reforçando dimensões preventivas, psicossociais, comunitárias e ambientais (CHAVES; KISIL, 1999).

De maneira resumida, um paradigma, segundo Kuhn (1975), é o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos

compartilhados pelos membros de uma comunidade científica: esse compartilhar distingue o conhecimento científico da crença ou do senso comum. A evolução científica se dá pelo que o autor chamou de revoluções, denotando as passagens das fases de normalidade para as crises e daí para as novas teorias.

O paradigma flexneriano foi consolidado por meio das recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, com as seguintes conclusões: definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos médicos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico especialmente em hospitais, vinculação das escolas médicas às universidades, ênfase na; pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino, estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional organizado (MENDES, 2006).

Esse modelo reduz-se o indivíduo a um organismo biológico, gerando uma visão fragmentada e distanciada do ser humano. Além disso, também tem sido questionado o inadequado preparo dos médicos para o exercício das suas funções profissionais, o alto custo dos serviços de saúde fundamentados em especializações e a incapacidade de se atender às reais necessidades da população. Dessa forma, vem-se configurando uma nova abordagem: o “paradigma da integralidade”.

O movimento da medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anatomofisiológicos, os médicos tendiam a recortar, analiticamente, seus pacientes, atentando tão somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava, ao mesmo tempo, a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Além de fragmentária, aquela atitude, frequentemente adotada por médicos, era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais (MATTOS, 2001).

A indignação diante de tal atitude dos médicos não levava os adeptos da medicina integral a antagonizar a medicina. Eles concebiam tais atitudes como sendo produzidas nas escolas médicas, decorrentes de um currículo que privilegiava o laboratório e o hospital como *locus* exclusivo de aprendizagem. A crítica da medicina integral se voltava, portanto, para os currículos de base flexneriana. Tais currículos eram dicotômicos: possuíam um ciclo chamado de básico, voltado para o aprendizado do conhecimento das chamadas ciências básicas, feito, predominantemente, no laboratório, e no qual também se aprendia uma certa noção de ciência, um composto de diferentes disciplinas fragmentadas e descontextualizado da realidade do mundo do trabalho que o profissional iria encontrar e um ciclo profissional, voltado para o aprendizado da clínica, no qual se aprendia também um certo modo de se lidar com os pacientes, procurando aplicar a teoria antes aprendida.

As propostas de reforma curricular da medicina integral tomaram dois eixos básicos. De um lado, tratava-se de modificar radicalmente a acepção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica. De outro, tratava-se de enfatizar o ensino nos ambulatórios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes. Mas a medicina integral, no Brasil, ganhou traços peculiares, relacionados, em parte, a suas inserções institucionais. Aqui, o movimento de medicina integral não se consolidou institucionalmente organizado, mas associou-se, num primeiro momento, à medicina preventiva, *locus* privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria, posteriormente, chamado de movimento sanitário.

Mas essa proximidade com os departamentos de Medicina Preventiva também propiciou uma renovação teórica. Nos anos setenta, nascia, no Brasil, a Saúde Coletiva campo de conhecimento que se construía a partir de uma crítica à saúde pública tradicional, à medicina preventiva tal como proposta nos Estados Unidos e a partir das contribuições do movimento de medicina social. Uma das premissas básicas da saúde coletiva era a de considerar as práticas em saúde como sociais e, como tal, analisá-las.

Nesse sentido, cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde: um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde. Com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará por meio de posturas propositivas, atitudes e ações definidoras e de lutas políticas da equipe de saúde e de seus processos de trabalho.

O modelo biomédico tem influenciado a organização de currículos. Se, numa visão mecanicista, o corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes inter-relacionadas, e a doença representam um “desarranjo” em uma delas, o conhecimento necessário para lidar com ele se torna, necessariamente, fragmentado e apresentado sob a forma de disciplinas estanques.

Além disso, os conteúdos curriculares dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos e desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. Nesse modelo, valorizam-se aspectos cognitivos em detrimento de elementos de ordem psíquica e histórica dos estudantes, e se enfatizam recepção e memorização em detrimento de outras possibilidades tais como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal.

Reportando-nos às políticas públicas de incentivo à qualificação da formação em saúde ou dos profissionais de saúde, podemos citar Conferências Nacionais de Saúde e as de Recursos Humanos. Elas podem ser consideradas como marcos na definição de políticas para a área. As duas primeiras ocorridas, respectivamente, em 1941 e 1950 dispunham mais geralmente sobre a formação superior focada no médico. Em 1963 há uma terceira Conferência que discute a formação de técnicos para a área. Nos anais da 4^o e 5^o (1967 e 1975), discute-se o termo “treinamento em serviço” com objetivo de capacitar o pessoal de nível médio, apenas na 6^o, em 1977, a educação continuada figura explicitamente havendo aí a recomendação de que fosse criada a carreira de sanitaria.

Em 1980 ocorre a 7^o Conferência que se refere à extensão de programas de assistência, estendidos à população, além de mencionar a integração docente-assistencial e a educação. Já a 8^o Conferência, (1986) e a 9^o (1992) sugerem a discussão da temática dos Recursos Humanos em fóruns específicos, devido ao reconhecimento de sua importância. Faz parte do relatório final da 10^o Conferência, realizada em 1996 a seguinte recomendação:

Estabelecer, imediatamente, uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o trabalho na sua qualidade e seus resultados para a população, rompendo a atual situação perversa de má remuneração e não incentivo à qualificação e que construa um pacto ético e solidário entre os gestores, os trabalhadores de saúde e a população(10^o CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

A 11^o Conferência Nacional de Saúde, em 2000, preconiza, diante da constatação da grande problemática decorrente das políticas de recursos humanos e do cotidiano nacional da saúde:

Uma política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação através de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Nesta perspectiva é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos¹ (NOB-RS/SUS) e das mesas nacionais, estaduais e municipais de negociação do SUS (11^o CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE XI, 2000).

A primeira Conferência de Recursos Humanos, de 1986, define o conceito de educação continuada como prática de fortalecimento dos Serviços de Saúde que poderia, em médio prazo, contribuir com a formação dos profissionais de nível universitário. Em 1993 ocorre a II Conferência que propõe, em meio a outras medidas,

¹Entende-se por Norma Operacional Básica, doravante denominada NOB, o instrumento normativo de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS). NOB/RH-SUS: utilização do mesmo instrumento para normatizar a gestão do trabalho no SUS. Essa norma operacional tem como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde.

que as instâncias governamentais dos Estados e Municípios sistematizem mecanismos e setores de prestação de educação continuada. Essa conferência também apontou que as mudanças curriculares ou pedagógicas introduzidas no ensino das profissões da área da Saúde mantiveram referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado induzido não somente pela vertente econômica, mas também amparado em um referendo social. A estrutura curricular que determina o arcabouço geral da formação profissional na área da Saúde está ainda baseada na dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e profissionalizante. O conhecimento repassado por disciplinas do ciclo básico é fornecido por departamentos cada vez mais especializados, incapazes de promover a relação entre o conhecimento recentemente adquirido e a futura prática profissional.

As conferências de recursos humanos para saúde sofrem uma interrupção entre os anos de 1993 e 2005, acontecendo novamente em 2006 com a denominação de III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde consolidando as ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, criada em 2003, apontando sua centralidade para êxito da implementação da política de saúde.

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos organizados que culminaram na organização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), direcionadas para os cursos de graduação da área. Representam elas uma tentativa de se romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade. Por outro lado, as DCN têm exercido uma poderosa influência na elaboração de currículos na formação em saúde.

A formação de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que assume importância todo um conjunto de valores éticos e morais. Tradicionalmente, entretanto, dá-se ênfase a objetivos educacionais do domínio cognitivo e, se necessário, àqueles de ordem psicomotora, mas pouco se faz em relação aos aspectos afetivos.

Tal formação também requer que se estimule a reflexão crítica dos docentes, dos profissionais das redes de serviço e dos estudantes inseridos nos diversos cenários de aprendizagem. Conhecer a realidade e dela criar sínteses críticas constitui

o pressuposto norteador dos processos formadores em saúde, particularmente daqueles profissionais que irão atuar na atenção integral. No momento atual, tão rico em propostas de transformação, é preciso saber questionar, criar e agregar conhecimentos e experiências.

Em 2001, as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação e homologadas pelo Ministério da Educação, estabelecendo as competências e habilidades a serem desenvolvidas no processo de formação do enfermeiro. A implantação das DCN tem sido assumida como estratégia potente para redirecionar a formação dos profissionais de enfermagem, estabelecendo um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação de enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de saúde da população (SILVA-SENA, 2006).

Construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais. Essa lógica de formação, contudo, precisa estar alicerçada em uma proposta de educação de base crítica e libertadora, que pressupõe o compromisso com a formação integral do ser, ampliando sua capacidade de compreensão, análise e escolha, deixando-o em melhor condição para o exercício da cidadania e da solidariedade.

Silva e Tavares (2004) entendem que, embora seja importante considerar o trabalho como um princípio educativo, a formação de profissionais de saúde não deve pautar-se, exclusivamente, nas exigências do mundo do trabalho, atendendo a uma lógica produtivista do mercado. Se o SUS busca construir, com base em seus princípios, relações solidárias e democráticas, o modo de formação empregado para a qualificação de seus profissionais deve pressupor o desenvolvimento omnilateral das capacidades humanas. Sem uma formação crítica e ampliada, o trabalhador de saúde

não poderá verdadeiramente compreender a saúde como uma produção social nem a complexidade do seu fazer a partir da escuta das necessidades da população.

De acordo com Constituição Federal de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem, pois, a finalidade ético-política do sistema de saúde expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira (SILVA et al., 2003).

Com efeito, para Cecílio (2001), esses três princípios — universalidade, equidade e integralidade — formam um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, capaz de expressar com todo vigor a luta por cidadania, justiça e democracia, consubstanciada no ideário da Reforma Sanitária brasileira.

Acumulam-se os argumentos favoráveis à necessidade de mudar a educação. Feurwerker (2001) destaca que existe quase uma exigência social para que se mude o processo de formação, a fim de produzir profissionais diferentes, com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas. Tais profissionais devem ser capazes de trabalhar em equipe e tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes.

Considerando essa pretensão, é fundamental o desenvolvimento de 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. Essa formação deve ter como perspectiva ampliar a capacidade dos profissionais de escutar as necessidades de saúde e de contextualizar e resolver problemas de saúde, como também a de construir projetos sociais alternativos e reivindicar espaços ‘sócio-políticos’, assegurando, assim, seu poder decisório e a ‘manutenção de identidade cultural’.

Ensinar adquire o significado não apenas de execução do que é próprio da profissão, mas o de saber repensá-la e de reconstruí-la, inová-la, gerando capacidade de questionar a prática, o cotidiano do trabalho, o próprio exercício profissional. Onde inovar assume o sentido de reinventar os saberes e as competências, ter a capacidade

de monitorar a própria história, participar de um processo de desconstrução e reconstrução de uma realidade (PLANTAMURA, 2003).

Nesse sentido, a aprendizagem orientada às experiências - categoria central e entendida em sua carga de compreensão e reação diante da realidade e em sua dimensão de coletividade - parece adequar-se à perspectiva da integralidade do ensino. O ser humano precisa conhecer para compreender o mundo em que vive e poder atuar em cooperação.

Na tentativa de consolidar sua participação na formação de trabalhadores da área da saúde o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) assume tarefas relativas à formulação de políticas para formação, regulação e gestão do que denomina trabalhadores em Saúde no Brasil, criando, com essa finalidade, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Essa contém o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, organizado em três Coordenações Gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, voltada para a Educação Superior, Ações Técnicas em Educação na Saúde, responsável pela educação técnica e Ações Populares de Educação na Saúde com vistas à educação popular. Assume assim, o papel legislativo de gestor federal do SUS.

Os desafios da formação dos profissionais de saúde estão ligados aos do sistema de saúde. Ambos devem buscar uma reorientação dos modos de cuidar e de promover a saúde, tendo em vista o processo de responsabilização e comunicação dialógica entre governantes, gestores, usuários, profissionais de saúde, formadores e alunos, visando à integralidade da atenção em saúde. A interlocução entre instituições e atores sociais é a chave para a integração das ações, e a escuta das necessidades de saúde a ferramenta básica de que dispõe o profissional para o acolhimento das demandas por cuidados em saúde.

A 'pedagogia da integralidade', pautada por um princípio educativo inerente ao dada garantia da saúde como direito e como serviço, constitui uma estratégia para diminuir as fronteiras atuais entre trabalho-ensino-serviço-sociedade, tornando-as mais permeáveis aos valores democráticos e emancipatórios.

Para Ceccim (2008), educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos às novas gerações profissionais

para tornar-se a formação de um quadro de intelectuais do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade e de um projeto tecnoassistencial correspondente a esse projeto de sociedade, fundamentalmente uma sociedade de cidadãos. Profissionais, portanto, detentores de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas, estando a qualidade de vida na antecedência de qualquer padrão técnico a aprender ou a exercer.

A noção de atenção integral à saúde, proposta na própria definição do Sistema Único de Saúde e inserida na Constituição brasileira, é um projeto político e ético ainda em construção. Concretizar um modelo assistencial ancorado em uma visão ampliada do processo saúde-doença e que toma como objeto a pessoa ou os grupos sociais, em seu contexto de vida e de acordo com as suas necessidades, depende de mudanças profundas em todos os aspectos implicados no trabalho de cuidado e promoção da saúde. Para a realização desse projeto, a perspectiva da integralidade deve estar presente em cada ação desencadeada pelo sistema, quer seja ela, local ou global, quer seja individual ou coletiva, e isso requer a transformação das tecnologias empregadas, da organização dos serviços, dos processos de trabalho em saúde e especialmente da formação dos profissionais e conseqüentemente, dos currículos universitários. Requer também mudanças nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários (MÂNGIA-MURAMOTO, 2006).

Como nos ensina Mattos (2004, p.1413):

Defender a integralidade é defender, antes de tudo, que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais os profissionais de saúde se relacionem com os sujeitos e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem 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 de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para conhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos por em prática.

5.1 EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Em relação a proposições de qualificação da formação dos profissionais de enfermagem, encontramos, a partir da década de 1940, a imposição de alguns dispositivos legais como: o Projeto de Lei 775 que impôs controle sobre a expansão das escolas de enfermagem e a exigência de que a educação em enfermagem fosse acoplada aos Centros Universitários. A partir de 1961 (Lei 2995/56), as escolas passaram a exigir, para ingresso, curso secundário ou equivalente; assim, no ano seguinte, o curso de enfermagem foi considerado superior. Em 1977, foram discutidos os rumos para o ensino superior com base no Parecer 163/72, que instituiu o Currículo Mínimo e tomou em conta também as Licenciaturas nos Cursos de Enfermagem com objetivo de formar enfermeiros para lecionar no ensino fundamental e médio para auxiliares e técnicos de enfermagem. Além da regulamentação das habilitações profissionalizantes, por meio da Lei nº 5692/71. Também a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de 1986 (Lei nº 7498/86) é vista como importante iniciativa nas melhorias na formação, pois, a partir dessa ocasião, tem início a discussão para a elaboração de Novo Currículo Mínimo de Enfermagem.

Mais recentemente, outro dispositivo legal tem orientado a formulação destas propostas, através da Resolução Nº 3, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES, 2001), institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, normatizando e orientando a elaboração dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (Anexo A).

Nesse documento, encontramos artigos e parágrafos importantes no que tangem à integralidade. Para o alcance desta pretensa formação, o Curso de graduação deve assegurar: a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber, o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, a aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro; a valorização das dimensões éticas e humanistas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade.

Essas estratégias estão fundamentas nos Quatro Pilares da Educação, proposto na publicação “Educação: um tesouro a descobrir” conhecida como Relatório Delors (2006), no qual:

- Aprender a conhecer, combinando uma cultura geral, suficientemente vasta, com a possibilidade de trabalhar em profundidade um pequeno número de matérias. O que também significa: aprender a aprender, para beneficiar das oportunidades oferecidas pela educação ao longo de toda a vida;
- Aprender a fazer, a fim de adquirir, não somente uma qualificação profissional, mas, de uma maneira mais ampla, competências que tornem a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe. Também aprender a fazer, no âmbito das diversas experiências sociais ou de trabalho que se oferecem, quer espontaneamente, fruto do contexto local ou nacional, quer formalmente, graças ao desenvolvimento do ensino alternado com o trabalho;
- Aprender a viver juntos, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências — realizar projetos comuns e preparar-se para gerir conflitos — no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz;
- Aprender a ser, para melhor desenvolver a sua personalidade e estar à altura de agir com cada vez maior capacidade de autonomia, de discernimento e de responsabilidade pessoal. Para isso, não negligenciar na educação nenhuma das potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas, aptidão para comunicar-se.

De acordo com Silva e Sena (2006), a abordagem da integralidade na formação do enfermeiro requer uma compreensão do ensino como um processo construído por docentes, estudantes, profissionais de serviço e comunidade que se movimentam como sujeitos que determinam as práticas de saúde, de educação e de controle social. É preciso construir, nos modelos de ensino dos profissionais de saúde, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto que

precisa ser construído durante toda a formação. Para tanto, a educação precisa ser também integral e interdisciplinar, com base em referenciais críticos-reflexivos, permitindo a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano na sua subjetividade.

Transcendendo às imposições legais, os educadores devem refletir sobre o significado da formação do profissional enfermeiro e de sua prática social, enquanto cuidadores, pois o que define o profissional da saúde é sua condição objetiva, técnica e científica no assistir, e sua dedicação e co-responsabilidade no cuidar.

Deste modo, é imprescindível constar, nas referidas propostas pedagógicas, as diferentes dimensões presentes na educação: técnica, humana, política, histórica, social, cultural, ética, estética, epistemológica, filosófica, psicológica, espiritual e afetiva, que serão construídas e vivenciadas em todos os momentos, por todos os envolvidos no processo educativo da instituição.

6 INTEGRALIDADE

O termo integralidade, na área da saúde, tem sido empregado com diversas matizes tais como: a articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde, como integração entre os segmentos público e privado, como uma diretriz na gestão dos serviços, como proposta de modelo de atenção à saúde e como referencial político-pedagógico na formação sendo premissa para um novo modo de ensinar, aprender e cuidar em saúde.

A Lei Orgânica de Saúde estabeleceu os princípios do SUS, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Um deles é a integralidade, “[...] entendida 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”. Desse modo, esse princípio busca assegurar ao usuário uma atenção que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. As ações preconizadas formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. Do mesmo modo, as unidades prestadoras de serviço, em diferentes graus de complexidade, também constituem um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis pelas quais se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, prolonga-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário, evidencia-se a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para *o cuidar de si*, da família e do seu entorno (MACHADO, 2007).

No nosso país, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, num primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do país e assume, no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década. Desse momento político, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania. Neste cenário, nasce uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções no prisma da compreensão holística do processo saúde-doença.

Assim, a luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo e da coletividade.

Descentralização, universalidade e integralidade da atenção em saúde constituem a tríade de princípios do SUS que expressam o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania. Para Pinheiro (2003), a integralidade é entendida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema; é o amálgama dos demais princípios e fundamenta o cuidado como uma tecnologia de saúde.

Neste sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diferentes perspectivas, interesses e distintos atores sociais (profissionais de saúde, gestores e usuários). Assim, as instituições de saúde representam um *lócus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de saúde difundidas na coletividade.

Dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população.

A partir do princípio de integralidade, concebe-se que todos os profissionais de saúde devem aprimorar uma visão holístico-ecológica, seja na produção do conhecimento seja na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida; nos ambientes onde os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão.

Assumir a integralidade na formação em saúde significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como “seres que sabem, sabem que sabem, sabem porque sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importante, agem conseqüentemente aos seus saberes” (MORIN. 2014, p. 9).

A construção do processo educativo em saúde que atenda ao princípio da integralidade como eixo norteador das ações de saúde requer a participação ativa da população na leitura e reflexão crítica de sua realidade, das estruturas socioeconômicas como constituintes de acessos na busca por condições humanas dignas, como sujeito histórico e social, possuidor em sua dimensão holística de interfaces integradas e permeadas pelo processo autônomo das descobertas e inquietações frente ao modo de viver em sociedade exercendo sua cidadania. Evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e das práticas na área de saúde, alicerçado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender as demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades.

A integralidade, portanto, é de ordem da multidisciplinaridade e envolve múltiplas especialidades que se entrecruzam para dar resposta a demandas e necessidades. Começamos, assim, a penetrar um curioso imbróglio discursivo (SPINK, 2007).

A integralidade da atenção em saúde é definida como um princípio e uma diretriz do Sistema Único de saúde (SUS), orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados

à saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões do ser humano.

A integralidade como conceito estrutural e constituinte nas práticas de produção do cuidado tem em vista um sistema de saúde centrado no usuário e busca uma visão direcionada à ideia da totalidade do sujeito, avesso à fragmentação.

Para Asensi (2007), não se deve buscar um conceito específico para a integralidade, mas sim alguns sentidos que se referem a práticas integrais, pois a integralidade se constitui como um processo de construção social que apresenta um potencial de horizontalização das relações entre os atores envolvidos no campo da saúde. Desse modo, o princípio da integralidade pode ser empregado como uma proposta de transformação da prática da política de saúde e redefinição de valores sociais.

De acordo com Mattos (2004), há três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade, sendo que o primeiro é relacionado às práticas dos profissionais de saúde, o segundo se refere à organização dos serviços e o terceiro às respostas aos problemas de saúde. No âmbito das práticas dos profissionais de saúde, ao se relacionar com a integralidade, busca-se escapar do reducionismo, ou seja, enxergar o paciente como um todo. Na organização dos serviços de saúde, a visão também deve ser ampliada, buscando-se estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas. Quanto ao terceiro conjunto, as respostas do governo aos problemas de saúde da população devem incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em todas as esferas da atenção; seja municipal, estadual ou federal. Mudanças nesses sentidos transformarão o sistema vigente em modelo de prática integral em saúde; portanto, real.

A integralidade, dessa forma, busca atender aos aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos no processo de adoecimento dos pacientes dentro de uma contextualização social, deixando de lado a tecnização e a padronização preocupando-se também com a restauração da vitalidade do paciente ou do grupo.

Camargo (2003) destaca importantes interrogações ao reconhecer que a palavra *integralidade* não pode nem ao menos ser chamada de conceito, mas se trata de uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas, com alguma relação entre si, mas não completamente articuladas.

Em relação aos atributos das práticas, a integralidade tem sido relacionada com uma série de aspectos:

- a) atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, não em um recorte de ações ou doenças;
- b) visão integral do ser humano, que não deve ser focado como um conjunto de partes (coração, fígado, pulmões etc);
- c) valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente, ao invés de se centrarem as práticas apenas na doença;
- d) compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, de Saúde Pública social, cultural etc, ou seja, não está “solto no mundo”;
- e) conexão com uma base de valores relacionada com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária;
- f) reconhecimento da importância do diálogo, permitindo que as diversas vozes dos atores envolvidos se façam ouvir;
- g) práticas intersubjetivas — profissionais de saúde relacionando-se com sujeitos, não com objetos (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Silva e Sena (2008) apontam que a integralidade se constrói na práxis do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço. A prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio de imprimir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade e, neste sentido, a formação dos enfermeiros também se apresenta como um campo em que a integralidade é premissa para a reorganização das práticas, uma vez que determina a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional.

Ruthes e Cunha (2008) ressaltam que a competência não é um estado ou um conhecimento que se tem, e nem é resultado de treinamento. Competência é na verdade colocar em prática o que se sabe em um determinado contexto.

Mattos (2004) considera a integralidade como uma “imagem objetivo”, ou seja, ela designa certa configuração desejável, possível de ser concretizada, representando uma forma de se distinguir o que se quer construir do que existe. Desse modo, refere-

se à aquilo que criticamos. Assim, podemos entendê-la como uma crítica a uma atitude médica fragmentária, baseada na especialização e que reduz o sofrimento do paciente apenas a aspectos biológicos, e limita as práticas dos profissionais de saúde à atenção individual curativa. Também representa uma não aceitação da organização das práticas — programas verticais, separação entre saúde pública e práticas assistenciais, ações de saúde coletiva e atenção individual.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (2001), o enfermeiro deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e deve proporcionar a integralidade das ações do cuidar em enfermagem.

A integralidade da atenção supõe, entre outras medidas, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornarem-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Feuerwerker (2001) indica que a possibilidade de atenção integral implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia).

Para entender a Integralidade no cuidado, necessitamos explorar o sentido da palavra integralidade que é em si mesma um caminho-como toda palavra que carrega em si uma qualidade; esse caminho está aberto amplamente diante de nossos olhos, tornando-se, por isso mesmo, óbvio e, por ser evidente, poderá ter sempre estado oculto. Nossa escolha é simplesmente trilhar o caminho, desbravando sentidos, tendo claro que a Integralidade não se apresenta como uma meta a ser atingida ao final dele, mas sim como o próprio caminho, que jamais acaba e indefinidamente desdobra-se em

muitos outros (XAVIER; GUIMARÃES, 2004). As autoras tentaram explicitar as diversas definições e abordagens da Integralidade pela identificação de sentidos e signos: como escuta, diálogo, abertura, alteridade, observação, acolhimento, relação, prática social, inclusão, política, interesse, participação, conhecimento, reciprocidade, sociabilidade, compartilhamento, cuidado, solidariedade, vínculo, entre outros.

Essa noção de cuidado em saúde como atitude dialógica, relacional, interativa pode ser percebida quando Silva e Gomes (2008) definem saúde como a capacidade de estabelecer outras conexões com o mundo, relações experimentadas como uma co-responsabilização, de uma interdependência entre vidas na complexa rede de convivência, pois saúde nasce em nossas relações e no modo como elas acontecem.

Aproximando Integralidade e Cuidado à elaboração de uma proposta pedagógica, estaria contemplando o Art. 14º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (2001), no que se refere à definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber: o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer, que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro.

De acordo com Silva e Sena (2006), ao assumir a perspectiva da integralidade e do cuidado no ensino de enfermagem, é preciso, também, considerar e construir alternativas que permitam o rompimento com a valorização de procedimentos e normatizações técnicas em detrimento da valorização dos sujeitos e de seus saberes e fazeres na construção da integralidade.

Merhy (2002) corrobora essa posição ao criticar a prática em saúde centrada em projetos terapêuticos fragmentados e integralizados por somação, que não permitem ao profissional desenvolver competências, a serviço de um projeto cuidador e integral que faça uma abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva dos problemas de saúde e que, em última instância, seja centrada no usuário.

A integralidade em saúde emerge no cuidado, nas relações de cuidado em saúde. Toda prática de integralidade é também uma prática de cuidado, pois, tratando-se da atualização de princípios éticos, a integralidade se refere ao cuidado no estabelecimento de relações mais amplas. Trata-se de uma aposta na

indissociabilidade entre o modo como nos organizamos e estabelecemos relações, e a preocupação ética com os efeitos desses modos de relação (SILVA; GOMES, 2008).

Incorporar a perspectiva da integralidade na formação do enfermeiro implica repensar a concepção de ser humano, compreender a dimensão ampliada de saúde, articular saberes e práticas interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários da atenção à saúde e da formação profissional. Para Silva e Sena (2006), essa compreensão reforça a necessidade de refletir o cuidado em todas as dimensões na formação do enfermeiro em busca da integralidade: que possui forte matiz ideológica e cultural, permeando a abordagem do processo saúde-doença em sua determinação histórico-social e tem como objetivo do trabalho em saúde o ser cuidado. Cuidado interpretado como uma forma de agir que incorpora a visão integral do ser humano e que somente se concretiza em relações intersubjetivas.

Cuidado tem sua raiz no *cogitare* (se cogito=cuidado). Citando Heidegger (1999), em sua essência, o ser-no-mundo é cura, relacionando com duas palavras que tem ligação com os sentidos de *cogitare*: ocupação e preocupação. Então, a integralidade é, justamente, no cuidado, pois seus principais sentidos estão relacionados ao “pensar em”, “aplicar a atenção, aplicar o pensamento”. O cuidado é assim entendido como ocupação e preocupação para fora de si, como aplicação do pensamento em algo que não sou eu. Essa ocupação tem o sentido primeiro de preservação de um outro e caracteriza-se pela expressão de uma ação (HEIDEGGER, 1999). O cuidado se expressa na ação e, não se pode pensar em cuidado, sem que este esteja diretamente associado a uma ação de cuidar, ou seja, o cuidado é a expressão humana de nossa totalidade.

A integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão de saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde. Também, mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica (MATTOS, 2001).

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo

de inspiração cartesiana newtoniana, fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica.

Para Silva e Tavares (2004), uma proposta educativa de base crítica e libertadora pressupõe o compromisso com a formação integral do ser, ampliando sua capacidade de compreensão, análise e escolha, deixando-o em melhores condições para o exercício da cidadania e da solidariedade. Os autores entendem que, embora seja importante considerar o trabalho como um princípio educativo, a formação de profissionais de saúde não deve se pautar exclusivamente nas exigências do mundo do trabalho.

Espera-se que as escolas preparem profissionais de saúde altamente qualificados, com competências e habilidades para prestar cuidados de saúde em consonância com os princípios do SUS, pautados na lógica da integralidade e da humanização no cuidado. Para Sena (2008), isso implica um processo de ensino-aprendizagem marcado pelo partilhar de experiências e reflexões, buscando articulação de saberes, poderes e técnicas, contextualizados política e socialmente para uma prática assistencial orientada pela integralidade e pelo desenvolvimento da autonomia do outro.

Desse modo, uma proposta pedagógica fundamentada na integralidade ultrapassa os limites da educação enquanto disciplina e passa a ser entendida como uma prática social, como uma forma de ler o mundo, refletir sobre essa leitura e recontá-la, transformando-o pela ação consciente. Educação, para Freire (2002), é um trabalho político. Não há educação neutra, sempre há uma intenção política. Um dos pressupostos do método Freire é a ideia de que ninguém educa ninguém, e ninguém se educa sozinho. A educação é um ato coletivo, solidário, e como tal não pode ser imposta, não pode ser o resultado do despejo de quem supõe que possui todo o saber, sobre aquele que, do outro lado, foi obrigado a pensar que não sabe nada.

A educação precisa ser uma prática transformadora, que seja capaz de provocar a convergência entre a transformação individual e a transformação social. Conforme Freire (2002), ensinar exige apreensão da realidade, para nela intervir, recriando-a,

uma vez que educar não significa adestrar, mas desenvolver a capacidade de aprender como um sujeito crítico, curioso, que constrói o seu conhecimento.

Educar adquire não apenas o significado de execução do que é próprio da profissão, mas o de saber repensar a profissão e de reconstruí-la, inová-la, gerando capacidade de questionar a prática, o cotidiano do trabalho, o próprio exercício profissional, no qual o inovar assume o sentido de reinventar os saberes e as competências, ter a capacidade de monitorar a própria história, participar de um processo de desconstrução e reconstrução de uma realidade (PLANTAMURA, 2003).

O processo pedagógico que objetiva a construção do saber, estimula a reflexão, desenvolve a capacidade de observação, análise, síntese, crítica, autonomia de pensar, de fazer, ampliando os horizontes, tornando o sujeito educativo um agente ativo que interage com a realidade na qual está inserido, levando-o a refletir antes, durante e depois o significado, os pressupostos, os objetivos e as finalidades de sua ação.

A educação concebida como práxis tem a finalidade de realizar a humanização do ser por meio da construção da realidade humano-social. A práxis educacional é movimento, a ação que gera conhecimentos e provoca a criação de novas formas de ação pelos seus sujeitos. Ao privilegiar a integração teoria/prática, pressupõe-se que as relações educador/educando se distanciem do caráter vertical, doutrinário, opressores, no qual o ser humano é considerado um objeto depositário do cuidado e do conhecimento profissional, desconsiderado na sua subjetividade e singularidade.

Segundo Estima (2000), a formação do profissional de Enfermagem ainda está estruturada no modelo biomédico mecanicista, enfatizando o fazer, no qual a educação serve aos interesses da política econômica e de saúde, que aponta os objetivos, controla as relações e avalia o produto. Neste tipo de formação, quando o profissional ingressa na escola, tudo já está pronto, principalmente o que se espera dele. Os objetivos e as metas educacionais já foram traçados, o currículo já estruturado e a avaliação acontece somente em função do que já estava previsto. Na educação, o aprendizado acontece de maneira fragmentada, compartimentalizada, alienante, centrada no conhecimento do professor, nas estratégias tradicionais e totalmente descontextualizado da realidade. Esse tipo de educação é uma forma de

desconsideração total pela formação integral do ser humano, e a sua redução a puro treino fortalecem a maneira autoritária e vertical de ensinar (FREIRE, 2002).

Silva e Sena (2008) apontam para a exigência da construção de novos referenciais para a formação dos profissionais de saúde ancorados na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe: ela pressupõe atitude e método que exigem integração de conteúdos, superação de uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do conhecimento, superação da dicotomia ensino e pesquisa e ensino e aprendizagem centrada na visão de educação permanente, associação dialética entre as dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, generalização e especialização, ensino e avaliação, meios e fins, conteúdos e processos. Com esta compreensão, a interdisciplinaridade e a integralidade são princípios convergentes e complementares na construção dos modos de pensar e fazer da educação e da atenção à saúde, visando um agir humanizado, totalizante e que compreenda a completude dos sujeitos e do processo saúde-doença.

A formação de profissionais da saúde, sob a perspectiva da integralidade, constitui-se em uma proposta desafiadora, uma vez que significa o rompimento de um modelo tradicional de formação como também a reorganização dos serviços e a análise crítica dos processos de trabalho.

7 PERCURSO METODOLÓGICO

Na realização de uma pesquisa, a metodologia é o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade; segundo Minayo (1994), representa a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência. A metodologia deixa de ser vista como um conjunto de procedimentos que definem como utilizar os métodos científicos, para ser compreendida como um processo cíclico, dinâmico, criativo e integrador que abarca as concepções de mundo e a experiência intuitiva do pesquisador, os fenômenos, os métodos, os dados, as informações e as teorias. Segundo Martins (2004), a intuição não é um dom, mas uma resultante da formação teórica e do exercício prático do pesquisador.

Segundo Triviños (1987), na pesquisa qualitativa, as particularidades físicas e sociais do meio imprimem aos sujeitos traços peculiares que serão desvendados à luz dos significados que ele estabelece. Nesse sentido, quem a ela recorre preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, o mundo dos significados das ações e das relações humanas, ou seja, o universo de significados, valores, crenças, atitudes, expectativas e motivações. Preocupa-se em estabelecer configurações e interpretações, em atingir o conhecimento de um fenômeno, o que é significativo em sua singularidade.

Considerando a natureza qualitativa e os objetivos desta proposta de estudo, entendemos que a pesquisa/análise documental, seja o caminho metodológico e o processo adequado para a compreensão do objeto e para a construção do estudo em questão e ao alcance dos objetivos formulados. Este estudo se prestou ao mapeamento e verificação dos indicadores da integralidade, em Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Enfermagem no RS, a partir da instituição das diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

A análise/pesquisa documental compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado finalidade. Moreira (2008) afirma que a análise/pesquisa documental, no caso da pesquisa científica é, ao mesmo tempo, método e técnica. Método porque pressupõe o ângulo escolhido como base de uma

investigação. Técnica porque é um recurso disponível para a compreensão de uma determinada realidade, contextualizada em um determinado espaço de tempo ou de delimitação geográfica, podendo inclusive complementar outras formas de obtenção de dados ou informações.

Na pesquisa baseada em documentos, os dados a serem coletados, organizados e analisados, a fim de encaminhar uma questão de pesquisa e para serem utilizados como evidências de ideias e posições que o pesquisador estudará, já existem nos documentos disponíveis. Os tipos de texto utilizados na pesquisa documental incluem trabalhos teóricos, relatórios, ensaios, arquivos históricos, documentos legais, regulamentos etc.

Para Lankshear e Knobel (2008), dados podem ser definidos como fragmentos e peças (unidades) de informação, ou informação potencial encontrada no ambiente que são coletadas de maneira sistemática para proporcionar a base de evidências, a partir da qual são feitas interpretações e declarações destinadas a desenvolver conhecimento e o entendimento relacionado à questão ou problema de pesquisa.

Documento é a expressão de toda e qualquer manifestação humana, como, por exemplo, objetos, paisagens, signos etc, além dos documentos escritos. No contexto da investigação educacional, os documentos são fontes de dados brutos para o investigador, e a sua análise implica em um conjunto de transformações, operações e verificações realizadas a partir dos mesmos, com a finalidade de lhes ser atribuído um significado relevante em relação ao problema de pesquisa.

Neste estudo, os documentos foram os Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Enfermagem. Quanto à sua natureza, estes documentos podem ser considerados como fontes primárias. Entende-se como fonte primária, um documento ou outra fonte de informação, que foi criado no tempo em que foi estudado, por alguém que detinha conhecimento e relação com os eventos descritos.

Quando trabalhamos com dados textuais obtidos de documentos, precisamos lembrar que nossos propósitos de pesquisa podem diferir de maneira significativa dos propósitos para os quais esses documentos foram originalmente escritos (LANKSHEAR; KNOBEL,2008). Os documentos representam uma interpretação de

fatos reais ou situações elaboradas por seus autores; portanto, não devem ser encarados como uma descrição objetiva e neutra da realidade e dos fatos.

A seleção dos documentos que formaram o corpus de estudo deve estar adequada à sua finalidade. O pesquisador deve decidir estrategicamente o que incluir ou excluir. Conhecer o potencial de estudo dos documentos auxilia o pesquisador a fazer julgamentos fundamentados sobre os textos necessários para efetivamente encaminhar sua questão de pesquisa. Desta forma, apresentamos a seguir como procedemos à seleção dos documentos, objeto desta investigação.

O Estado do RS possui, segundo informação disponível no Censo de Ensino Superior do Inep/Ministério da Educação e no e-MEC² (Sistema de Regulação do Ensino Superior), no período da pesquisa, 26 cursos de graduação em Enfermagem, distribuídos em todas as regiões geográficas, sendo 5 (cinco) instituições de ensino superior de natureza jurídica de direito público-federal e 21 (vinte e uma) de natureza jurídica privada, na forma de entidades sem fins lucrativos como fundações (religiosas, culturais ou assistenciais), ou associações. A fim de compor o corpus do estudo, foram buscadas diferentes maneiras de obter os Projetos Pedagógicos de cursos de graduação em Enfermagem dessas instituições, com o intuito de coletar o maior número de projetos possível, com a finalidade de obter uma quantidade significativa de documentos.

Inicialmente foi enviada correspondência para todas as coordenações de cursos explicando os objetivos da pesquisa e solicitando o envio dos referidos projetos. No final do período estabelecido para esse recebimento, foram acessadas as páginas eletrônicas das instituições de ensino e dos cursos de enfermagem, assim como sites de busca na internet, na tentativa de obter um número maior de projetos. Ao final, alcançamos um total de 9 (nove) projetos – tendo sido 3 (três) coletados nas páginas eletrônicas dos cursos, e 6(seis) recebidos em resposta à nossa solicitação.

²O Sistema de Regulação do Ensino Superior (e-MEC) foi criado para fazer a tramitação eletrônica dos processos de regulamentação. Pela internet, as instituições de educação superior fazem o credenciamento e o recredenciamento, buscam autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos. Em funcionamento desde janeiro de 2007, o sistema permite a abertura e o acompanhamento dos processos pelas instituições de forma simplificada e transparente. Da mesma forma permite a consulta sobre cursos e instituições de ensino superior, por qualquer cidadão.

Sendo uma quantidade de documentos relativamente restrita, optamos por não revelar a identidade institucional de cada um deles, nos limitando a uma caracterização geral, apontando a natureza jurídica da instituição (pública ou privada); ao tipo de organização acadêmica da Instituição de Ensino superior que oferece o curso de Enfermagem e a localização regional do estado (mesorregiões³ do Estado do RS). Na análise foi atribuída, aleatoriamente, para cada curso, uma letra do alfabeto, a fim de apresentarmos os recortes dos projetos que nos interessava para a pesquisa. Assim sendo, obtivemos o seguinte quadro:

Quadro 1 - Cursos de Graduação em Enfermagem do RS

IES	Localização Geográfica Mesorregião do RS	Natureza Jurídica	Organização Acadêmica
A	Metropolitana de Porto Alegre	Privada	Centro Universitário
B	Centro Ocidental Rio-Grandense	Privada	Centro Universitário
C	Metropolitana de Porto Alegre	Pública	Universidade
D	Centro Ocidental Rio-Grandense	Pública	Universidade
E	Noroeste Rio-Grandense	Privada	
F	Noroeste Rio-Grandense	Privada	
G	Sudoeste Rio-Grandense	Privada	
H	Sudeste Rio-Grandense	Pública	Universidade
I	Centro Oriental Rio-Grandense	Privada	Centro Universitário

Fonte: Elaborado pela autora.

Observamos ainda que todos os projetos estudados referem-se a cursos já reconhecidos pelo MEC e com Projetos Pedagógicos atualizados após o ano de 2001: período de instituição das DCNE. Também verificamos que o período de criação

³ Mesorregião é uma subdivisão dos estados brasileiros que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais. Foi criada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e é utilizada para fins estatísticos. O Rio Grande do Sul é dividido geograficamente em sete mesorregiões: Centro; Centro Oriental Rio-Grandense; Metropolitana de Porto Alegre; Nordeste Rio-Grandense; Noroeste Rio-Grandense; Sudeste Rio-Grandense e Sudoeste Rio-Grandense. **Natureza Jurídica:** Segundo o IBGE, os códigos de natureza jurídica têm por objetivo a identificação da constituição jurídico-institucional das entidades públicas e privadas nos cadastros da administração pública do País. **Organização Acadêmica:** classificação da instituição de ensino superior.

dessas instituições de ensino está compreendido entre 59 (cinquenta e nove) e 11 (onze) anos, que elas mantêm de 2 (dois) a 8 (oito) cursos de graduação na área da saúde, além de Enfermagem e que os cursos de Enfermagem existem há 59 (cinquenta e nove) anos, o mais antigo, e 5 (cinco) anos, o mais recente, dentre os estudados.

A pesquisa baseada em documentos serviu também para, por meio do processo analítico, construir interpretações e identificar significados. A análise documental consistiu em uma busca de identificações factuais nos documentos a partir de questões de interesse (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

O tipo de análise textual empregada deve ser coerente com a perspectiva teórica adotada pelo pesquisador; Aqui a intenção foi verificar e mapear os indicadores da integralidade, categorizando-os de forma que se tornem distinguíveis, embora complementares. A análise qualitativa interpreta o conteúdo dos textos dentro de um quadro de referência onde a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes. Estudos baseados em documentos como material principal extraem deles a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta.

Na primeira fase, foi organizado o material coletado (Projetos Pedagógicos), dando um olhar para o conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar como proceder para tornar inteligível, de acordo com os objetivos da investigação. Isso significou, inicialmente, processar uma leitura atenta segundo critérios estabelecidos para a análise. Neste estágio, foram grifados nos Projetos Pedagógicos, textos, palavras, termos, frases que sintetizem algum sentido, conceito, definição, concepção ou simplesmente expressam uma ideia relevante ao tema em discussão. O trabalho de análise já se iniciou com a coleta dos materiais, que não é a cumulação cega e mecânica. À medida que colhe as informações, o pesquisador elabora a percepção do fenômeno e se deixa guiar pelas especificidades do material selecionado.

O segundo momento de organização do material seguiu o critério de assunto, aspectos temáticos e conceituais em relação às categorias já previamente estabelecidas para a análise, neste estudo. Esse momento foi fundamental a fim de

encontrar a linha mestra de condução da análise sobre os indicadores de integralidade. Adiante explicaremos a origem das categorias selecionadas.

Para seguir o desenvolvimento da análise, foram construídos quadros relativos aos termos-chave, aspectos, ideias, marcadores ou núcleos conceituais, que podem ser designadas de unidades de sentido, de acordo com as categorias que foram selecionadas. Nesse momento, decidimos prender-nos às nuances de sentido que existem entre as unidades, aos elos lógicos entre essas unidades ou entre as categorias que as reúnem, visto que a significação de um conteúdo reside largamente na especificidade de cada um de seus elementos e na relação entre eles, especificidade que foge do domínio mensurável.

As unidades estruturadas na forma de quadro tiveram o propósito de instrumentalizar a análise dos aspectos fundamentais apresentados nos textos dos Projetos Pedagógicos pertinentes às categorias do estudo.

Após essa análise preliminar, foi o momento de reunir as partes a fim de elaborar uma interpretação coerente, levando em conta o objeto inicial de estudo. Para Cellard (2008), esta abordagem é tanto indutiva quanto dedutiva: as duas se conjugam para que o pesquisador, finalmente, tome consciência das similitudes, relações e diferenças capazes de levar a uma construção teórica admissível e confiável. Procedeu-se às interpretações e inferências sobre as informações contidas nos documentos, extraíndo os significados de seu conteúdo manifesto e latente, que estão apresentadas na forma de produção textual que vai do descritivo ao explicativo, de acordo com as teorias e referências que sustentam a investigação.

As categorias constituíram nos elementos de organização do metatexto que a análise pretendeu escrever; nesse estudo, elas foram agrupadas de forma temática, levando em conta os aspectos apresentados em cada categoria selecionada. Foi a partir delas que se produziram as descrições e interpretações que compuseram o exercício de expressar as novas compreensões possibilitadas pela análise.

A escolha das categorias deu-se pela aderência ao tema pesquisado pelo Lappis⁴ e que resultou em uma das publicações sobre as experiências de ensino da

⁴Conforme Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil, do Cnpq, o Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) constitui-se em um programa de estudos que atua no âmbito do

integralidade na formação dos profissionais da área da saúde. Essa publicação - trabalho de um coletivo de pesquisadores - observou e analisou sistematicamente as experiências de integralidade e elaborou uma matriz analítica desenhada como instrumento de uma proposição observacional na qual localizou coerências com as proposições teóricas.

A Matriz Analítica do Projeto EnsinaSUS⁵ original identificou as práticas e os processos marcadores das relações entre formação e cuidado e formação e gestão na saúde e sistematizou cinco linhas analíticas, consideradas linhas transversais nucleadoras das proposições observacionais, apresentadas em três dimensões nucleadoras de categorias (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005).

A análise documental serviu para contextualizar aspectos, situações, momentos e discursos, conseguindo dessa maneira introduzir novas perspectivas em outra construção teórica, sem deixar de respeitar a substância original dos documentos. Para responder aos objetivos dessa investigação foram utilizadas na análise dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem do RS as linhas da Matriz Analítica do Projeto EnsinaSUS, que se tornaram as categorias de análise, sem separá-las em dimensões, uma vez que o presente estudo se deteve na análise documental, e não nas observações das práticas ou nos discursos dos atores envolvidos. Esse motivo também explica o não envio da proposta de investigação ao Comitê de Ética em Pesquisa, além de que os Projetos Pedagógicos são considerados documentos públicos que, segundo recomendação do Inep, deveriam estar à

ensino, oferecendo disciplinas na pós-graduação stricto e lato sensu, e no âmbito da pesquisa, promovendo estudos em diferentes regiões do país, a partir de linhas de atuação. O objetivo é buscar estratégias de ação conjunta que contribuam para o desenvolvimento de referenciais teórico-metodológicos para estudos de experiências sobre Integralidade e seus efeitos, contribuindo para formação de profissionais capacitados e comprometidos com a Integralidade da atenção à saúde. O LAPPIS representa o crescimento e a institucionalização do projeto 'Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde', criado em 2000, sendo certificado como grupo de pesquisa no diretório do CNPq em 2004.

⁵O EnsinaSUS - Trabalho, Educação e Formação na Integralidade do Cuidado e na Atenção à Saúde. É uma Linha de Pesquisa do Grupo de Pesquisa: Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), conforme Diretório de Grupos de Pesquisas no Brasil- CnPq que tem como objetivos: Estudos destinados a identificação, apoio e desenvolvimento de experiências de ensino e pesquisa (graduação, pós-graduação e extensão) capazes de transformar a formação em saúde, fundamentando-se no princípio da Integralidade, na direção da consolidação do SUS como uma política de Estado de garantia do direito a saúde.

disposição para consulta na página eletrônica dos cursos. Então, as categorias selecionadas foram:

- a. processos/relações político-pedagógico-institucionais na saúde e a relação entre os processos formativos e os modelos tecnoassistenciais coerentes com o SUS;
- b. estratégias, táticas e os processos decisórios na articulação entre educação superior e trabalho na saúde;
- c. seleção de conteúdos nos processos de transformação do ensino para a integralidade;
- d. cenários de aprendizagem nos processos de transformação do ensino para a integralidade;
- e. redes de cuidado supostas na integralidade em saúde e sua presença no ensino da integralidade.

Entende-se por Processos/relações político-pedagógico-institucionais na saúde e a relação entre os processos formativos e os modelos tecnoassistenciais coerentes com o SUS, à busca pela institucionalização do Sistema Único de Saúde nas propostas de formação, a relação entre os processos de formação e os modelos tecnoassistenciais inovadores ou transformadores, a integração das políticas de educação e saúde, a proposta de formação, com suas bases teóricas e conceituais, a proposta de avaliação da aprendizagem, a articulação entre ensino e trabalho, evidências de novos projetos educacionais e de saúde que contribuam para a formação de profissionais com competência técnica, ética e política, a integração teoria-prática, a participação de outros segmentos na consolidação e legitimação do Projeto Pedagógico orientado para a integralidade e a proposta de formação por eixos curriculares e os currículos modulares.

A categoria Estratégias, táticas e os processos decisórios na articulação entre educação superior e trabalho na saúde buscou-se a articulação entre políticas de saúde e de formação; mecanismos de avaliação, aperfeiçoamento e transformação nos processos de formação; táticas para transformação no cotidiano do processo de formação-serviço; mapeamento e reconfiguração dos diversos saberes/poderes que

orientam/condicionam as práticas profissionais e da formação; conjuntura política local, regional e nacional; reorientação da formação em saúde; saberes conjugados das equipes multiprofissionais; humanização da assistência; programas de formação docente; gestão participativa (instituição de ensino); inovações segundo a demanda das necessidades de saúde; processos formativos conjunto com práticas de pesquisa; integração de saberes entre universidade e sistema de saúde; convênios (ensino-serviço).

Na categoria Seleção de conteúdos nos processos de transformação do ensino para a integralidade, foi investigada a articulação dos critérios político-pedagógicos que orientam a seleção dos conteúdos na formação em saúde inserida no movimento disciplinar-transdisciplinar e na setorialidade; a inclusão de conteúdos que considerem sentidos, significados e valores da cultura local; produção, reprodução e transformação do conhecimento em todas as áreas e em todos os níveis de complexidade da atenção e do cuidado; concepções teóricas sobre ser humano, saúde, educação, currículo, enfermagem; construção do perfil, identidade do profissional em formação; marcos conceituais e filosóficos do Projeto Pedagógico; ordenamento e interação entre as disciplinas do curso.

Em Cenários de aprendizagem nos processos de transformação do ensino para a integralidade buscou-se as evidências de articulação ético-político-pedagógica na definição e inserção dos diferentes cenários de aprendizagem; práticas pedagógicas e de cuidado na perspectiva do trabalho em equipe e de atividades coletivas de aprendizagem; a vinculação da formação ao processo de trabalho em espaços múltiplos de atuação; locais de práticas e estágios; monitorias, atividades complementares; projetos locais de atenção à saúde; momento de inserção dos alunos na prática.

E, finalmente, na categoria Redes de cuidado supostas na integralidade em saúde e sua presença no ensino da integralidade, buscou-se verificar a construção das redes de cuidado na integralidade da atenção e da inserção de linhas de cuidado como eixo estruturante do processo de formação; a integralidade como organizadora do trabalho em equipe; previsão de atividades em vários níveis de complexidade; possibilidades de participação e vivência em ações intersetoriais e projetos

terapêuticos; conhecimento e valorização, no processo de formação, das múltiplas dimensões do processo saúde-doença; participação da universidade na construção da rede de cuidado.

No capítulo a seguir, apresentamos cada uma das categorias acima citadas e sua análise, produzida a partir dos recortes dos documentos estudados e sustentadas pelo referencial teórico do estudo.

8 INDICADORES DA INTEGRALIDADE

Neste capítulo, tratarei de aprofundar cada categoria apresentada, buscando entrelaçamento com recortes dos Projetos analisados. Os textos foram seccionados buscando encontrar pontos de ressonância entre os tópicos apresentados em cada categoria e os indícios de sua emergência nos Projeto Pedagógico estudados. Longe de pretender julgar o conteúdo do que veiculam, compará-los, esgotá-los ou alcançar uma formulação definitiva, a intenção é evidenciar diferentes formas de ocorrência de cada ideia, apresentando modos possíveis de entender-se e postular-se cada um dos elementos.

8.1 PROCESSOS/RELAÇÕES POLÍTICO-PEDAGÓGICO-INSTITUCIONAIS NA SAÚDE E A RELAÇÃO ENTRE OS PROCESSOS FORMATIVOS E OS MODELOS TECNASSISTENCIAIS COERENTES COM O SUS

Para dinamizar a análise, o enunciado da categoria foi seccionado no sentido de especificar os diferentes elementos conceituais que a constituem. Dessa maneira, os Projetos Pedagógicos foram analisados sob os seguintes aspectos: Institucionalização do Sistema Único de Saúde, Processos de formação e modelos tecnoassistenciais, Proposta de formação, Articulação entre ensino e serviço, Novos projetos de educação e de saúde, Participação de outros segmentos na orientação do Projeto Pedagógico e a Proposta de formação por eixos curriculares ou de modalidades inovadoras de currículo.

A institucionalização do Sistema Único de Saúde nas propostas de formação do enfermeiro preocupa-se com o que está estabelecido nas Diretrizes Curriculares, trata-se de investir no alinhamento aos postulados do SUS, uma vez que são esses postulados que orientam a formação em saúde, conforme o disposto a partir do Relatório Final da 9ª. Conferência Nacional de Saúde, que preconizava a formação de profissionais com uma visão integral, comprometimento social, com uma formação geral e com a efetiva interação entre instituições de ensino e de sistema de saúde. Nesse caso, trata-se de estabelecer, no texto próprio dos Projetos Pedagógicos, itens

que se conectam explicitamente com esses postulados, de modo a fazer com que se institua, pelo discurso oficial, uma mentalidade institucional de adesão ao SUS.

No passado, os cursos da área da saúde orientavam sua formação de acordo com a rede ou instituições de saúde que mantinham convênios para serem locais de práticas ou estágios, próximos à sua localização, sendo muitas vezes serviços privados, conveniados ou descontextualizados aos princípios do SUS. A partir do Movimento Sanitário e da instituição das Diretrizes Curriculares, o sistema de saúde nacional passa a ser um modelo de formação convergente com a realidade social e com as necessidades de saúde da população.

Entende-se por “movimento sanitário” um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecidos como movimento pela democratização da saúde envolvendo propostas e projetos, e que deram suporte para a Reforma Sanitária (ESCOREL, 2006).

A implantação do Sistema Único de Saúde é considerada a maior política social nos últimos tempos em nosso país; a partir de 1988, o direito à saúde é remetido para a esfera do direito à cidadania, ou seja, a Constituição inclui a saúde no campo dos direitos sociais. Por isso, a necessidade e a preocupação das instituições de ensino em reorientar a formação em saúde, aproximando seus programas curriculares dessa política. Podemos verificar nos projetos pedagógicos estudados que esta preocupação está explicitada, conforme recortes transcritos abaixo:

O curso preconiza a formação de profissionais com competências e habilidades crítico-reflexivas, necessárias para sua intervenção na promoção da saúde na sociedade. Os temas de estudo que fundamentam e dão suporte à apropriação dos conhecimentos são provenientes das ciências biológicas e da saúde, das ciências humanas e sociais e das ciências da enfermagem. Salienta-se também que essas áreas são permeadas continuamente pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Por esta proposta, o estudante deverá adquirir competência técnico-científica, administrativa, política e legal. Na competência política está inserida a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que envolvem a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação da comunidade como um direito. (B)

Possibilitar a formação técnica e crítica tendo como referência os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Frente a esta

realidade, passa a ser exigida do trabalhador em saúde uma visão integral do indivíduo com capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, de tomada de decisões, de intervenção no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto-organização e de enfrentamento de situações em constantes mudanças. Em um cenário complexo e de diversidades, a formação dos trabalhadores de saúde é considerada uma das atividades-chave para alcançar os objetivos do sistema de saúde vigente no país, e é neste sentido que se propõe o Curso, que se coloca no mercado, propondo um perfil de trabalhador de saúde, um perfil de enfermeiro que atue na defesa da vida individual e coletiva: um cuidador reflexivo, responsável, que atue sob o eixo da integralidade, com capacidade de intervenção, reabilitação, promoção e cura e que tenha responsabilidade e humildade para continuar buscando sempre novos conhecimentos frente ao complexo campo do setor da saúde. (A)

O elemento nuclear da formação do enfermeiro constitui-se na busca pela integração entre conteúdos teóricos e práticos, competências e habilidades, tendo como alicerce os princípios e diretrizes do Sistema Único de saúde – SUS, assegurados na Constituição Federal Brasileira de 1988, objetivando com isso, proporcionar uma sólida formação que estimule o aluno a aprender a aprender, discutindo e refletindo acerca da realidade sanitária brasileira e enquanto profissional possa articular o saber e o fazer na perspectiva da transformação desta realidade. (F)

A implantação das DCN tem sido assumida como estratégia potente para redirecionar a formação dos profissionais de enfermagem, estabelecendo um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação de enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de saúde da população (SILVA-SENA, 2006). As DCN em seu Artigo 5, Parágrafo Único orienta que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Em todos os projetos estudados, encontramos a proposição de formar profissionais cuja atuação esteja pautada nos princípios do SUS, como se pode observar nos discursos abaixo:

O graduado em Enfermagem deverá ter consciência da sua função como profissional da saúde, de quem se espera um trabalho ético, engajado e capaz de identificar fatores e causas, que possam promover mudanças e melhorias na qualidade de vida da população em que está inserido, sendo capaz de atender as necessidades sociais da

população, assegurando as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde.(E)

A formação do profissional Enfermeiro deverá estar voltada para desenvolver as competências requeridas para sua atuação no Sistema de Saúde vigente, devendo buscar adequação dos modelos assistenciais aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); deve ter como competência básica, agir interativamente com os demais profissionais, e com capacidade de pensar criticamente; propor soluções viáveis. (D)

A formação do Enfermeiro egresso tem por finalidade capacitá-lo a atender as necessidades sociais de saúde dos seres humanos, com ênfase nas políticas públicas de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) vigente, assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Neste PPP, competência é entendida como "a capacidade de mobilizar e utilizar adequadamente conhecimentos, qualidades e habilidades, para fazer frente a problemas inerentes ao exercício profissional". Por seu lado, considera-se que habilidade é qualquer "atributo do desempenho ou qualificação operacional, em diferentes graus de complexidade, que concorre para o desenvolvimento de competências". Em outras palavras, habilidade é "a manifestação funcional de um processo (de natureza cognitiva, motora, afetiva, social etc) identificada por um desempenho". (H)

O SUS representa, segundo Gattás (2006), a manifestação de um conjunto de necessidades sociais de saúde, que portam um caráter ético-moral e defende a saúde como um direito de todo cidadão, propondo-se a garanti-lo através de seus princípios de acesso, universalidade, integralidade e equidade. Compreender o que esses princípios traduzem é fundamental para o trabalhador de saúde no desempenho de suas funções sociais. Os conhecimentos de que os profissionais de saúde precisam estão condicionados e sujeitos à estrutura de necessidades próprias de cada momento histórico e social, à tecnologia disponível e aos modos de realizar o trabalho para a efetivação das ações de saúde. A institucionalização do SUS também se expressa através dos conteúdos selecionados para comporem as disciplinas do curso e serem trabalhados durante a formação do enfermeiro. Podemos verificar por meio do ementário de alguns projetos pedagógicos a presença deste conteúdo:

Estuda os princípios e diretrizes inscritos no arcabouço jurídico institucional do Sistema Único de Saúde e sua potencialidade na organização do sistema de saúde. Subsidia o estudante quanto aos principais processos de planejamento em saúde, apresenta e discute a forma de organização e instancias de gestão do sistema de saúde,

assim como o processo de ordenamento dos serviços de saúde dentro dos marcos regulatórios do SUS. (A)

Capacitar os alunos a atuar em Saúde Pública considerando os fundamentos teóricos de administração do Sistema Único de Saúde, envolvendo seus sistemas, bem como técnicas de planejamento de ações e serviços de saúde. Retrospectiva histórica da Saúde Pública global. História da Saúde Pública Brasileira; conceitos em saúde pública e saúde coletiva; reforma sanitária e criação do SUS, legislação do SUS (Lei 8.080 e 8142 e legislação complementar). SUS: Principais diretrizes; análise crítica da condição sanitária brasileira; sistema de informação ambulatorial e hospitalar; noções gerais de administração pública direcionado à área da saúde. Educação para a cidadania. Informação como direito. Proporcionar aos educando/as uma visão integral de saúde pública e do sistema único de saúde, capacitando-o/a para atuar em saúde coletiva. (F)

Reflexões sobre a formação de recursos humanos para a saúde. Problemas gerenciais em saúde. Promoção e educação em saúde. Evolução das políticas públicas de saúde do Brasil. Reforma sanitária. Sistema único de saúde. Políticas de saúde e de formação de recursos humanos. Modelos technoassistenciais em saúde. Pacto pela saúde de 2006. (B)

Observamos que os princípios e pressupostos do SUS têm sido utilizados como norteador da fundamentação e concepção teórica de alguns Projetos Pedagógicos:

[...] no desenvolvimento do Curso de Graduação em Enfermagem, perseguimos valores que primem: pela garantia a um atendimento de qualidade, adequado às reais necessidades da população, de forma que possa viabilizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, tais como, integralidade, universalidade, igualdade, resolutividade, participação da comunidade, entre outros; pela atuação condizente com as políticas públicas de saúde, mais especificamente, com a consolidação do SUS no nosso país. (I)

Como marco conceitual: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – fundamentador da reordenação da formação profissional na área da saúde, entendido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas nos diferentes âmbitos, quais sejam, federal, estadual e municipal, ou por entidades a ele vinculadas, conquistado pela população e assegurado na Constituição Federal Brasileira de 1988, e tendo como tripé de sustentação: descentralização, integralidade da assistência e do indivíduo e participação da comunidade exercendo o controle social nos serviços de saúde. (F)

Também verificamos que a institucionalização do SUS não se efetiva somente na inserção do ensino no sistema público de saúde, que a oportunização de práticas e experiências na saúde suplementar e em diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde é uma prerrogativa de alguns cursos de graduação:

[...] Vale destacar que a formação na área da enfermagem visa preparar profissionais para atuarem no setor da saúde tanto no sistema público (SUS) como no sistema privado (saúde suplementar), uma vez que a formação perpassa pelas áreas de ação do enfermeiro que se distribuem entre as redes básicas de saúde, alta e média complexidade. Um enfermeiro formado sob as diretrizes do sistema de saúde vigente no país deve estar apto para atuar em qualquer segmento do setor da saúde do país seja ele público ou privado: escolas, creches, empresas, hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, comunidades e consultórios próprios, atendimentos pré-hospitalar e domiciliar.(A)

A relação entre os processos de formação e os modelos tecnoassistenciais inovadores ou transformadores denota a necessidade de cada curso enunciar como organiza a produção da atenção em saúde a partir da formação, ou seja, que modelos assistenciais utiliza como guia para implementar a formação profissional e a forma como se apresentam nos Projetos Pedagógicos, ou que medidas e alternativas propõe para transformar a formação em saúde em uma prática social, fundamentada na aproximação do ideário do SUS.

Para Merhyet al. (1992), modelo tecnoassistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Desse modo, os modelos tecnoassistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais. Os autores consideram que os modelos tecnoassistenciais se apresentam como projetos de grupos sociais, formulados enquanto projetos tecnoassistenciais, para serem implementados enquanto estrutura concreta de produção de parte das ações de saúde, realizando-se de forma “pura” ou incorporando propostas de outros projetos. Esses projetos tecnoassistenciais apoiam-se em conhecimentos e saberes que definem o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, para que servem e como

devem ser organizadas tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas.

Foi difícil encontrar, nos Projetos Pedagógicos estudados, a definição clara de modelos tecnoassistenciais e como esses são articulados para guiar a formação em saúde. Porém alguns trechos destes revelam que há indícios de efetiva preocupação institucional com o contexto da fundamentação da assistência:

[...] são discutidos e refletidos conteúdos concernentes a gestão da saúde no âmbito hospitalar e coletiva, enfocando os diferentes modelos tecnoassistenciais em saúde, aspectos da realidade do país, e a escolha da disciplina eletiva possibilita ampliar e reforçar tais discussões.(F)

[...] As diretrizes pedagógicas que deverão nortear a formação do profissional científica, tecnológica, política e culturalmente são aquelas que venham atender ao perfil almejado e que desenvolvam neste o compromisso com a transformação dos modelos assistenciais. Estão centradas em metodologias que enfatizem a construção do conhecimento ao invés da transmissão e que levem o aluno a questionar o processo ensino-aprendizagem e o contexto em que está inserido. Para tanto, considera-se que a aprendizagem acontece a partir da realidade do aluno, com a finalidade de compreendê-la, construir conhecimento e transformá-la. Considera-se a realidade não como um fim em si mesma, mas como um subsídio para encontrar novas verdades e novas soluções. Desta forma, os alunos são protagonistas neste processo cabendo-lhes a descoberta, a participação, a autonomia e a iniciativa. Logo, acredita-se na possibilidade da formação profissional com a capacidade de questionar, experimentar e avaliar, que seja crítico e transformador, e que entenda a saúde como um direito de cidadania. Ação-reflexão-ação, proporcionando o diálogo como prática essencial no processo, levando os docentes e discentes a discutir a realidade, passando pela aquisição de uma consciência crítica individual e coletiva. Estaremos buscando assim formar um profissional com qualidade técnico-humanística, ética e também política. (D)

A conformação do modelo tecnoassistencial articula dimensões de poder, saber e fazer entre as instituições de ensino e de saúde que, apoiados na dimensão política, disputam a forma de organizar a assistência. Isto é, as instituições de ensino com seu aporte teórico e conceitual pretendem subsidiar um novo modelo assistencial preconizando os fundamentos e uma nova orientação da assistência, considerando as necessidades de saúde, as formas de atuar em diferentes grupos sociais, de articular a oferta de serviços do sistema de saúde, de oferecer uma atenção baseada na

integralidade aos usuários e, muitas vezes, deparam-se com as instituições de saúde que funcionam com o modelo tecnoassistencial hegemônico e que não são sensíveis às transformações na sua organização e dinâmica de seus serviços já estabelecidos.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada no ano de 1993, em Brasília, já apontava que a formação do trabalhador de saúde deveria considerar a questão dos paradigmas curriculares vigentes e sua coerência com os modelos assistenciais preconizados para o SUS. Analisando os Projetos Pedagógicos, identificamos alguns aspectos pertinentes a esse tópico, referente à preocupação da instituição de ensino em instituir um novo modelo tecnoassistencial, conforme reproduzido a seguir:

[...] Refletir sobre o processo de trabalho em saúde e na enfermagem, buscando atuação ética e visando à transformação do modelo assistencial em saúde. Aliando o desafio proposto pela visão institucional ao desafio de preparar profissionais com um novo perfil, que atenda as demandas de saúde, inserindo-se no mundo de trabalho de forma crítica, intencional, tecnicamente competente, com valores éticos e humanizados, compromissados com a transformação qualitativa da sociedade e tendo consciência do seu papel social e político de agente de transformação. A prática profissional deve estar comprometida com as necessidades de saúde da população por meio de ações assistenciais, gerenciais, pesquisa e educação, partindo dos pressupostos didáticos e metodológicos, nos quais o aprendizado é o reflexo da experiência da vida, a pessoa deve ser estimulada a construir seu próprio conhecimento na interação que faz com o mundo.(A)

Os demais projetos analisados não chegam a explicitar claramente esse aspecto, não significando que não haja preocupação. De fato, podemos verificar algumas ressonâncias entre diferentes itens que dão pistas de como cada um desses cursos propugnam esse princípio. Mas vale destacar que a ausência de menção explícita acerca do tópico pode contribuir para uma fragilização do conceito de modelo tecnoassistencial e de como a instituição de ensino orienta a sua formação com base na integralidade da atenção, uma vez que o mesmo surge de uma exigência científica para dar lógica às ações e resultar em produção em saúde.

A proposta de formação do enfermeiro procurou verificar as bases teóricas e conceituais para efetivação, ou seja, de que maneira o “perfil” do enfermeiro é

proposto, em consonância com o disposto nas Diretrizes Curriculares e nas políticas de formação em saúde. Esse tópico denota o modo como cada Curso vai desdobrar o entendimento das características mais essenciais do profissional em formação, dando indicativos de como isso será desenvolvido ao longo do curso.

Entende-se por “perfil” o conjunto de conhecimentos e de habilidades necessários ao desenvolvimento da pessoa e à qualificação profissional, construindo em cada um a postura e as atitudes desejáveis. Esse perfil é demonstrado no conjunto de competências que o futuro profissional deve revelar no exercício de sua profissão. Gattás (2006) afirma que para o delineamento do perfil do egresso de um curso profissional, é necessário conhecer a realidade social, política e econômica do país e da região na qual a instituição formadora está inserida, estudos sobre os cenários atuais e futuros, as tendências dominantes, a situação da profissão nesse contexto, ou seja, que o perfil precisa adequar-se às condições do entorno no qual esse profissional vai atuar. Em todos os projetos pedagógicos estudados verificou-se a inclusão total ou parcial dos Artigos 4º e 5º das diretrizes curriculares, contendo em alguns a inserção de especificidades institucionais conforme transcrições abaixo:

[...] ativar mudanças no perfil do profissional a ser formado, adequando seu currículo e suas práticas pedagógicas para que estejam embasados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. O currículo de Enfermagem deve proporcionar uma educação que possibilite à pessoa pensar, agir, saber, desejar buscar conhecimento, buscar e duvidar da verdade e apreciar os valores da profissão. Oferecer um curso adequado ao perfil epidemiológico da realidade regional; também demonstra a intenção de formar enfermeiros que possam atuar com eficiência e responsabilidade, buscando sempre a qualidade da atenção à saúde. (A)

A formação do profissional com o perfil proposto exige que as linhas metodológicas de ensino valorizem a aplicação dos conhecimentos obtidos em aulas teóricas e o desenvolvimento de projetos multidisciplinares, além da vivência nos campos de atuação profissional. As ações visam a superar a fragmentação do saber e proporcionar ao futuro profissional o conhecimento da relação entre sua própria especialidade com as demais áreas do saber. (B)

O enfermeiro norteia a sua atuação, enquanto profissional da área da saúde, considerando a integralidade do ser humano/família/comunidade, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre

situações de saúde-doença mais prevalentes em suas regiões de operação, capacitando a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania e atento nas suas transformações, nos âmbitos social, cultural, educativo, político, econômico, ético e científico. (G)

A formação do perfil desejado pelas instituições perpassa vários caminhos, experiências e desafios no processo de aprendizagem, em cada etapa ou momento da formação, em cada unidade temática, no conjunto de conteúdos ou atividades propostas, nas metodologias empregadas etc. Encontramos, em outros itens, dos Projetos Pedagógicos como metodologias de ensino, atividades de extensão, cenários ou locais de práticas, pressupostos teóricos, algumas declarações sobre o perfil do profissional enfermeiro que a instituição pretende formar:

[...] sustenta sua concepção, principalmente por se tratar de um curso da área da saúde no qual o compromisso com a valorização da vida é o pressuposto norteador. Dessa forma, entende-se que o indivíduo é capaz de transformar as condições de sua existência por meio de sua visão de mundo que permeia as suas relações sociais, relações essas que determinam a estrutura de organização e produção da sociedade. O indivíduo faz parte de um grupo social conforme sua inserção no processo de produção, e esta inserção determina o processo de saúde e doença. O enfermeiro, inserido nesse paradigma, deve ter responsabilidade política e profissional para executar um trabalho intencional, tornando-se um agente de transformação social. Para que ele se torne este sujeito, a educação deve ser entendida como uma prática social e deve contribuir para o desenvolvimento do ser humano na sua integralidade, possibilitando ações transformadoras na construção da cidadania. (A)

[...] levar os alunos a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades - ética, cidadania e solidariedade. (D)

A responsabilidade social no ensino se configura como um elemento eminentemente ético, por meio do qual se busca produzir condutas em que as pessoas se sintam comprometidas com o desenvolvimento equitativo e sustentável do país, pautem suas ações por referências éticas e sejam criativos na articulação entre a sua profissão e a promoção do desenvolvimento coletivo. A responsabilidade social no ensino se expressa, então, na intenção de assegurar uma formação que promova o êxito profissional, fundamentada em princípios éticos, humanísticos e de sensibilidade social. (B)

A articulação entre ensino e serviço verificou em que instâncias esses segmentos trocam informações, experiências e de que forma se dá a participação dos atores envolvidos nesse processo. A existência de convênios formais entre as instituições de ensino e a rede de serviços de saúde. Se o ensino proposto tem a ver com o local em que acadêmico de Enfermagem vai fazer os estágios, se os enfermeiros-supervisores contribuem efetivamente com as discussões curriculares propostas pelos docentes orientadores, efetivando uma articulação de mão dupla, de cooperação entre a instituição formadora e os locais das práticas.

Verificamos pelo discurso de um Projeto Pedagógico a existência da pactuação de convênio para realização das práticas do curso, conforme transcrição:

As atividades práticas são contempladas com uma abordagem teórica que fundamenta os princípios práticos, em campos de estágio com a supervisão direta do professor junto aos alunos. Os locais de campo de estágios são definidos pelos objetivos específicos de cada disciplina, previstos nos planos de ensino e em locais previamente selecionados e que mantenham convênio com a Universidade. Neste processo de ensino e aprendizagem, enfatiza-se o aprendizado do aluno com responsabilidade pelo seu desempenho, e respeito ao ser humano em suas diferentes etapas da vida. (C)

Apenas dois Projetos explicitam, em seus discursos, a existência formal de convênios estabelecidos entre a instituição formadora e a rede de serviços de saúde, descrevendo as atribuições de cada um e os benefícios para a produção em saúde e formação profissional:

O internato proporciona uma experiência ímpar no processo de formação dos estudantes e na articulação / integração entre as práticas de ensino e de serviço, favorecendo ao estudante uma vivência mais próxima da realidade do trabalho que o espera. Busca-se um enfermeiro(a) de pensamento de natureza biopsicossocial e intersetorial, para que a intervenção em enfermagem seja capaz de levar em consideração a pluralidade. Levando em consideração as diretrizes da política institucional, o Curso deverá manter estreita aproximação e integração com a rede de serviços de saúde e comunidade a fim de reconhecer as necessidades de educação e cuidado em saúde; na comunidade, nos serviços de saúde e na própria IES. Desta forma, as instituições de formação atendem as determinações do Ministério da Saúde e da Educação, que entende

como vital para a sobrevivência do campo da saúde a precípua aproximação destes setores (saúde e educação). Para tanto, o curso deverá construir em conjunto com a comunidade que acolhe os estudantes bem como os serviços de saúde, as propostas de educação e cuidado em saúde. Atendendo, desta forma, as necessidades do serviço e da sociedade potencializando o debate acadêmico com a realidade do trabalho em saúde.(A)

Os outros Projetos chegam a anunciar que os locais de prática serão definidos no âmbito da comunidade local (no próprio município e municípios vizinhos); sem, no entanto, explicitar quais sejam. Também explicitam sua preocupação com a inserção em outros segmentos de saúde e em diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Disso se pode depreender que, a despeito das orientações constantes das DCN, depende eminentemente da iniciativa de cada instituição em buscar aproximação com a rede de atenção e serviços de saúde da região. Não há como assegurar, de modo absoluto, o tipo de vinculação nem sua abrangência, ficando esse aspecto à mercê da singularidade de cada Curso.

As atividades práticas objetivam desenvolver competências e habilidades, tais como: diagnosticar e solucionar problemas de saúde; comunicar-se; tomar decisões; intervir no processo de trabalho; trabalhar em equipe; enfrentar situações em constantes mudanças; prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade; utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde. (B)

Verifica-se que esses convênios são “um mundo à parte” porque, via de regra, envolvem acordos e contrapartidas entre as instituições que implicam em desembolso financeiro, doações de materiais, contratação de trabalhares de saúde pela instituição de ensino e arranjos políticos nem sempre claros. Também não foi encontrada de forma clara nos projetos a participação dos gestores/trabalhadores de saúde na orientação das práticas e estágios dos cursos.

A interação ensino-serviço tem inúmeras possibilidades de incrementar tanto a formação profissional quanto a organização dos serviços de saúde e das práticas dos trabalhadores. Apesar da desconforto que o aluno provoca no campo de prática, por ser um elemento externo que vai, provavelmente, questionar e observar as ações de saúde, esse ajuste e essa acomodação da vivência traz benefícios e novos

significados para ambos os lados. Contudo observamos que, em nenhum Projeto estudado, essas interações foram mencionadas, nem a forma de articulação entre instituição de ensino e de rede de saúde.

As evidências de novos projetos educacionais e de saúde que contribuam para a formação de profissionais com competência técnica, ética e política, orientados para a integralidade verificou se a proposição de novos modelos ou maneiras de saber e fazer saúde são congruentes com a realidade social, na qual o aluno vai se deparar e confrontar na condição de profissional do sistema de saúde. Também neste tópico observamos indícios nos discursos dos projetos, da intenção de inserção dos alunos em novos espaços e contextos para que, nestes encontros se desenvolvam a criticidade e a possibilidade de elaborar novas formas de se fazer saúde, que destacamos em dois projetos:

[...] preparar trabalhadores que possam responder a essas rápidas mudanças do setor de saúde e que sejam capazes de penetrar no mundo do trabalho por meio de uma inserção criativa, crítica, técnico-científica, mas, acima de tudo, como ator ativo que rompe com a identidade social e que assume a capacidade de criação, própria da singularidade na integração plena como o outro. O desenvolvimento de um currículo que trabalha na perspectiva da integralidade, no qual o contexto da vida dos indivíduos é central no processo de ensino e aprendizado, e em que a ação coletiva é o pressuposto norteador do trabalho em saúde...(A)

Ao compreender a educação como ato intencional e prática social necessária, busca-se desenvolvê-la de modo a atender às necessidades humanas no contexto social. Portanto, é imprescindível que o Projeto Pedagógico do curso seja desenvolvido a partir de uma abordagem interdisciplinar e integral, que considere o estudante, a sociedade e a cultura como elementos indissociáveis. Da mesma forma, procura-se atribuir ao estudante, gradualmente, o papel de responsável pela construção de seu próprio saber e crescimento profissional de forma útil para si mesmo e para a sociedade. (B)

A participação de outros segmentos sociais na consolidação e legitimação do Projeto Pedagógico orientado para a integralidade buscou verificar nos projetos quais segmentos da sociedade que contribuem na formação, participam e se articulam com a instituição de ensino na organização destes processos formativos.

O Projeto Pedagógico deve ser construído coletivamente e estar continuamente sendo atualizado, também pela participação dos atores envolvidos nos processos de aprendizagem e instituições que fazem parte da conjuntura de formação. Detectamos apenas em três projetos a informação de que as participações destes segmentos sociais fazem parte do processo:

O Curso de Enfermagem privilegiará uma metodologia que propicie uma leitura crítica da realidade para a identificação de situações problema, como forma de estimular a aprendizagem ativa. Para isso, elege como ações estratégicas: ampliar e fortalecer as relações entre os Cursos, Departamentos e Instituições de saúde através do ensino, pesquisa e extensão; inserir os alunos em projetos de ensino, pesquisa e extensão de acordo com as Linhas de Pesquisa do Departamento de Enfermagem; organizar ações de Educação Continuada tais como: cursos, seminários, palestras e jornadas, com o objetivo de aproximar a comunidade acadêmica, bem como todos os parceiros envolvidos neste processo de formação; continuar incentivando articulações com a Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e outros Cursos de Enfermagem; estimular a participação dos docentes e alunos em órgãos Representativos da Enfermagem como Associação Brasileira de Enfermagem, Conselho Regional de Enfermagem, Sindicato dos Enfermeiros e Diretório Acadêmico de Enfermagem. (D)

As mudanças na formação em saúde, orientadas pela integralidade das práticas de ensino e de cuidado, foram propostas por Ceccim e Feurwerker (2004) no conceito de quadrilátero da formação: ensino (docentes e discentes); gestão (gestores do SUS); atenção (trabalhadores e serviços de saúde); e controle social (usuários, movimentos sociais e sociedade), no qual a qualidade da formação resulta da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários.

Encontramos discursos com aproximação deste conceito em dois projetos estudados, conforme transcrição:

O núcleo das disciplinas humanístico-sociais pretende dinamizar os espaços de interlocução na comunidade, com os movimentos sociais, com as associações de bairro, com as minorias raciais, étnicas, religiosas, com os diferentes segmentos da sociedade civil através de uma dinamicidade temática semestral e reordenamento permanente de

seus planos de ensino a responder efetivamente às agendas postas pela sociedade. (A)

Num projeto político-pedagógico comprometido com a formação de enfermeiros cidadãos, o desenho curricular, os conteúdos, as metodologias a serem adotadas devem estar estruturados, de modo a permitir a apropriação do conhecimento, em níveis crescentes de complexidade e numa perspectiva interdisciplinar e, até mesmo, transdisciplinar. Tanto professores como alunos precisam ser estimulados a concebê-lo não apenas como uma seqüência de disciplinas e conteúdos, mas como um processo de desenvolvimento dialógico, que inclua a investigação como um instrumento que propicia a aprendizagem, a partir da realidade. Desse modo, precisa ser revisto constantemente, sempre que professores, alunos, serviços de saúde e usuários sentirem e demonstrarem necessidade, não podendo tornar-se um tipo de "forma" que se enrijece, passando a exigir fidelidade. (H)

Corroborando a ideia da integralidade como orientadora da formação, a proposição da formação por eixos curriculares ou de modalidades inovadoras de currículo preocupa-se na busca por propostas de formação que rompam com a fragmentação curricular e a lógica disciplinar e que visem o atendimento das demandas de saúde da população e a resolutividade da atenção. Apenas em dois projetos encontramos a declaração deste desenho curricular, como segue:

Os eixos curriculares expressam as concepções que direcionam a ação educativa e coordenam as diferentes possibilidades e experiências para o desenvolvimento das competências e habilidades que concorrem para a concretização do perfil profissional do enfermeiro egresso, consoantes aos referenciais orientadores eleitos e o objetivo estabelecido para o curso. Correspondem, assim, à trajetória do discente no Curso, durante o processo de sua formação profissional. Para caracterizar os diferentes momentos da trajetória discente, durante o processo de sua formação profissional, este eixo curricular fundamental é integrado pelos seguintes eixos curriculares temáticos: Formas de conhecer o ser humano, as políticas públicas de saúde e a enfermagem; O trabalho da enfermagem na promoção e proteção da saúde do ser humano; O trabalho da enfermagem na manutenção e recuperação da saúde e alívio da dor e do sofrimento do ser humano; e Estágios Supervisionados na realidade dos diferentes cenários da prática profissional. Permeando todos os momentos da trajetória do aluno no seu processo de formação profissional, encontram-se os eixos transversais aos eixos curriculares fundamental e temáticos, com a finalidade de que as diferentes disciplinas, estágios e demais atividades que compõem o currículo proposto assegurem ao enfermeiro egresso, como expressão do conjunto das competências e habilidades a serem adquiridas no curso, as seguintes instrumentalizações:

Instrumentalização técnico-científica para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização teórico-metodológica para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização ético-filosófica para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização administrativo-gerencial para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização pedagógico-educacional para o cuidado de enfermagem; e Instrumentalização sócio-política para o cuidado de enfermagem.(H)

A ideia de currículo integrado tem sido utilizada como tentativa de contemplar argumentos baseados na necessidade de uma compreensão totalizadora do conhecimento e de maiores parcelas de interação ou interdisciplinaridade na sua construção. A integração ressaltaria a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de processar o conhecimento nas instituições de ensino.

Para Chirelli (2002), um currículo integrado valoriza o espaço de integração entre ensino, serviço e comunidade como o cenário do processo de ensino e aprendizagem, devendo o estudante refletir sobre sua ação e a realidade que está inserido, buscando problematizar o seu cotidiano, tornando o que tem para ser aprendido como mola propulsora do processo de formação na perspectiva de uma aprendizagem crítico-reflexiva. Em um dos projetos este discurso está presente:

Vale destacar que o Curso de Enfermagem propõe a construção de um currículo integrado, no sentido real desta concepção pedagógica, ou seja, a integralização dos conteúdos, dos conhecimentos e das vivências de cada indivíduo envolvida neste processo. A construção de um currículo integrado pressupõe a construção coletiva, envolvendo o conjunto de atores no processo. Portanto, a proposta que se apresenta é a de um currículo que indique e possibilite caminhos para a construção efetiva de um currículo integrado. Nesta proposição de currículo, espera-se que o professor envolva-se em um desafio de ensinar e aprender de forma ativa e contextualizada. Ao professor cabe planejar recursos, orientar e acompanhar atividades para promover situações que possibilitem uma aprendizagem significativa e crítica-reflexiva. Ao estudante cabe posicionar-se como sujeito ativo e crítico, responsável pela construção de seu próprio conhecimento, desenvolvendo competências para resolver problemas em sua área de atuação, exercer a sua cidadania e assumir o seu papel social na construção de sua realidade. (A)

Observamos que a maioria dos projetos estudados apresentam a grade curricular compartimentalizada e hierarquizada na sequência de suas disciplinas,

mesmo naqueles em que propõe uma integralização ou flexibilização curricular. Como a maioria são instituições privadas, temos de levar em conta outros fatores que são decisivos para uma mudança na formação como, por exemplo, custo operacional do curso, forma de contratação e de vínculo dos docentes, número de alunos nas turmas, existência de outros cursos da área da saúde etc.

Por isso, a formação profissional orientada para a integralidade da saúde configura-se em um grande desafio para as instituições de ensino, porque compromete esta, com a necessidade de preparar profissionais com um novo perfil, para ser inserido no mundo do trabalho com criticidade, intencionalidade, com competência técnica, ético, moral, para ser agente de transformação social. Para que isso ocorra, é necessário que haja novas posturas, novas articulações e um novo projeto ou proposta de ensino, considerando o papel político dos atores que estarão envolvidos.

9 ESTRATÉGIAS, TÁTICAS E OS PROCESSOS DECISÓRIOS NA ARTICULAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO SUPERIOR E TRABALHO NA SAÚDE

Nesta categoria, buscou-se a articulação entre políticas de saúde e de formação, mecanismos de aperfeiçoamento e transformação nos processos de formação, táticas para transformação no cotidiano do processo de formação-serviço, conjuntura política local, regional e nacional; reorientação da formação em saúde, programas de formação docente, processos formativos conjunto com práticas de pesquisa e integração de saberes entre universidade e sistema de saúde.

Educação e saúde são direitos constitucionais, definidos como dever do Estado. A educação é uma atribuição do sistema educacional nacional que deve garantir os padrões mínimos de qualidade do ensino, a vinculação entre a formação, o trabalho e as práticas sociais e, ainda, a integração das ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino, à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do País. A saúde, dever do Estado e direito do cidadão, tem como atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área: o SUS deve interferir pela orientação da formação em consonância com as diretrizes constitucionais da saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS-1990) determina o cumprimento do objetivo de contribuir para a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino e, ainda, a constituição dos serviços públicos que integram o SUS como campos de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

As políticas públicas em saúde e educação podem ser compreendidas como as ações que estão voltadas tanto para formação dos profissionais de saúde quanto para a organização dos processos de trabalho realizado nos espaços formais e não formais de atuação profissional, bem como, a atenção à saúde da população. Os desafios para a ação conjunta de uma política pública nos sugerem ter como princípios integrar-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para avaliação sobre os processos das necessidades de saúde da população voltados para a produção dos

conhecimentos e tecnologia dos serviços de saúde, formação, processo e condição de trabalho.

Para Barbosa e Azevedo (2008) a Educação e a Saúde, como organizações governamentais, devem, de forma legítima e legal, ocupar-se das funções de regulação de Estado no tocante à formação na área da saúde e submeter às principais decisões políticas à participação popular. A participação popular, tornada obrigatória na tomada de decisões sobre as políticas de saúde, é absolutamente importante, pois é o mais potente mecanismo de que o Estado democrático dispõe para tentar assegurar a permeabilidade da atenção e da formação em saúde às necessidades dos usuários.

O que encontramos nos projetos estudados sobre a articulação das políticas de saúde e de educação foi nos ementários das disciplinas, como seleção de conteúdos a abordagem destes aspectos, como segue:

As políticas de saúde e educação no Brasil e suas implicações a nível federal, estadual e municipal. O entrelaçamento das políticas sociais de saúde e de educação, historicamente situadas; os principais enfoques do processo saúde-doença, recuperando conceitos que explicitam as práticas adotadas pela Educação e Saúde no que tange ao processo educativo em saúde; analisa a sociedade, educação e saúde suas relações. (A)

Podemos citar como importante políticas públicas de integração entre educação e saúde as próprias Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde, a Portaria Interministerial Nº 2.118 (BRASIL, 2005) que institui a parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, os Pólos de Educação Permanente (BRASIL, 2005), as iniciativas do Aprender-SUS, Ensina-SUS, Ver-SUS, Promed, Pro-saúde, Pet-Saúde, entre outras, além das associações profissionais e de outros movimentos que muito tem contribuído para a articulação entre saúde e educação. Essas políticas não aparecem nos discursos dos projetos pedagógicos estudados e sabemos que algumas instituições de ensino são partícipes e atores destas iniciativas.

Os mecanismos de aperfeiçoamento e transformação nos processos de formação orientados pela integralidade visam principalmente verificar as inovações que

vem sendo implementadas para a reorientação da formação dos profissionais da saúde considerando a conjuntura político-institucional local, regional e nacional, articuladas com as políticas de educação e saúde e com diferentes movimentos sociais e políticos.

O contexto político, econômico e social, muitas vezes, impõe limites à expansão e renovação dos processos de formação profissional, apesar de serem os responsáveis pelo desencadeamento de muitos estudos e ações, principalmente na área da saúde. Encontramos, em dois Projetos estudados, a descrição da conjuntura social, econômica e de saúde local e regional apenas como justificativa para a instalação do curso de Enfermagem, e não como uma oportunidade de articulação entre os diferentes setores.

Apesar disso, a necessidade da reorientação na formação profissional aparece na maioria dos projetos apresentando inclusive as articulações com as políticas governamentais, com movimentos sociais, com o trabalho em equipe e com a diversidade, fomentando os subsídios para as instituições de ensino buscarem a integralidade, interdisciplinaridade e transversalidade como elemento de inovação da formação. Alguns recortes exemplificam este tópico:

[...]a implementação dos conselhos e conferências de saúde, incentivo ao trabalho em equipe com profissionais qualificados, buscando, constantemente, a ampliação do seu compromisso para com a construção coletiva da cidadania com vistas a uma população mais satisfeita e mais participativa. O ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico. A participação de estudantes e docentes em atividades culturais que expressem o saber popular e a integração de raças e etnias, promovendo desta forma o conhecimento de outras culturas e novos saberes.(A)

Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática. Dessa forma, os profissionais de saúde devem aprender a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre estes e os futuros profissionais, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico-profissional, a formação e a cooperação por meio de rede. (H)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2003), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é uma

proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções.

A educação permanente tem como pressuposto uma aprendizagem significativa, que produz sentido e traz transformações para a prática profissional, fundamentada na problematização e na reflexão do cotidiano. Essa educação também faz parte do universo dos docentes que devem ser estimulados a participarem de programas de formação e de atualização. Este aspecto foi encontrado somente em um Projeto , conforme transcrição abaixo:

O Curso privilegiará uma metodologia que propicie uma leitura crítica da realidade para a identificação de situações problema, como forma de estimular a aprendizagem ativa. Para isso, elege como ações estratégicas: desenvolver um processo de educação permanente com os docentes, possibilitando diálogos que favoreçam as trocas de experiências e a instrumentalização tanto do ponto de vista pedagógico como para atualização através de eventos; ampliar e fortalecer as relações entre os Cursos, Departamentos e Instituições de saúde através do ensino, pesquisa e extensão (D)

Essa aprendizagem significativa surgiu em outro projeto estudado, na explicitação de metodologias de ensino, como uma tática para transformação no cotidiano do processo de formação e na integração entre ensino-serviço, como podemos verificar:

Esta metodologia (problematização) privilegia uma efetiva integração entre ensino, serviço e comunidade, entre a educação e trabalho (tendo como eixo norteador o processo de trabalho em saúde/enfermagem e os determinantes do processo gerador de saúde e doença); considera o trabalho como um princípio educativo e tem como pano de fundo as características sócio-culturais do meio em que o processo de ensino e aprendizagem se desenvolve. Isto possibilita a aprendizagem significativa pelo estudante, abandonando as práticas mecânicas de memorização. Durante a formação a contextualização dos temas e conteúdos favoreça a construção de sentidos e significados para os estudantes, propiciando o desenvolvimento de habilidades que os tornem capazes de aprender a conhecer, aprender a fazer para poder

agir sobre o mundo, aprendendo a conviver tornando-se assim um agente transformador da sociedade. (A)

Verificamos também, nos Projetos estudados, elementos que servem como espaços de definição de estratégias para dinamização do processo de formação e de integração ensino-serviço como: as atividades de extensão universitária sob a forma de prática de pesquisa, e sob a forma de prática assistencial:

O Programa de Extensão mantém o compromisso de estabelecer parceria com a comunidade externa, por meio de processos de intervenção e investigação nas ações de promoção e prevenção de saúde. Onde o ensino e a pesquisa se efetivem de forma contínua e sistemática e que possam ser abastecidos pela relação com a sociedade. (A)

A atividade de pesquisa tem por objetivo impulsionar e fomentar a realização de pesquisas na Instituição, voltada principalmente para atender as necessidades locais e regionais. A pesquisa é uma importante atividade de ensino aprendizagem, permite que aluno e professor se qualifiquem, promovendo assim o desenvolvimento de uma constante atitude de investigação e aprimoramento científico. Além do mais, o envolvimento dos alunos em atividades de pesquisa, forma o profissional com qualidades e habilidades aptos à inserção no mercado de trabalho, promovendo uma visão mais ampla do mundo que o cerca, gerando conhecimentos apresentando soluções de problemas. Sob a orientação de um professor, o aluno irá descobrir a metodologia de investigação científica e sua importância na produção do conhecimento, além de possibilitar o aprimoramento de uma postura acadêmica crítica e inovadora. Sabemos que o conhecimento avança por meio da pesquisa fomentando a inovação e a interdisciplinaridade, além de basear-se nas necessidades sociais e culturais do contexto social onde se insere.(G)

O Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, instância colegiada que foi instaurada em 1987, define a extensão universitária como sendo um processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade. É uma via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontra, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Esse fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados,

acadêmicos e populares, tem como consequências a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora desse processo dialético de teoria/prática, a extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social (NOGUEIRA, 2001).

Esta forma de produção do conhecimento e de integração com a sociedade favorece o entrelaçamento de saberes e fazeres entre instituição de ensino e serviço, como verificamos também em um projeto:

É fundamental destacar que o Curso de Enfermagem tem primado pelo desenvolvimento de projetos coletivos de ensino, pesquisa e assistência, envolvendo docentes, discentes e profissionais da área da saúde, especialmente os enfermeiros que atuam nos locais de aulas práticas e estágios supervisionados. Nesse sentido, os integrantes do Curso de Enfermagem têm percebido que, mais do que um conjunto de disciplinas a ser ofertadas aos alunos, esse processo requer uma proposta lógica resultante de uma construção em que toda a comunidade escolar discuta, analise, se posicione e se organize para propor alterações, quando necessário. Assim, a participação é o caminho natural em que os atores desse Curso têm procurado desenvolver, pois envolve o pensamento reflexivo, a valorização de si pelos outros e o prazer de criar e recriar, bem como de reconhecer que o trabalho conjunto é mais eficiente e eficaz. (D)

Pensando em promover a formação de profissionais orientada pela integralidade, temos de considerar a relação teoria-prática e a relevância da interação entre ensino-serviço-usuário. Esses aspectos não estão bem definidos nos projetos, mas são, conceitualmente, elaborados como proposta de ensino:

O princípio da relação entre a teoria e a prática aborda estes dois pólos, a teoria e a prática, reforçando que eles devem ser trabalhados simultaneamente, constituindo-se em uma unidade indissolúvel, na qual a prática não é simplesmente a aplicação da teoria, mas constitui-se o ponto de partida e o ponto de chegada. A teoria passa a ser formulada a partir das necessidades concretas da realidade à qual busca responder.(A)

As ações pedagógicas devem privilegiar a articulação teoria/prática, com vistas ao desenvolvimento das competências e habilidades necessárias e suficientes para o exercício profissional do enfermeiro

generalista. Para tanto, docentes e discentes precisam buscar novos conhecimentos, em resposta aos problemas continuamente colocados pela/na prática cotidiana. (H)

Podemos afirmar, considerando nossa experiência e vivência profissional, que ainda há um grande distanciamento entre teoria e prática na formação dos profissionais de saúde e que esse fator fragiliza o processo de gestão da educação na saúde fundamentada na integralidade, como vem sendo proposto a partir de várias experiências, principalmente do Quadrilátero da Formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Também não podemos afirmar que todos os Projetos estudados não se aproximam destas ideias, uma vez que a análise está baseada apenas nos discursos expressos nos referidos documento.

10 SELEÇÃO DE CONTEÚDOS NOS PROCESSOS DE TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO PARA A INTEGRALIDADE

Nesta categoria, foi investigada a articulação dos critérios político-pedagógicos que orientam a seleção de conteúdos para a formação profissional em saúde; a construção do perfil, da identidade do profissional em formação; marcos conceitual e filosófico do Projeto Pedagógico; concepções teóricas sobre ser humano, saúde, educação, currículo e enfermagem, orientadores da formação; a formação inserida no movimento interdisciplinar, transdisciplinar e a setorialidade; a seleção de conteúdos que considerem sentidos ou significados para a formação profissional; ordenamento e interação entre as disciplinas do curso e metodologia de avaliação da aprendizagem. Também, neste tópico, ficam claros quais os pressupostos e princípios da instituição que forma o profissional de saúde, ou seja, suas concepções teóricas, filosóficas, epistemológicas e conceituais que norteiam esta formação.

Neto et al.(2008) afirma que o Projeto Pedagógico de um curso deve ser o instrumento teórico-metodológico responsável em direcionar pensamentos e ações à formação acadêmica dinâmica, contextualizada na realidade local, regional e nacional, enraizada em princípios éticos universais e peculiares ao exercício profissional. É um projeto institucional que se desenvolve em um determinado espaço e tempo, com repercussões desencadeadas pelos atores envolvidos, em um dado contexto social.

O Projeto Pedagógico é um documento produzido e executado na esteira de um movimento participativo, de sua construção coletiva. Como um documento, expressa desejos, aspirações, orientações teórico-metodológicas, curriculares, avaliativas e organizacionais de uma instituição educativa ou de um curso (VEIGA, 2004). Dessa forma, é uma ação intencional, que busca uma direção, é um compromisso explícito e coletivamente definido por seus autores.

Consideramos que os critérios político-pedagógicos que encontramos expressos nos Projetos estudados são as informações sobre a intencionalidade da instituição em relação à formação que pretende oferecer; em alguns, esta intencionalidade está distribuída na forma de descrever a opção pedagógica a ser utilizada:

[...] a construção de um currículo integrado pressupõe a construção coletiva, envolvendo o conjunto de atores no processo. Portanto, a proposta que se apresenta é a de um currículo que indique e possibilite caminhos para a construção efetiva de um currículo integrado. Isto porque se acredita que o currículo é um processo permanentemente aberto à discussão, à crítica e à transformação; ele é continuamente construído e reconstruído, numa sucessão de estados ou mudanças. O currículo do Curso de Enfermagem orienta-se pelos seguintes princípios: Proposta da Aprendizagem Significativa e da Proposta Metodológica Problematizadora. (A)

Em outros Projetos, a opção pode não estar claramente definida, mas a intenção de buscar outros métodos inovadores a fim de dinamizar e qualificar a formação está informada pelos valores institucionais, missão e proposta pedagógica:

A relação pedagógica tem por objetivo a formação acadêmica qualificada e contextualizada. As metodologias do ensino devem promover as condições favoráveis que definem os caminhos a serem percorridos, a fim de desenvolver o potencial dos alunos. Esse processo é abrangente e complexo, pois envolve políticas educacionais, conteúdos programáticos, condições ambientais, recursos humanos e materiais, competências, estratégias e métodos, planejamento, e avaliação das situações de aprendizagem. O processo de ensino e aprendizagem é um processo interativo e multidimensional, no qual a aprendizagem é entendida como a construção do conhecimento e o comportamento, como formação pessoal e global. As diferentes metodologias do ensino desenvolvidas durante o currículo têm como base a utilização de estratégias de intervenção, de modo a favorecer a eficácia das práticas pedagógicas(C)

O Curso de Enfermagem delinea como Missão: promover ensino, pesquisa e extensão visando à formação cidadã de profissionais de enfermagem, capazes de intervir na sociedade com a perspectiva de torná-la mais democrática, justa, equânime e solidária, possibilitando aos indivíduos vida de melhor qualidade. E como valores: justiça, interdisciplinaridade, compromisso ético, cidadania, consciência crítico-reflexiva, participação coletiva, liberdade, integração, solidariedade, sensibilidade, equanimidade, respeito à diversidade. Tem-se a perspectiva de que o Curso se constitua, cada vez mais, em pólo dinamizador no ensino, pesquisa e extensão em enfermagem, enquanto prática social articulada à realidade regional e comprometida com as políticas públicas sociais humanizadoras, mediante a produção e o uso de metodologias e tecnologias de educação, saúde, trabalho, na perspectiva da educação presencial e à distância. (D)

A intencionalidade do ato educativo comporta uma dimensão ética e política. Na esfera das profissões, a preocupação consiste em fazer o profissional aliar a competência técnico-científica à conduta reflexiva, em relação ao trabalho que vai produzir. Veiga (2001) afirma que a dimensão profissional deve fazer-se acompanhar de uma dimensão ético-política no exercício de qualquer profissão, não sendo diferente no campo educacional, na medida em que a prática pedagógica, revelando uma intencionalidade, configura-se sempre um ato político, na qual os seus sujeitos atuam segundo uma vontade explicitada através de suas finalidades, objetivos e ações.

A construção de um Projeto Pedagógico também representa as concepções, valores, crenças de um determinado grupo ou instituição. Encontramos, em um dos Projetos estudados, a preocupação com a construção coletiva e participação dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem:

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem precisa constituir-se em mecanismo vivo de desenvolvimento e avaliação permanentes de seus princípios tanto pelos docentes como pelos discentes e comunidade, em que diferentes visões de mundo e de educação desses atores conferem-lhe legitimidade, flexibilidade e autonomia. Desse modo, está histórica e conceitualmente contextualizado e em consonância com as diretrizes curriculares nacionais. Assim, os referenciais orientadores, em sua dimensão ético-política, correspondem aos valores a serem trabalhados no Curso de Enfermagem, pautados pelos fundamentos ético-políticos. Em sua dimensão epistemológico-educacional e técnica, correspondem às concepções de conhecimento, ciência e educação e aos pressupostos e conceitos básicos referentes ao trabalho da enfermagem e da saúde, refletindo-se na opção das práticas educacionais e profissionais que direcionam o processo de formação do enfermeiro. Tendo em vista os elementos necessários para a formação do enfermeiro que se pretende formar, os critérios de seleção e organização dos referenciais de conhecimentos, metodologias, atitudes e valores decorrem dos seguintes princípios curriculares: a) intencionalidade; b) dissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; c) unidade entre teoria e prática; d) flexibilidade; e) interdisciplinaridade; f) contextualização.(H)

A definição do perfil e da identidade do profissional que cada instituição pretende construir através da formação consta em todos os projetos estudados. Alguns transcrevem o perfil do egresso com as habilidades e competências que constam nas DCN em outros, há uma preocupação em trazer elementos ou conceituações mais próximos à sua proposta institucional:

O enfermeiro deverá desenvolver os raciocínios clínicos, epidemiológicos e investigativos, para atuar nas áreas de assistência, gerência, educação e pesquisa, contribuindo efetivamente para a transformação da realidade, atuando sempre na busca da integralidade da atenção à saúde. (A)

O perfil do enfermeiro é o desenho de um profissional generalista, crítico e reflexivo, com formação técnica-científica, com comprometimento ético, político, social e educativo, capaz de intervir no processo de saúde-doença, garantido a qualidade do cuidado de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde, valorizando o ser humano em sua totalidade e no exercício de sua cidadania. Estando comprometida com a identificação das necessidades de saúde individuais, coletivas da população, com o planejamento, implementação de ações de saúde e de educação em saúde, com ênfase na prevenção, é capaz de gerenciar o cuidado, nos serviços de enfermagem e nos serviços de saúde, bem como é um ser gerador e consumidor de pesquisa, implicando com o aperfeiçoamento técnico-científico, com a evolução do conhecimento, da práxis da enfermagem e da saúde. O desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes são essenciais para a formação de um profissional competente, apto a exercer as funções de enfermeiro na sociedade. Na graduação, um dos objetivos de aprendizagem é o de aprender a aprender, aprender a fazer, fazendo, instrumentalizando-se para participar efetivamente no âmbito da saúde, aprender a conviver, ter uma visão crítica da realidade sócio-política-econômica, articulando-se com a sociedade. (C)

Formar enfermeiros generalistas, qualificados para o exercício da Enfermagem, através de uma perspectiva humanística, crítica e reflexiva, pautado em princípios ético-político-filosóficos, capazes de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença do ser humano (indivíduos, família e coletividade), identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes durante todo o ciclo evolutivo. (D)

O curso de graduação de enfermagem visa capacitar os profissionais para o desenvolvimento de uma visão global, crítica e humanística para exercerem uma postura cidadã diante dos desafios e tendências atuais das práticas de saúde por meio da compreensão e resolutividade dos problemas sociais, visando à saúde do ser humano. Nesse contexto, o enfermeiro atua no processo saúde/doença com uma visão dialética prestando assistência nos três níveis de atenção à saúde, com uma formação generalista em enfermagem, visando a integralidade do sujeito, prestando-lhe cuidados condizentes com a sua realidade social. (E)

Formar um enfermeiro capaz de influenciar na construção de novos paradigmas de saúde, através de um corpo de conhecimentos próprios, sedimentados num pensar integral do cuidado humano, para atuar nas áreas de promoção da saúde, prevenção de doenças, no tratamento e

reabilitação no processo saúde-doença do ser humano/família/comunidade, comprometido com contínuo crescimento pessoal e social, na busca de uma melhor qualidade de vida. Consiste em proporcionar aos discentes a realização de atividades práticas inerentes à profissão de Enfermagem, quando poderão exercer, de forma crítico-reflexiva os conhecimentos técnico-científicos, visando cuidar/assistir o ser humano na sua integralidade. O enfermeiro norteia a sua atuação, enquanto profissional da área da saúde, considerando a integralidade do ser humano/família/comunidade, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre situações de saúde-doença mais prevalentes em suas regiões de operação, capacitando a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania e atento nas suas transformações, nos âmbitos social, cultural, educativo, político, econômico, ético e científico. (G)

O Enfermeiro egresso é um profissional da saúde com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, ou seja, o ecossistema costeiro, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes, e a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania como promotor da saúde integral do ser humano. (H)

A construção do Projeto Pedagógico de um curso para formação de um perfil profissional e conseqüentemente da sua identidade baseia-se em diretrizes e em fundamentos do contexto social e político. Mas, se levarmos em conta que a educação é um ato político, não podemos deixar de considerar a produção das subjetividades nas relações e interações humanas e dessas com o ambiente, instituições e com as práticas em saúde que os alunos, docentes, trabalhadores e usuários estão envolvidos. E é, justamente nessas relações e interações, que se constroem e se expressam as identidades dos profissionais.

Segundo Veiga (2001) na construção do Projeto pedagógico, os sujeitos devem ser reconhecidos como agentes de um fazer e um saber, na medida em que mediatizam as relações entre ensino, sociedade e conhecimento, gerando um sujeito ativo e autônomo, sem perder os laços de solidariedade social, tendo o coletivo como referência. Mas lembrando de que a relação entre o sujeito e o coletivo -quando se

trata de construção de identidades- não se constrói no vazio, mas à luz de condicionantes sociais, éticos e políticos.

Saippa-Oliveira et al. (2005) corrobora essa ideia quando afirma que o processo de construção do currículo no seu dia a dia pode ser entendido como uma prática reflexiva, dialógica e articuladora, que assegura a consolidação de núcleos de vontade coletivos, respeitando as características particulares locais e de cada momento de formação.

Neste sentido, para dar conta desta teia de relações, o Projeto pedagógico deve ser dinâmico e passar constantemente por um processo de reflexão e reconstrução, tendo bases sólidas de sustentação. Para Gandin (1995), toda elaboração de um Projeto Pedagógico deve partir de um marco referencial como eixo teórico, em torno do qual se articulará a construção da proposta educativa. Segundo o autor, o marco referencial se desdobra em três aspectos: marco situacional, marco filosófico e marco operacional. Como marco referencial entende-se a posição institucional em relação à sua identidade, visão de mundo, valores, objetivos e rumo a seguir, segundo as suas opções conceituais, fundamentadas na ciência, na filosofia e na fé. O marco situacional expressa como a instituição ou grupo percebe a realidade em que está inserido, ou seja, é o pano de fundo que estrutura e condiciona a instituição educativa. O marco filosófico, também chamado de doutrinal, é a proposta de sociedade, pessoa e educação que a instituição assume, corresponde ao caminho em direção à realidade global desejada pela instituição. E, finalmente o marco operacional, que informa o ideal específico da instituição, sendo a expressão dos critérios e do instrumental de ação do grupo. Não deve ser compreendido como a descrição do que será feito, mas sim, qual o posicionamento em relação à linha de trabalho escolhida para o alcance das metas e transformações pretendidas através da educação.

Em um dos Projetos estudados, encontramos a definição bem clara destes marcos, iniciando pelo Marco Situacional, no qual descreve minuciosamente o perfil demográfico da região que o curso esta localizado, assim como o perfil epidemiológico da população e as estruturas institucionais de saúde que a região dispõe. Após, apresenta os seguintes marcos:

Marco Filosófico: neste sentido, tem como missão formar pessoal ético e competente, inserido na comunidade regional, capaz de construir o conhecimento, promover a cultura, o intercâmbio, a fim de desenvolver a consciência coletiva na busca contínua da valorização e solidariedades humana. Como visão, quer consolidar-se como uma Universidade de referência que prima pela criatividade, qualidade e ação solidária. Marco Conceitual: cliente/paciente/usuário – pessoa a quem prestamos o cuidado, sujeito das nossas ações, a quem se deve garantir o espaço social, cultural, político, ecológico e criativo, respeitando a suas crenças e valores, quer dizer, sua história de vida; capaz de autocuidar-se, de decidir sobre seu tratamento, com responsabilidades e direitos universalmente assegurados. Marco Estrutural: visa propiciar uma formação que se fundamenta na produção do conhecimento, contemporânea, contextualizada e dinâmica, pautada na indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão/assistência, eixo estruturante da Universidade, gerando um enfermeiro generalista, crítico e apto para atuar em todas as dimensões do cuidado, quais sejam, preventiva, assistencial, gerencial, pesquisa, consultoria, auditoria, assessoria, emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, educação e na área de trabalho, prevenindo doenças, promovendo e recuperando a saúde. (F)

Em outros dois Projetos Pedagógicos, também verificamos a definição de seus referenciais orientadores, com outras denominações, mas que definem a posição filosófica, teórica e estrutural/operacional do curso:

Necessidade Social do Curso: vislumbra-se a preparação do enfermeiro cidadão, aquele que, em um processo coletivo, sai do silêncio, amplia seu espaço de atuação, situando sua nova empreitada em um palco de mercado globalizado. Busca-se um novo enfermeiro, não só competente tecnicamente, mas também, crítico e politicamente preparado, que não se exclua dos vínculos de participação local, que responda aos anseios da sociedade brasileira e do seu contexto contemporâneo; um enfermeiro voltado para a essência de seu exercício profissional, centrando-se na sua habilidade primordial – o cuidado humano e tudo que isto implica. Fundamentos Epistemológicos da Área de Conhecimento: o Curso de Enfermagem prioriza a formação de enfermeiros preocupados com a manutenção e promoção da saúde da coletividade, pautados em princípios bioéticos, capazes de prestar assistência integral ao indivíduo, família, comunidade, a fim de reverter situações de desequilíbrio no processo saúde-doença.(G)

Referenciais Orientadores: é necessário que se reconheça o que seja importante para dar sustentação à formação profissional e ao preparo e capacitação políticos do enfermeiro cidadão. Portanto, tem que se ter clareza quanto ao por quê, para que e como formar esse profissional e que tipo de sociedade quer-se promover. Assim, os referenciais orientadores, em sua dimensão ético-política, correspondem aos

valores a serem trabalhados no Curso de Enfermagem, pautados pelos fundamentos ético-políticos. Em sua dimensão epistemológico-educacional e técnica, correspondem às concepções de conhecimento, ciência e educação e aos pressupostos e conceitos básicos referentes ao trabalho da enfermagem e da saúde, refletindo-se na opção das práticas educacionais e profissionais que direcionam o processo de formação do enfermeiro. Referenciais Ético-políticos:tendo em vista os elementos necessários para a formação do enfermeiro que se pretende formar, os critérios de seleção e organização dos referenciais de conhecimentos, metodologias, atitudes e valores decorrem dos seguintes princípios curriculares: a) intencionalidade; b) indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; c) unidade entre teoria e prática; d) flexibilidade; e) interdisciplinaridade; f) contextualização. Referenciais Epistemológico-educacionais e técnicos: as Diretrizes Curriculares Nacionais, ultrapassando o modelo de currículos mínimos, tornam-se um grande desafio em busca da flexibilização dos currículos de graduação e, ao mesmo tempo, um convite à implementação de projetos pedagógicos inovadores, capazes de adaptarem-se à dinamicidade dos perfis profissionais exigidos pela sociedade atual.(H)

Todo processo educativo fundamenta-se em determinada visão de ser humano e de sociedade. Em alguns Projetos examinados, encontramos as conceituações de ser humano, educação, enfermagem, saúde, currículo, entre outros. Essas definições referem-se ao Marco Filosófico que consiste naquilo que o grupo deseja e busca, não como uma utopia, mas como um ideal que pode ser alcançado através da articulação do processo educativo:

Os conceitos de ser humano, enfermagem, ambiente/sociedade, processo saúde/doença e educação são centrais à profissão de enfermagem. A enfermagem utiliza o conhecimento científico, humanístico e teorias de enfermagem no cuidado ao ser humano, o qual é o foco da profissão. Como ciência, está em desenvolvimento, corroborando para o seu avanço, várias linhas de pensamento e abordagens metodológicas, de acordo com o contexto do ensino e de prática profissional. O ser humano é valorizado na sua individualidade, sendo que o saber e o ser são agregados em busca da saúde, desenvolvimento de possibilidades, criatividade, imaginação e reconhecimento de realidades e cuidados alternativos. Cada indivíduo é considerado um ser único, o que aprende de diferentes maneiras, possuindo diferentes potencialidades e com diferentes interesses. O ambiente é considerado em suas características multidimensionais, em que o indivíduo e/ou comunidade são visualizados dentro do contexto sócio-político econômico-cultural. (C)

A seguir apresentamos alguns conceitos que fundamentaram o presente projeto: **SOCIEDADE:** compreendemos sociedade como um espaço multicultural onde o ser humano seja capaz de exercer o seu direito de cidadania, desempenhando as mais diversas funções no tecido social, do ponto de vista individual e coletivo, reconhecendo a importância da sustentabilidade. **CULTURA:** a cultura é o conjunto de crenças, valores, costumes, visões de mundo, e conduta inter-relacionados que o ser humano cria e recria. **SER HUMANO:** é um ser em construção que, interagindo com o meio, torna-se sujeito de sua própria história, potencialmente relacional, crítico, criativo, político e ético, problematiza sua existência para o exercício da cidadania e a transformação social. **ENFERMAGEM:** é uma profissão fundada na ciência e na arte do cuidado ao ser humano, fundamentada em princípios científico-humanístico-ético-político-filosóficos, que busca a promoção, recuperação/reabilitação em saúde e a prevenção de doenças. Está vinculada ao um corpo de conhecimento, desenvolvendo suas ações através do ensino, pesquisa e extensão. **ENFERMEIRO:** é um ser humano, que tem o cuidado como valor, e é instrumentalizado ético, política, filosófica, técnica, científica e humanisticamente para o exercício da Enfermagem, com competências e habilidades para atuar na educação, no cuidado, na administração/gerência de serviços e pesquisa em saúde, sendo um agente de transformação social no exercício da cidadania. **EDUCAÇÃO:** a educação é um processo multidimensional, dialógico, participativo, de prioridade na constituição do ser humano como sujeito ontológico, histórico, político, social. Busca recriar realidades e possibilidades para a construção da autonomia, cidadania em um movimento mediado pela ética das necessidades específicas na interação educador-educando na relação ensino-aprendizagem na promoção da práxis cotidiana na enfermagem. (D)

Educação ou Processo educativo: é um processo que visa promover o ser humano, buscar o desenvolvimento de sua consciência crítica, para que possa assumir cada vez mais o papel de sujeito. A educação em enfermagem requer uma consciência crítica capaz de definir para qual modelo assistencial se está formando o profissional, se realmente ele está sendo capacitado para a promoção da qualidade de vida humana, o que implica capacitá-lo também para a transformação dos modelos assistenciais. Saúde: é um processo de bem estar físico, psíquico e social, culturalmente definido, resultante de condições externas e internas ao ser humano, que expressa a qualidade de vida de uma população. Ser Humano: é um ser complexo, singular, em contínuo desenvolvimento, indivisível, possuidor de potencialidades para criar, recriar e transformar a si e a seu mundo, buscando continuamente seu crescimento nas relações sociais e em seu processo de viver. (H)

O que podemos perceber nos marcos referenciais orientadores anunciados nos projetos estudados é a preocupação em dar consistência e coerência na formação em saúde pelas opções conceituais e metodológicas eleitas ou, como Ceccim (2003)

afirma, a preocupação em desenvolver uma proposta de ensino-aprendizagem e de currículo que tenha como referencial a perspectiva da responsabilidade com o setor saúde e com a integralidade da atenção.

Nesse sentido, o processo de transformação na formação dos profissionais em saúde passa pelas instituições formadoras que podem ser consideradas como espaços de produção de novos saberes e práticas, alavancadas e fundamentadas pelo movimento interdisciplinar, transdisciplinar e pela setorialidade.

A interdisciplinaridade pode ser considerada um princípio mediador entre as diferentes disciplinas, não como elemento de redução a um denominador comum, mas como elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade. Segundo Etges (1999), é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites e, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade. A interdisciplinaridade é uma ação de transposição do saber posto na exterioridade para as estruturas internas do indivíduo, constituindo o conhecimento.

Em alguns Projetos estudados, podemos verificar a definição deste conceito para justificar e explicar a posição teórica adotada pelos cursos em relação à metodologia de aprendizagem e relação entre os conteúdos, como segue:

O princípio da interdisciplinaridade aborda a inter-relação e o diálogo interdisciplinar, preservando, nas áreas de conhecimento, a autonomia e a profundidade da pesquisa, mas articulando fragmentos de conhecimentos para uma compreensão pluridimensional dos fenômenos. Há o reconhecimento da existência das áreas de conhecimento/disciplinas, mas espera-se uma integração interdisciplinar em torno dos problemas oriundos da realidade de saúde; assim os conteúdos das áreas que auxiliam na compreensão daquela realidade interagem dinamicamente, estabelecendo entre si conexões e mediações.(A)

A interdisciplinaridade é entendida como um princípio que integra e dá unidade ao conhecimento e que permite o rompimento da fragmentação das disciplinas que compõem o currículo; é estabelecida nas diferentes práticas de ensino e de laboratório que permeiam as disciplinas de cada curso, desde o seu início. É concretizada, também, nos estágios curriculares, entendidos como atividades teórico-práticas e desenvolvidos por meio de projetos de estágios integrados, com a finalidade de promover a aproximação concreta com o campo de trabalho.(B)

A interdisciplinaridade, por sua vez, visa o fomento à capacitação intelectual dos envolvidos no processo ensino-aprendizagem para a concretização do diálogo interdisciplinar, no qual ocorra menor compartimentação disciplinar e que concorra para a formação de um perfil profissional competente e flexível tanto de docentes como de egressos, oportunizando a ambos aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em conjunto e aprender a ser. Portanto, é um sistema de coordenação e cooperação entre as disciplinas para além dos limites de uma disciplina concreta, engendrando as múltiplas dimensões do real. Devido a suas características de intercâmbio intersubjetivo, a interdisciplinaridade orienta ações na apreensão e construção de objetos, problemáticas e formas de atuação. (H)

Segundo Petraglia (1993), a interdisciplinaridade é percebida quando existe a possibilidade de transformação da realidade em que se atua, procurando-se colocar as partes em relação ao seu significado no todo: ela é muito mais um processo que pressupõe uma “atitude interdisciplinar” do que a mera integração de conteúdos programáticos. Para o autor, a “interdisciplinaridade pressupõe ausência de preconceito teórico”, e termina sendo “um modo de se compreender o mundo, é movimento, algo que se vive”.

Nos Projetos Pedagógicos estudados, não encontramos qualquer discurso sobre a transdisciplinaridade; apenas uma referência sobre a setorialidade como princípio ou proposição para a formação em saúde:

As ações de ensino para a formação do enfermeiro precisam abranger todas as formas de organização social e não somente partes isoladas, que decorrentes de uma reflexão insuficiente, possam parecer as mais relevantes para ações em saúde. Isso mostra a importância da interdisciplinaridade e da intersetorialidade como fundamentais na busca de um viver saudável, de maneira que o enfermeiro possa lançar seu olhar para além da rede de assistência à saúde. A interdisciplinaridade e a intersetorialidade propõe a articulação de saberes e práticas dos diferentes profissionais, objetivando, na sua interseção garantir o cuidado integral. Com esse enfoque, o trabalho passa a ter uma nova organização e divisão, com valorização da equipe. Respeitadas as responsabilidades de cada profissional em suas habilidades e competências, o trabalho em equipe não propõe antecipadamente as atividades e responsabilidades dos diferentes profissionais, mas convida a uma reorganização de tal forma que as atribuições de cada membro da equipe sejam construídas coletivamente. (I)

Para Santos et al.(2007), a disciplina, a multi, a inter e a transdisciplina são importantes no contexto educacional/formativo e profissional, em especial na saúde/enfermagem. Para a autora, essa relação fica mais bem estabelecida quando se colocam os óculos da complexidade, defendendo a transdisciplinaridade como ação do pensamento complexo, não tendo o objetivo de destruir as disciplinas, mas de mostrar que elas fazem parte de um todo. Considerando-se que o mais importante seja religar os diversos saberes, para maior aproximação de um determinado objeto de estudo e de trabalho, pretendendo-se com essa religação dos saberes a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos envolvidos no processo.

Saippa-Oliveira et al. (2005), afirmam que a transdisciplinaridade pode ser entendida como um dispositivo emancipatório revestido de um caráter ético-político que pressupõe ruptura com a maneira tradicional de se organizar os conteúdos, pois para os alunos é bastante difícil enxergar a inter-relação e integração dos conteúdos das diferentes disciplinas, uma vez que elas são trabalhadas de maneira isolada, na maioria das vezes por docentes especialistas em suas áreas, com pouca aderência ou conhecimento da proposta de formação do curso, fragmentando o conhecimento.

Nesse sentido, verifica-se a importância da organização didático pedagógica dos cursos e as múltiplas variáveis a serem consideradas na seleção dos conteúdos e sua interação com a realidade social com que o aluno vai se confrontar nos locais de práticas e estágios. Na maioria dos Projetos, verificamos a listagem de conteúdos de cada disciplina e alguns discursos sobre a importância da integração desses, durante a formação:

O enfermeiro, inserido nesse paradigma, deve ter responsabilidade política e profissional para executar um trabalho intencional, tornando-se um agente de transformação social. Para que ele se torne este sujeito, a educação deve ser entendida como uma prática social e deve contribuir para o desenvolvimento do ser humano na sua integralidade, possibilitando ações transformadoras na construção da cidadania. Nesse sentido a formação através das disciplinas teóricas, teórico-práticas e vivências, possibilitam a compreensão do cuidado não como procedimento técnico que ocorre dentro de um serviço de saúde, mas como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para o entendimento da saúde como direito de ser. (A)

Formação de qualidade técnico-científica e social: o curso é o lugar institucional para assimilação, socialização e produção do conhecimento humano e técnico-científico. Nesse sentido, os conteúdos devem refletir a realidade sociocultural nacional, perpassada pela realidade internacional, com vistas a uma formação profissional de qualidade e consistente consoante com o mundo contemporâneo. (B)

Os conteúdos abordados apresentam elementos que inserem o acadêmico no atual contexto de discussão e reflexão das políticas de saúde, na perspectiva de proporcionar a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. (F)

A formação do enfermeiro deve estar centrada na troca de saberes, no respeito às crenças e valores explicitados por indivíduos, famílias, grupos e comunidade. O aluno precisa ser estimulado a perceber e a entender, compreender, apreender e interpretar as manifestações e necessidades das pessoas para, a partir disso, planejar e implementar ações de saúde de forma sistematizada.(I)

Quando se fala em ordenamento de disciplinas, provavelmente as instituições formadoras pretendem alcançar a integração entre as disciplinas, ou seja, a interdisciplinaridade. Falar de interdisciplinaridade é falar de interação, articulação ou modos de relação entre as disciplinas. Luck (2001), afirma que a interdisciplinaridade é o processo que envolve a integração e engajamento de educadores num trabalho conjunto de interação das disciplinas do currículo escolar entre si e com a realidade, de modo a superar a fragmentação do ensino, objetivando a formação integral dos alunos a fim de que possam exercer criticamente a cidadania, mediante uma visão global de mundo e serem capazes de enfrentar os problemas complexos, amplos e globais da realidade atual. Esclarece ainda que essa formação integral ocorre na medida em que educadores estabelecem o diálogo entre suas disciplinas e a integração dos conhecimentos.

Verificamos que, em um dos Projetos analisados, essa interação está prevista, de forma explícita, em pelos menos duas disciplinas, como transcrevemos abaixo a nomenclatura e a sua ementa:

Oficina de problematização em saúde: promove a reflexão sobre a integração ensino, serviço e comunidade. Parte da pauta discente, e tem como referência norteadora os assuntos desenvolvidos no semestre. Discute o exercício da prática multiprofissional, envolvendo alternativas de solução para problemas de saúde encontrados. Procura

ativar habilidades que possibilitem o trabalho em grupo e equipe interdisciplinar e multiprofissional. Tem como princípio o desenvolvimento do pensamento e ação da enfermagem a partir da integralidade da atenção à saúde, por meio de problematização e situações de cuidado e revisão de técnicas de enfermagem. Planejamento para inserção na atividade de trabalho: visa discutir os diversos e possíveis cenários de inserção profissional e perspectivas iniciais da carreira profissional. Instrumentaliza o futuro egresso para o planejamento da atividade do trabalho em saúde, aborda noções sobre empreendedorismo e seus principais aspectos; propicia o desenvolvimento de ações criativas e inovadoras amparadas pela identidade profissional e pela interdisciplinaridade. (A)

Em outros Projetos encontramos o discurso em relação à relevância da integração e ordenamento das disciplinas do curso a fim de qualificar a formação e oportunizar uma compreensão da complexa realidade social, mesmo que, às vezes, essas ainda sejam oferecidas na forma tradicional disciplinar:

O desenho do corpo de conhecimentos, que constitui a estrutura do Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, inclui disciplinas de caráter obrigatório ou eletivo que atendem às exigências de programação específica, às características da instituição, ao interesse dos alunos e ao anseio da sociedade, em relação ao espaço social da profissão do Enfermeiro. A estrutura curricular do Curso de Enfermagem está organizada por uma sequência de disciplinas e atividades, ordenadas por matrícula semestral em uma seriação aconselhada. O currículo do curso é composto por disciplinas de caráter obrigatório e por um conjunto de disciplinas de caráter eletivo, devendo ser cumprido integralmente pelo aluno a fim de que possa qualificar-se para obtenção do diploma. Além destas disciplinas, figura, como enriquecimento do currículo, disciplinas de caráter adicional. O último semestre, no Curso de Bacharelado, constitui o estágio curricular supervisionado, desenvolvido em instituições de saúde, sob acompanhamento e orientação do enfermeiro do local e supervisão do professor. (C)

Houve ampla discussão a respeito de questões pontuais relativas à organização didático-pedagógica desse referido projeto. Nesse contexto, cabe destacar que, embora tenhamos um anseio por estruturar a matriz curricular do Curso sob um viés diferente do que habitualmente vem sendo implementada, optamos por manter uma estrutura disciplinar. Contudo, buscamos focalizar esta estrutura disciplinar de forma mais interativa. Para tanto, além das disciplinas relativas ao ciclo básico e ciclo profissionalizante elencadas nos oito semestres propostos pela matriz curricular, haverá, em cada semestre, uma Disciplina Complementar de Graduação que terá o objetivo de estimular o aluno a desenvolver uma reflexão crítica acerca do

microcontexto em que está realizando o processo de aprendizagem, através da discussão de temas inerentes a prática profissional, os quais deverão ser abordados em todos os semestres do Curso. Desta forma, esperamos desencadear um processo formativo sólido e coerente com as demandas locais, regionais e nacionais que constituem a realidade de trabalho do aluno egresso, em conformidade com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem. (D)

Num projeto político-pedagógico comprometido com a formação de enfermeiros cidadãos, o desenho curricular, os conteúdos, as metodologias a serem adotadas devem estar estruturados, de modo a permitir a apropriação do conhecimento, em níveis crescentes de complexidade e numa perspectiva interdisciplinar. Tanto professores como alunos precisam ser estimulados a concebê-lo não apenas como uma sequência de disciplinas e conteúdos, mas como um processo de desenvolvimento dialógico, que inclua a investigação como um instrumento que propicia a aprendizagem, a partir da realidade. Desse modo, precisa ser revisto constantemente, sempre que professores, alunos, serviços de saúde e usuários sentirem e demonstrarem necessidade, não podendo tornar-se um tipo de "forma" que se enrijece, passando a exigir fidelidade. (H)

Também verificamos que, na maioria dos Projetos, a matriz curricular é apresentada na forma de sequência de disciplinas e semestres, com solicitação de pré-requisitos a serem cumpridos para que o aluno possa prosseguir para os semestres subsequentes, apesar dos projetos apresentarem discursos em relação à flexibilidade curricular, interdisciplinaridade e formação integral, em suas propostas. Justificam essa forma de ordenamento crescente para obter na terminalidade da formação, um profissional capaz de inserir-se no mundo do trabalho em saúde, com competência técnica, científica, ética, capaz de transformar a realidade social.

Saippa-Oliveira et al. (2005), apontam que o ensino orientado pela integralidade deve ter como atitude fundamental, a ampliação dos pontos de vista e o confronto de enfoques nos diferentes momentos do processo de trabalho em saúde. Dessa forma, fica difícil verificar a integração de disciplinas e a interdisciplinaridade somente pelos discursos constantes nos documentos estudados, pois sabemos que muitas práticas de integralidade no currículo podem estar ocorrendo em pequenos espaços ou disciplinas de um curso, que existem os chamados "currículos paralelos ou ocultos", que dependem da disponibilidade e vontade do docente e também das parcerias com a rede de atenção à saúde e dos trabalhadores envolvidos no processo de ensino. Mas

algumas evidências de integração de conteúdos, em diferentes disciplinas e semestres, que encontramos em alguns projetos, podem ser expressões da inter-relação existente.

Da mesma forma, quando verificamos a proposta de avaliação da aprendizagem nos Projetos Pedagógicos, encontramos um capítulo ou item que tratava da avaliação. Em alguns, a avaliação é uma explicitação da maneira como a instituição faz a aferição e compreensão do que está sendo apresentado ao aluno, inclusive demonstrando a configuração do processo de avaliação, composição de notas ou conceitos e regulações institucionais, como transcrevemos abaixo:

A avaliação tem como finalidade orientar o aluno no seu processo de aprendizagem e qualificação profissional. Busca avaliar as competências dos futuros enfermeiros, considerando os conhecimentos adquiridos, e como e quando as utilizam para a resolução de situações-problemas reais e/ou simuladas relacionadas com a prática profissional. A avaliação apoia-se em indicadores obtidos a partir do desenvolvimento de competências por meio do empenho e desempenho do aluno em atividades teóricas, teórico-prática e nos diferentes tipos de produção científica. Os critérios de avaliação são explicitados e compartilhados, através dos planos de ensino com os alunos e professores. A avaliação é um processo gradual e somativo, permeando a trajetória do aluno, ao longo do curso, possibilitando um espaço de reflexão, orientação para os estudos. Destaca-se neste processo a autoavaliação do aluno, bem como a avaliação do docente e da disciplina. (C)

A origem da palavra “avaliar” vem do latim a-valere, que significa atribuir valor e mérito ao objeto em estudo. Nesse sentido, avaliar é atribuir um juízo de valor sobre a propriedade de um processo para a aferição da qualidade do seu resultado, porém a compreensão do processo de avaliação do processo ensino/aprendizagem tem sido pautada pela lógica da mensuração, isto é, associa-se o ato de avaliar ao de medir os conhecimentos adquiridos pelos alunos, ou da aquisição das competências e habilidades profissionais requeridas para sua formação. Entendemos a avaliação um processo muito mais complexo que a simples verificação, mensuração ou somatório dos objetivos da aprendizagem.

Segundo Kofman e Saippa-Oliveira(2006), o processo de avaliação determina, principalmente, os métodos de aprendizagem, e a metodologia tradicional nos cursos de saúde tem utilizado uma avaliação de repetição de dados, de uso de técnicas não

relacionadas com a realidade profissional, de não fomento de um pensamento analítico nem de facilitador da aquisição de destrezas profissionais fundamentais. Para os autores, a superação desse modelo de formação e, por conseguinte, de avaliação, passa a ser uma das estratégias potencializadoras na direção da construção de momentos de formação orientados pela integralidade. Defendem que os métodos e estratégias de ensino e do cuidado são interdependentes, por isso deve ser considerada a realidade das instituições formadoras e das unidades produtoras de cuidado e seus contextos socioculturais e institucionais, para que ambos trabalhem a partir da lógica da integralidade em saúde.

Em alguns Projetos estudados, podemos verificar a preocupação em estabelecer os objetivos do processo de avaliação da aprendizagem e suas inter-relações com os atores e instituições envolvidas, suas finalidades e critérios, de uma forma mais inovadora:

A avaliação da aprendizagem no Curso de Enfermagem é entendida como um processo contínuo, sistemático e integral de acompanhamento e julgamento do nível no qual estudantes e professores se encontram em relação ao alcance dos objetivos desejados na formação do profissional em questão. Nesse sentido, deve ser entendida como um processo indissociável da dinâmica de ensino e aprendizagem, pois implica a realização de verificações planejadas para obter diagnósticos periódicos do desempenho dos estudantes e professores em relação à transmissão/assimilação e construção/produção dos conhecimentos, habilidades e atitudes desejadas, possibilitando o replanejamento das ações sempre que necessário. Como processo cooperativo, implica a tomada de decisão de todos os participantes desse processo (estudantes, professores, profissionais dos serviços nos quais ocorre a aprendizagem) em relação ao projeto curricular. Dessa forma, os diferentes momentos da avaliação durante o processo (resultados parciais) legitimam-na como produto apreendido em termos de resultado final. Para ser contínua, a avaliação deve acontecer ao longo de todo o processo de ensino e aprendizagem. Deve ser um ato intencional, consciente e planejado como parte integrante do processo de ensino e aprendizagem. A avaliação cumpre o papel de controle e reprodução, mas pode cumprir um papel de transformação e emancipação sendo constituinte de ação educativa e integradora encontrar meios, caminhos, formas de produzir conhecimento, de potencializar suas habilidades, de buscar alternativas para a autodeterminação.(A)

A avaliação de desempenho, contudo, deverá considerar critérios que valorizem o monitoramento de aquisição e aplicação crítica dos

conhecimentos-habilidades e competências necessárias ao desenvolvimento curricular do aluno, tendo em vista os objetivos e o perfil dos formandos previstos no projeto. Deve constituir-se em estratégias que estimulem o aluno a avaliar seu próprio desempenho e buscar formas de superar eventuais deficiências. Nesse sentido, o sistema de avaliação do Curso de Enfermagem deverá seguir um sistema de avaliação convergente com a proposta do mesmo, ou seja, um currículo que se fundamente no princípio que aprendizagem não se dá de forma instantânea, tão pouco pelo acúmulo de informações técnicas ou simples repetição de técnicas ou procedimentos (aquí relacionadas aos procedimentos de enfermagem). Dessa forma, distinguem-se dois momentos complementares na avaliação, que possibilitam o processo de reconstrução no planejamento das atividades, o acompanhamento dos avanços dos alunos, detectando dificuldades a tempo de ajustar a ação pedagógica, sendo estes:- avaliação do processo, que apresenta as informações para acompanhar o desenvolvimento do aluno na trajetória para alcançar as habilidades e competências almejadas, considerando suas facilidades e dificuldades, possibilitando a proposta de recuperação contínua ou paralela regulamentadas pela Instituição, estratégias de superação e avanços de modo individualizado;- avaliação de produto ou de desempenho, que apresenta as informações do desenvolvimento das competências almejadas, como resultado do processo de cada momento acadêmico, levando em conta as competências para o exercício profissional da enfermagem. (D)

Alguns dos objetivos da avaliação seriam o de melhorar a qualidade do ensino, dar autonomia ao educando, construir a cidadania, desenvolver a crítica e qualificar as ações, visando à transformação da realidade social. Hoffman, *apud* Kofman e Saippa-Oliveira(2006), afirma que a avaliação é essencial à educação; inerente e indissociável quando concebida como problematização, questionamento e reflexão sobre a ação. Do mesmo modo, serve para que o aluno alcance seus objetivos pessoais e profissionais e para a retroalimentação do processo educacional, sendo utilizada como uma ferramenta para alavancar as mudanças necessárias ao processo. Verificamos, no discurso de um dos projetos estudados, a aproximação com essas ideias:

Para garantir o desenvolvimento das competências e habilidades do perfil profissional do enfermeiro generalista que se pretende formar, a avaliação deve constituir-se num instrumento de acompanhamento de todo o processo ensino-aprendizagem. Neste PPP, a avaliação é concebida como um processo participativo e global. Inclui não apenas a avaliação do que é produzido, mas especialmente do próprio processo e dos próprios mecanismos avaliativos. O sentido do ato de avaliar reside na sua utilidade para alimentar e reorientar as mudanças que se fizerem

necessárias, articulando-se, assim, com os processos decisórios. Portanto, a avaliação não deve ser concebida como mero mecanismo classificatório, mas como ferramenta promotora de melhorias e inovações, necessária para o contínuo aperfeiçoamento do currículo em desenvolvimento como um todo. (H)

A consideração da avaliação da aprendizagem, nessa categoria, foi de verificar se as práticas e métodos empregados e explicitados nos discursos dos projetos estudados se aproximavam das ideias de formação orientadas pela integralidade. Segundo Koifman e Saippa-Oliveira(2006), a sociedade espera cada vez mais de seus profissionais de saúde, que promovam um cuidado humanizado e com alto nível, que sejam capazes de estabelecer comunicações diretas, compreensíveis e francas com usuários e familiares, que promovam cuidado aos indivíduos e coletivos, que sejam educadores e que transformem a saúde em um direito universal. É claro que a avaliação é apenas um aspecto neste amplo contexto da formação, mas de grande valor para a transformação do processo educacional/profissional.

11 CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NOS PROCESSOS DE TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO PARA A INTEGRALIDADE

Nesta categoria procuramos as evidências da articulação ético-político-pedagógica na definição e inserção dos diferentes cenários de aprendizagem; momento de inserção dos alunos na prática; práticas pedagógicas e de cuidado na perspectiva do trabalho em equipe e de atividades coletivas de aprendizagem; monitorias; atividades complementares e projetos locais de atenção à saúde. Esses aspectos reportam-se à questão da interação entre o mundo do trabalho e da educação na perspectiva da integralidade como orientadora do ensino em saúde. Essa perspectiva foi instaurada a partir do AprenderSUS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) reafirmando a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares, usuário- centradas, identificadas com os ideais da Reforma Sanitária e com o conceito ampliado de saúde.

Para Macêdo et al. (2005), os cenários de aprendizagem são espaços privilegiados para a incorporação, no processo ensino-aprendizagem, da integralidade em saúde, no que se refere às práticas cuidadoras. Esses autores adotaram a noção de cenários de aprendizagem como os espaços de interseção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais de saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde. São locais de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social e de fortalecimento do SUS.

Nesse sentido, a seleção dos cenários de aprendizagem deve estar configurada nos projetos pedagógicos dos cursos considerando a construção do perfil do profissional, as diretrizes curriculares, as diretrizes do sistema de saúde, a organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde, as relações entre instituições de ensino e serviços de saúde e articulações entre docentes, trabalhadores em saúde e usuários.

Encontramos, na maioria dos Projetos estudados, a explicitação de cenários de aprendizagem com a denominação de locais ou campos de prática e campos ou locais de estágio como locais de confronto do aluno, com a realidade dos serviços de saúde, com as necessidades de saúde da população e com os profissionais de saúde, como transcrevemos abaixo:

Vale destacar que a formação na área da enfermagem visa preparar profissionais para atuarem no setor da saúde tanto no sistema público (SUS) como no sistema privado (saúde suplementar), uma vez que a formação perpassa pelas áreas de ação do enfermeiro que se distribuem entre as redes básicas de saúde, alta e média complexidade. Um enfermeiro formado sob as diretrizes do sistema de saúde vigente no país deve estar apto para atuar em qualquer segmento do setor da saúde do país. As práticas de estágio no Curso de Enfermagem são caracterizados como a oportunidade de realização prática das atividades inerentes à ação de trabalho da enfermagem. As disciplinas que preveem atividades teórico-práticas desenvolvem parte da sua carga horária em atividades de estágio, que são realizadas nos serviços de saúde: hospitalares e rede básica de saúde; e na comunidade: escolas, creches, organizações não-governamentais. (A)

O estágio objetiva vivenciar problemas reais da práxis do enfermeiro, estabelecer relações entre a teoria e a prática, aperfeiçoar habilidades técnico-científicas necessárias ao exercício profissional, sistematizar e testar conhecimentos, propiciando reflexões sobre o trabalho cotidiano do enfermeiro nos serviços de saúde, reforçando os aspectos bioéticos inerentes ao exercício profissional e possibilitando a integração do aluno e da Escola de Enfermagem com a realidade social e profissional. (C)

A diversificação dos cenários de aprendizagem constitui-se em estratégias de algumas instituições de ensino para potencializar a integração ensino-trabalho e para oportunizar aos alunos a percepção de novas formas de produzir cuidado e de organizar a atenção à saúde, permitindo aos alunos contemplarem diferentes dimensões da realidade social que poderão resultar em transformações na formação. Temos de observar que algumas instituições de ensino comportam, em sua estrutura, hospitais-escola e unidade de saúde na atenção básica, fazendo muita diferença na oportunização de diferentes cenários de formação. Em um dos Projetos analisados, encontramos esta preocupação:

[...] os diversos campos de exercício da prática profissional devem ser incluídos como espaços possíveis para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem. A participação tanto docente como discente no processo de produção dos serviços deve ter uma perspectiva de atuação conjunta. Não deve reduzir-se apenas ao uso desses espaços como meros laboratórios para a aprendizagem, mas, mediante atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuir tanto para a formação do enfermeiro generalista que se pretende formar como para promover mudanças necessárias nos serviços. O desenvolvimento de atividades teórico-práticas nos diferentes cenários da prática profissional busca o exercício das diversas competências e habilidades já adquiridas e acumuladas, desde o início do processo educativo e as ainda em aquisição ao longo dos diferentes momentos da formação profissional, para o alcance das instrumentalizações teórico-metodológica, técnico-científica, ético-filosófica, sócio-política, pedagógico-educativa e administrativo-gerencial para o cuidado de enfermagem.(H)

Considerando essas inserções em diferentes cenários, os alunos, docentes e trabalhadores interagem entre si e com os usuários, familiares e grupos sociais podendo criar práticas inovadoras de cuidado, novos valores e atitudes, novas formas de se relacionar com os usuários, transformando o processo de formação em saúde e favorecendo a construção de práticas amistosas à integralidade. Um fator que pode reforçar esta construção seria a inserção precoce do aluno no mundo do trabalho. Podemos verificar que alguns cursos declaram que o fazem apenas nos períodos finais, ou após um bloco teórico de informação reforçando um modelo já ultrapassado de formação em saúde, mas encontramos em dois projetos estudados a defesa deste aspecto:

Estimula-se a inserção precoce e progressiva do acadêmico no sistema de saúde enquanto cenários de prática da realidade do mundo do trabalho, valorizando os postulados éticos, cidadania, a inclusão social, e o respeito à diversidade. Desenvolve a capacidade do estudante de atuar na equipe multiprofissional de saúde, buscando a integralidade da atenção à saúde do indivíduo. Essa proposta diferencia-se pela inserção ao longo da formação e não somente nos estágios finais de curso; pela oferta de disciplinas com atividades práticas desde o início do curso, inserindo o acadêmico no mundo do trabalho em saúde, oportunizando situações que levem ao desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento das situações - problemas que futuramente ele encontrará profissionalmente. O Curso caracteriza-se pela proposta metodológica problematizadora que insere os estudantes no mundo do trabalho gradativamente, a partir do segundo semestre por meio de vivências, atividades práticas, estágios e internato propondo ações

integradas para o desenvolvimento das competências técnico-científicas ético-política e sócio-educativas, produzindo conhecimento a partir das experiências de ensino, pesquisa e extensão (A)

Para a formação de um enfermeiro cidadão, é necessário que a prática pedagógica docente oportunize a vivência de experiências concretas no mundo do trabalho. Em outras palavras, o professor precisa planejar atividades que insiram o aluno nos campos de prática, desde o início de sua formação, com vistas a aprender a estabelecer relações com profissionais, usuários, familiares e comunidade, tornando possível a crítica e reflexões sobre a realidade. Além disso, para favorecer o processo ensino-aprendizagem, o docente precisa buscar formas de construção da integração entre as instituições de ensino e de serviço, assegurar a participação efetiva de enfermeiros dos serviços de saúde, onde se desenvolvem as atividades práticas, e investir na capacitação pedagógica desses enfermeiros, para que se percebam responsáveis e capazes de contribuir para a formação de futuros enfermeiros. (H)

Nesse sentido, Macêdo et al (2005) dizem que o modo como os cursos definem o itinerário da formação, com a inserção do estudante em cenários do serviço desde os primeiros momentos do curso, permitindo a articulação ensino-serviço-usuários/população, no qual a construção do conhecimento se dá a partir da ação concreta no mundo, produz efeitos visivelmente favoráveis na formação. Também consideram importante revisitar os cenários em momentos diversos do curso a fim de construir, com o aluno, um percurso em sua formação no qual possa interagir com os serviços, provido de novos olhares e com outro grau de apropriação de práticas e saberes que foi sendo elaborado ao longo da formação.

Também identificamos, em um dos Projetos analisados, a preocupação da promoção de atividades coletivas de aprendizado, considerando a multiplicidade dos cenários de aprendizagem, a atuação multiprofissional e interdisciplinar e as diferentes possibilidades de atuação profissional como mobilizadores da construção de novas compreensões da realidade social e profissional, como transcrevemos abaixo:

A supervisão do internato se dá com a supervisão local: enfermeiro do serviço, e supervisão pedagógica: enfermeiro da instituição. A supervisão pedagógica deverá acompanhar de forma sistematizada a realização do internato, com encontros semanais com o enfermeiro supervisor e com acompanhamento cotidiano dos estudantes. Este curso tem se integrado ao conjunto de cursos que são oferecidos pela Instituição, para o desenvolvimento de ações conjuntas que possam

não apenas contribuir para o aperfeiçoamento profissional de nossos estudantes, mas que contribuam para o desenvolvimento da percepção do trabalho em equipe multiprofissional. O curso deverá construir, em conjunto, com os serviços de saúde as propostas de educação permanente e continuada. Atendendo, desta forma, as necessidades do serviço e potencializando o debate acadêmico com a realidade do trabalho em saúde. A proposta de construção e identificação conjunta das necessidades parte de oficinas realizadas com a participação de estudantes do Curso de Enfermagem e dos trabalhadores do setor da saúde. Nessa articulação, são identificados os nós críticos do trabalho em saúde, são discutidas as necessidades e são definidos as áreas, linhas ou temas de formação que a instituição de formação deve oferecer. (A)

Ainda na perspectiva ampliada dos cenários de aprendizagem, as instituições de ensino têm incentivado a articulação ensino-extensão como forma de instituir novas práticas pedagógicas a partir da integração com a sociedade. A extensão universitária, além de ser uma diretriz curricular, promove uma aprendizagem voltada para a cidadania, dada sua potencialidade de interlocução com a população, de ampliação da atuação da universidade e dos cursos da saúde para o sistema de saúde (MACEDO et al, 2005). Em quase todos os Projetos estudados, verificamos a existência dessa modalidade de flexibilização curricular por meio de atividades intra e extramuros da universidade:

Atividades Complementares serão contempladas, considerando a possibilidade do aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo aluno por meio de estudos independentes, participação em Eventos, Estágios Extracurriculares, Monitorias, Programas de Iniciação Científica, Programas de Extensão, Estudos Complementares, Cursos realizados em outras áreas, dentre outros regulamentados pelo Colegiado do Curso. As atividades de extensão devem se apresentar como uma forma de intercâmbio entre a comunidade acadêmica e a comunidade social. Dá-se como uma resposta face às rápidas transformações da sociedade, do Curso e do ensino. Outra estratégia a ser utilizada é a participação do aluno de Enfermagem em atividades desenvolvidas de forma interdisciplinar, envolvendo o Ensino Médio e de Graduação, através das atividades de pesquisas, seminários e eventos de divulgação científica, promovidos pela graduação, com professores dos cursos ou convidados, visando atualização e aperfeiçoamento da comunidade acadêmica e profissionais enfermeiros.(D)

Atividades complementares são práticas acadêmicas, obrigatórias para os alunos, como prerrogativa da flexibilização do currículo pleno do

Curso de Enfermagem. São atividades que têm a finalidade de reforçar e complementar as atividades de ensino, pesquisa e extensão do Curso de Enfermagem. Trata-se de atividades enriquecedoras e implementadoras do próprio perfil do aluno, visando seu crescimento intelectual, especialmente nas relações com o mundo do trabalho, nas ações de pesquisa e nas ações de extensão junto à comunidade. Constituem-se objetivos específicos do Programa de Atividades Complementares do Curso de Enfermagem: Complementar o currículo pedagógico vigente; Favorecer o relacionamento e convivência com diferentes grupos sociais; Ampliar os horizontes do conhecimento multi e transdisciplinar para além da prática de sala de aula; Favorecer a iniciativa nos alunos na tomada de decisões e no exercício da autonomia. (E)

Nesse currículo, todas as atividades, especialmente as atividades de formação complementar, vêm ao encontro do princípio da flexibilidade previsto na legislação atual, uma vez que a sua estrutura foi concebida para permitir, a partir de avaliações sistemáticas, as necessárias adequações curriculares sem os costumeiros entraves burocráticos. As atividades complementares dizem respeito às atividades de formação complementar aos eixos curriculares fundamental, temáticos e transversais. Correspondem ao elenco de disciplinas teóricas e teórico-práticas optativas, demais estágios, participações em eventos, apresentações de trabalhos científicos, publicações, cursos, atualizações, ações de envolvimento com programas comunitários, projetos de extensão, projetos de pesquisa, monitorias, dentre outros, reconhecidos, valorados e aprovados pela Comissão de Curso de Enfermagem. (H)

As atividades de extensão, em alguns cursos, contemplam projetos locais de atenção à saúde, de forma multiprofissional e interdisciplinar, promovendo ações intersetoriais e oferecendo aos alunos conhecer outros espaços de aprendizagem além das instituições de saúde e de ensino, no intuito de auxiliar na compreensão da realidade. Transcrevemos o discurso constante em dois projetos estudados:

A extensão visa articular o ensino e a pesquisa, servindo como instrumento de integração da Instituição com a comunidade, através de programas que visam ao desenvolvimento da Região, viabilizando a relação transformadora universidade e o seu comprometimento com a sociedade. A Extensão serve como aprendizado prático e socialmente crítico dos conteúdos das disciplinas, sendo operacionalizada através de professores e alunos. Como um dos mecanismos de produção de conhecimento, a extensão contribui para o enriquecimento curricular, abrindo espaços para a ampliação de saberes e propondo condições de realização da assistência à saúde da população. A programação de

atividades extensionistas estabelece parcerias com instituições como Prefeituras Municipais, Sindicatos, Escolas, Hospitais, Casas de Longa Permanência de Idosos, Albergues, Unidades de Saúde, Indústrias, Cooperativas e outras empresas privadas, no sentido de formalizar a realização de atendimentos, cursos, palestras, serviços técnicos, através de convênios firmados. (E)

O Curso de Enfermagem prioriza a formação de enfermeiros preocupados com a manutenção e promoção da saúde da coletividade, pautados em princípios bioéticos, capazes de prestar assistência integral ao indivíduo, família, comunidade, a fim de reverter situações de desequilíbrio no processo saúde-doença. O Curso também oferece à comunidade em geral atendimento, na forma de consulta de enfermagem, nas áreas de puericultura, pediatria e obstetrícia, com assistência e acompanhamento ao pré-natal e incentivo ao aleitamento materno, além de estágios curriculares em todas as áreas da saúde, em nível hospitalar e de saúde pública. Esse aspecto da assistência de enfermagem propicia o desenvolvimento de projetos assistenciais e preventivos, de forma interdisciplinar, possibilitando aos futuros Enfermeiros participação ativa em equipe multiprofissional. (G)

Para considerar os cenários de aprendizagem ampliados como espaços privilegiados para a incorporação da integralidade em saúde, também deveríamos pensar em outros aspectos que permeiam essa relação como a integração teoria-prática no contexto desses cenários: o papel dos trabalhadores da saúde como supervisores de estágios e sua atuação no processo educativo, a inserção crítica do aluno no cenário de aprendizagem e suas relações com os trabalhadores, a prática e o exercício do controle social no serviço, entre outros que não foram possíveis de verificar nesse estudo, tendo em vista a sua proposta metodológica.

Concordamos com Macedo et al (2005) que se reporta à necessidade de um olhar mais elaborado para a questão da interseção entre trabalho em saúde e ensino da saúde quando se pretende alcançar a interdisciplinaridade, a multissetorialidade, a transversalidade de múltiplos saberes e práticas, a humanização do cuidado na perspectiva usuário-centrada e na integralidade como eixo orientador da formação em saúde.

12 REDES DE CUIDADO SUPOSTAS NA INTEGRALIDADE EM SAÚDE E SUA PRESENÇA NO ENSINO DA INTEGRALIDADE

Nesta categoria, buscou-se verificar a construção de redes de cuidado na integralidade da atenção e da inserção de linhas de cuidado como eixo estruturante do processo de formação; o conhecimento e valorização das múltiplas dimensões do processo saúde-doença no processo de formação e a integralidade como organizadora do trabalho em equipe e da rede de cuidado.

A instituição das Diretrizes Curriculares propôs mudanças significativas na formação dos profissionais da saúde, abandonando a lógica disciplinar, de separação de conteúdos, de especialismos, de separação entre teoria e prática, para uma formação baseada na construção de habilidades e competências, visando o desenvolvimento de um determinado perfil profissional. Na enfermagem, assim como nos outros cursos da área da saúde, o enfoque é para um profissional generalista, com uma visão integral dos indivíduos e do processo saúde-doença.

A noção de competência foi introduzida a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e envolve três dimensões: a dos saberes, a do saber ser e a do saber fazer. A dimensão dos saberes está relacionada aos conhecimentos transmitidos e adquiridos na educação formal e informal e ao saber teórico – técnico (o que fazer) e metodológico (como fazer)-, formalizado e prático. O “saber ser” tem a ver com os valores e o perfil pessoal e cultural de cada indivíduo, com a capacidade de se comunicar e agir em grupo e de aprender e de “aprender a aprender”. O “saber fazer”, por sua vez, estaria relacionado à habilidade de aplicar, na prática pessoal e profissional, os conhecimentos e outras competências adquiridas (BRASIL, 1996).

A competência é entendida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e, em um determinado contexto cultural, deverá levar seu todo e a cultura do local de trabalho onde se dá a ação, permitindo, ainda, incorporar a ética e os valores como elementos do desempenho competente, integrando atributos com o desempenho.

Saupe et al (2006) definem as competências como conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e aptidões que fornecem condições a uma pessoa para a discussão e tomada de decisão diante das situações enfrentadas no cotidiano. O termo competência está sempre associado a um verbo de ação, ou seja, a prática de uma ação fundamentada em conhecimento, definido como um conjunto de características moldáveis, desenvolvidas ou não conforme a necessidade do profissional para melhor desempenho de suas tarefas, considerando o ambiente ou contexto no qual está inserido. A noção de habilidade ficou aderida à prática, à capacidade de fazer, à experiência clínica, à repetição e ao exercício psicomotor. Ela está relacionada à forma de execução de tarefas, na aplicação de conhecimentos, do agir e do pensar. Percebe-se, assim, que ela favorece a aplicação de competência no desenvolvimento do trabalho. As habilidades associam-se a identificar variáveis, compreender fenômenos, relacionar informações (conhecimentos), analisar situações-problema, sintetizar, julgar, correlacionar e manipular.

A pretensão das diretrizes, pela construção de competências e habilidades é de direcionar a educação/formação dos profissionais de saúde voltados para o sistema de saúde nacional (SUS) e seus princípios e para o atendimento das necessidades de saúde da população. Conforme Pontes et al .(2005), nesta proposta, a integralidade se configura como um potente eixo para as mudanças na graduação das profissões de saúde e consideram fundamentais para a construção da educação dos profissionais os conceitos de cuidado e de rede de cuidados. Sendo que esses se traduzirão por práticas cuidadoras nos serviços de saúde e serviços ordenados em rede por linhas do cuidado ou cadeias de cuidado progressivo/malhas ininterruptas do cuidado.

Para Ceccim (2008b), as práticas cuidadoras em saúde podem ser resumidas como o exercício dos saberes profissionais no encontro com o usuário das ações e serviços de saúde, sendo um lugar de aposta, não de convicções ou certezas, mas de oposição às posturas reativas à mudança. Uma tomada do pensar-sentir-querer será sempre uma aposta, requer um trabalho de educação no seu sentido mais forte: não será um trabalho de informação e nem de acomodação, será uma convocação ao aprender, um aprender de si e um aprender das novidades de si, assim como dos entornos e da criação. A difusão da dimensão cuidadora, a comunicação do

conhecimento e a invenção de mundos emergem como superfícies de contágio: ativação do desejo de aprender e mobilização das instâncias onde ocorrem a interação e a produção de sentidos.

O conceito e a prática de Linhas de Cuidado foram introduzidos a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde: são eixos centrais de ações integrais de cuidado dentro de um plano, projeto, programa ou política pública de saúde a partir dos quais se explicitarão ações e atividades específicas a serem implementadas, segundo um plano de prioridades de cuidado também denominado de responsabilidades e ações mínimas de cuidado e segundo as necessidades sociais de cuidado de individualidades e coletividades locoregionais previamente estabelecidas e pactuadas nas instâncias federal, estadual e municipal (PINTO, 2009). A ideologia da linha de cuidado é gerar responsabilidade de cuidado; noutros termos, profissões, profissionais, serviços de cuidado responsabilizam-se pela pessoa desde o momento em que ela se insere no sistema de saúde até a satisfação possível de sua necessidade integral de cuidado e sem solução de continuidade em seu percurso de cuidado e sem carência de recursos/insumos para a consecução do cuidado. A linha de cuidado operacionaliza os conceitos de responsabilidade sanitária, responsabilidade social, responsabilidade profissional e responsabilidade ética de profissões e profissionais do cuidado.

Ceccim e Ferla (2006) argumentam que a linha de cuidado implica um redirecionamento permanente do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações, pois não é uma patologia ou um evento biológico o que flui por uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação, uma existência encarnada num viver individual. Assim, ao longo do percurso, nuances, sutilezas e transformações podem e devem encontrar acolhida e projeto terapêutico, inclusive abrindo outros fluxos na grande malha de cuidados de uma rede de saúde.

Procuramos então, nos projetos estudados, esse tópico da categoria como “tecedor” da integralidade através dos discursos das instituições de ensino, na construção da rede de cuidados e a inserção das linhas de cuidado como eixo do processo de formação. Encontramos apenas em um dos Projetos esta declaração mais

consistente e conceitualmente fundamentada e tendo a integralidade como direcionadora da sua proposta de formação, como transcrevemos abaixo:

As Linhas de Formação do colegiado dos cursos desenvolvem-se a partir do que preconizam os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro bem como as diretrizes curriculares nacionais para as profissões da saúde. A primeira Linha de Formação intitulada Integralidade do Cuidado em Saúde propicia aos acadêmicos a construção de uma concepção de saúde pautada pelas políticas públicas a fim de garantir reconhecimento e compromisso com a realidade de saúde do país e da região. Nesse sentido a formação através das disciplinas teóricas, teórico-práticas e vivências, possibilitam a compreensão do cuidado não como procedimento técnico que ocorre dentro de um serviço de saúde, mas como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para o entendimento da saúde como direito de ser. A segunda Linha de Formação intitulada O Cuidado em Saúde e Inserção Profissional visa desenvolver as habilidades e competências necessárias para o trabalho em saúde. Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais estimula-se a inserção precoce e progressiva do acadêmico no sistema de saúde enquanto cenários de prática da realidade do mundo do trabalho, valorizando os postulados éticos, cidadania, a inclusão social, e o respeito a diversidade. Dessa forma contempla-se nesta linha a formação para o trabalho em saúde enquanto processos coletivos, desenvolvidos por ações multiprofissionais que almejam por meio da reflexão sobre a prática, a construção e a concretização de um sistema integral como prática social. Os eixos do Curso são fundamentados nos conceitos da integralidade da atenção à saúde. A ação de cuidado em saúde é realizada de forma a atender todas as necessidades de saúde, individuais e coletivas. O trabalho em saúde orientado pelo sentido da integralidade visa reconhecer o indivíduo, suas necessidades políticas, econômicas e sociais, numa prática que atenda estes princípios. Além disso, o sentido da integralidade requer que a organização de sistema de saúde amplie o acesso, garantindo acolhimento e resolutividade, independente do nível de complexidade tendo como referência conceitual a integralidade. (A)

Aproximando-se desses conceitos de construção de linhas e redes de cuidado, como norteadores da formação orientada pela integralidade, sendo uma oportunidade de estabelecer melhores relações entre profissional-usuário e tendo o cuidado como uma dimensão do trabalho e da formação podemos relacionar com a proposta constante em um dos projetos, que se apresenta distribuída na forma de eixos fundamental, temáticos e transversais:

Os eixos curriculares expressam as concepções que direcionam a ação educativa e coordenam as diferentes possibilidades e experiências para o desenvolvimento das competências e habilidades que concorrem para a concretização do perfil profissional do enfermeiro egresso, consoantes aos referenciais orientadores eleitos e o objetivo estabelecido para o curso. Correspondem, assim, à trajetória do discente no Curso, durante o processo de sua formação profissional. Os instrumentos básicos para desenvolver o trabalho da enfermagem, ou seja, a observação, a comunicação, a habilidade psicomotora, o trabalho em equipe, a criatividade, a aplicação de princípios científicos, o planejamento, a avaliação e o método científico constituem-se em elementos importantes da determinação do Eixo Curricular Fundamental da estrutura do currículo proposto, denominado de "bases para conhecer o ser humano e desenvolver o trabalho da enfermagem na promoção, proteção, manutenção, recuperação da saúde e alívio da dor e do sofrimento no processo de viver". Para caracterizar os diferentes momentos da trajetória discente, durante o processo de sua formação profissional, esse eixo curricular fundamental é integrado pelos seguintes Eixos Curriculares Temáticos: Formas de conhecer o ser humano, as políticas públicas de saúde e a enfermagem; O trabalho da enfermagem na promoção e proteção da saúde do ser humano; O trabalho da enfermagem na manutenção e recuperação da saúde e alívio da dor e do sofrimento do ser humano; Estágios Supervisionados na realidade dos diferentes cenários da prática profissional. Permeando todos os momentos da trajetória do aluno no seu processo de formação profissional, encontram-se os Eixos Transversais aos eixos curriculares fundamental e temáticos, com a finalidade de que as diferentes disciplinas, estágios e demais atividades que compõem o currículo proposto assegurem ao enfermeiro egresso, como expressão do conjunto das competências e habilidades a serem adquiridas no curso, as seguintes instrumentalizações: Instrumentalização técnico-científica para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização teórico-metodológica para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização ético-filosófica para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização administrativo-gerencial para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização pedagógico-educacional para o cuidado de enfermagem; Instrumentalização sócio-política para o cuidado de enfermagem. (H)

Não pretendemos classificar os Projetos estudados como orientados ou não pela integralidade durante a formação, pois através de elementos que surgiram nas outras categorias, consideramos que esses possuem indicadores de integralidade como: a vivência em diferentes níveis de complexidade da atenção, a participação em projetos terapêuticos, a intersetorialidade, atividades de pesquisa e extensão comunitária, a inserção precoce do aluno no serviço, entre outros, que possibilitam a construção de intersubjetividades, tecendo a integralidade em alguns espaços da formação.

Ainda nessa visão de práticas cuidadoras em saúde, buscamos as evidências do conhecimento e da valorização, das múltiplas dimensões do processo saúde-doença, no processo de formação. Encontramos em quase todos os projetos a intenção de estudar as diversas formas de adoecimento, social e historicamente contextualizadas:

O Curso sustenta sua concepção, principalmente por se tratar de um curso da área da saúde no qual o compromisso com a valorização da vida é o pressuposto norteador. Dessa forma, entende-se que o indivíduo é capaz de transformar as condições de sua existência por meio de sua visão de mundo que permeia as suas relações sociais, relações essas que determinam a estrutura de organização e produção da sociedade. O indivíduo faz parte de um grupo social conforme sua inserção no processo de produção, e essa inserção determina o processo de saúde e doença. A condição de saúde é um dos objetos do conhecimento e da prática da Enfermagem; por isso, a organização integrada e interdisciplinar dos fenômenos com uma análise integral do processo de saúde e doença que leve em conta esse contexto de contradições poderá contribuir para que os estudantes adquiram hábitos que favoreçam as intervenções humanas em todas as perspectivas.(A)

[...]o estudante é introduzido no processo saúde-doença como fato social, trabalhando os componentes indispensáveis que formam este contexto, enfatizando as ações educativas. O Cuidado Humano é o fio condutor do currículo caracterizando o processo pessoal e interpessoal que se traduz na estética, gênese, signos e habilidades técnicas relacionadas ao cuidado, por meio de experiências vivenciadas nas etapas do desenvolvimento humano. A análise da saúde como fenômeno social condicionado historicamente e estudo das coordenadas sociológicas da saúde da sociedade brasileira, propiciam ao aluno condições para analisar: - a relação entre fatores sociais que influenciam a saúde da pessoa - a intersecção entre a etiologia das condições de saúde e as principais trajetórias no curso da vida quanto à posição socio-econômica e familiar. -as conexões entre a trajetória e a hierarquia ocupacional e a saúde - as diferenças de gênero nos processos de adoecimento -a relação entre “raça” e saúde. Possibilitando através do referencial teórico e metodológico da antropologia, a compreensão dos processos de adoecimento e de cura de enfermidades a partir de uma perspectiva social e cultural. Espera-se, com isso, promover a reflexão acerca da relação entre profissionais de saúde, pacientes e instituições, sensibilizando os futuros profissionais em relação aos desafios do ofício. (C)

Saúde/doença – conceito amplo e político, ligado ao direito de cidadania, entendido como a resultante das condições objetivas de vida. Assim, o direito a saúde pressupõe o atendimento as necessidades básicas tanto individuais quanto coletivas, realizado mediante conjunto de políticas governamentais voltadas para a promoção da melhoria da qualidade de vida e a doença entendida como uma questão social, e

não meramente biológica. Estudar o Ser saudável e concepção de saúde/doença nas dimensões individuais e coletivas no processo de trabalho em enfermagem. Oportunizar aos educandos/as analisar o processo saúde/doença e de sua inserção no trabalho da enfermagem, bem como desenvolver ações em vigilância epidemiológica e em educação para a saúde(F)

A transposição desses discursos e concepções para a prática dos docentes, alunos e gestores/trabalhadores provavelmente qualificariam a atenção em saúde pelo estabelecimento do acolhimento, da escuta efetiva, da responsabilização com o usuário e com a rede de serviços disponível, o acompanhamento do usuário em sua trajetória terapêutica, a melhora das relações interpessoais e da comunicação.

Para Ceccim (2004), o trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. Por isso, a relevância da articulação do trabalho em equipe e, principalmente, da integralidade como organizadora desse trabalho. É nessa articulação entre os atores que o aluno vai perceber as atribuições, os limites, e as possibilidades de cada elemento e entender o fluxo entre um serviço e outro, mesmo sendo da mesma rede de atenção à saúde.

Encontramos, em um dos Projetos, a aproximação desta concepção:

O trabalho em saúde é um trabalho reflexivo, no qual as decisões a serem tomadas implicam a articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, abrangendo a formação geral (conhecimento científico), a formação profissional (conhecimento técnico), a experiência de trabalho e a inserção social, que são mediadas pela dimensão ética e política. Além disso, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, visto que as ações de saúde são realizadas pela equipe de saúde na perspectiva do cuidado progressivo visando à defesa da vida do indivíduo num determinado contexto social. Promove a reflexão sobre a integração ensino, serviço e comunidade. Discute o exercício da prática multiprofissional, envolvendo alternativas de solução para problemas de saúde encontrados, procurando ativar habilidades que possibilitem o trabalho em grupo e equipe interdisciplinar e multiprofissional. Tem como princípio o desenvolvimento do pensamento e ação da enfermagem a partir da

integralidade da atenção à saúde, por meio de problematização e situações de cuidado. (A)

Nessa forma de trabalho em equipe e na produção de práticas cuidadoras devemos considerar o universo do aluno, seus significados e experiência de vida para que, em contato com as vivências de integralidade ou de não-integralidade, possam servir de objeto de questionamento, discussão, reflexão e de tomada de posição. Esses tópicos não puderam ser trazidos para este estudo uma vez que se deteve na análise do Projeto Pedagógico do curso, mas com certeza deve estar presente nas fichas de avaliação, nos relatórios de estágio ou diários de campo dos alunos, que denunciam a produção da saúde e do cuidado, ficando para outra oportunidade de pesquisa.

Na maioria dos projetos estudados, verificamos algumas inserções discursivas sobre a integralidade como eixo e norteadora da formação, vinculada à implementação dos princípios do SUS e comprometida com a inovação na formação e no fazer em saúde. Pontes et al. (2005), afirmam que, para a construção da integralidade como produto da formação dos profissionais de saúde, é exigido um Projeto Político-pedagógico, uma prática pedagógica e cenários de aprendizagem com atores coerentes com as perspectivas de integralidade em saúde, sendo necessário a criação de canais de comunicação, mediação e negociação; que o currículo não pode ser proposto, pensado ou desenhado fora de seu contexto social e histórico. Além disso, a seleção e organização dos conteúdos devem visar à educação criativa, crítica e solidária, sendo fundamental a integração entre ensino e trabalho para um ensino orientado pela integralidade nas práticas cuidadoras e na defesa do SUS.

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, tentaremos sintetizar algumas formulações postas na análise e conduzir alguns encaminhamentos no sentido de questões ainda prenes de sentidos ou significados para a pesquisadora.

Na primeira categoria do estudo, denominada Processos/relações político-pedagógico-institucionais na saúde e a relação entre os processos formativos e os modelos tecnoassistenciais coerentes com o SUS, percebemos que as DCN, apesar de ser um dispositivo legal, na orientação da construção dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem, assim como em outros da área da saúde, está sendo um elo importante na vivência das instituições formadoras, dos docentes e alunos no sistema de saúde do país.

Consideramos que a necessidade da formação orientada pelos princípios desse sistema fez com que cursos da área, antes encastelados em seus hospitais-escola ou serviços conveniados para a realização das práticas e estágios, fossem confrontados com a realidade de saúde do país e com as necessidades de saúde da população.

Recordando nossa vivência enquanto acadêmica de enfermagem há mais de duas décadas, sentimo-nos legitimadas para fazer uma crítica em relação ao sentimento de alienação em que vivemos, em uma etapa importante de preparação para a vida profissional. Lembramos que a ansiedade era tamanha em relação à execução de procedimentos, ao manuseio de equipamentos, em conhecer as patologias e sua terapêutica, entre outras, que, simplesmente, não nos apropriamos da questão maior em relação à organização do setor saúde e sua relação com a vida social da população. Parecia que, quando as pessoas ficavam “doentes” e necessitavam do atendimento, a partir daí sua situação de cidadão era alterada para a de paciente, como se pudéssemos suspender a cidadania, temporariamente, para que vivesse um mundo à parte.

Hoje, podemos avaliar que essa condição foi resultante de uma formação descontextualizada do momento social e político que estava ocorrendo na sociedade; principalmente, na área da saúde. Mas não podemos dizer que a instituição formadora deixou de cumprir sua proposta de formação, haja vista que, em pouco tempo, já

estávamos inseridos no mercado de trabalho. Pensamos então, que uma das preocupações, naquele momento, era a formação voltada para o atendimento das necessidades do mercado.

Atualmente, na condição de docente e de coordenação de um curso de graduação, responsável pela condução e acompanhamento de um Projeto Pedagógico, pensamos na formação de um profissional que consiga perceber o trabalho em saúde como uma prática eminentemente social.

Desse modo, ao analisar essa primeira categoria do estudo, percebemos a preocupação presente nos projetos estudados em relação à institucionalização do SUS, na sua presença seja enquanto conteúdo em diferentes disciplinas, seja enquanto cenário de práticas ou enquanto orientação principal da formação. Em alguns casos, como já falamos em outro capítulo, os princípios do SUS serviram como fundamentação teórico-filosófica dos cursos. O que ainda consideramos frágil são as expressões dos modelos tecnoassistenciais que orientam a produção de saúde e sua relação com as práticas durante a formação, voltadas para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Situação diferente encontramos quando analisamos o perfil proposto pelos cursos/instituições estudados: todos, sem exceção, definem o perfil do egresso: alguns, de maneira bem descritiva; outros mais sucintos. Da mesma forma, as competências e habilidades a serem construídas durante a formação foram explicitadas, o que não podemos deixar de abordar é o questionamento de como essas serão alcançadas. Se pensarmos no aporte teórico que sustentam essas prerrogativas educacionais, nem todos os cursos estudados oferecem as condições necessárias a essa “empreitada”, pois, nos projetos, poucos trabalham na perspectiva de currículos integrados, inovadores, modulares, por eixos, críticos, sendo, a maioria, currículos tradicionais, isto é, na forma de sequência e ordenamento de disciplinas.

Ainda nessa categoria, estudamos as interseções ensino-trabalho que apareceram na forma de convênios, parcerias ou contratualizações para a realização de práticas e estágios dos cursos. Consideramos que essa articulação seja uma das mais ricas e relevantes para a formação em saúde – a integração dos mundos da educação e do trabalho. Embora a limitação imposta pela escolha da metodologia

empregada na investigação (que consideramos perfeitamente aplicável e coerente ao objeto e objetivos da mesma) não tenha conseguido explorar de forma mais minuciosa essa articulação, pensamos que ela ocorra de forma mais efetiva em pequenos espaços ou disciplinas, do que no universo da proposta educativa, pois isso depende da vontade, disponibilidade de vários atores envolvidos no processo (docentes, alunos, trabalhadores e gestores).

Não temos a pretensão de pronunciar conclusões fechadas de cada categoria elaborada, porque elas nos impuseram a mais questionamentos do que certezas em relação aos projetos de formação em saúde orientados pela integralidade. Analisando o material disponibilizado, encontramos algumas pistas, mas deixamos algumas questões em aberto para reflexão:

- Será que todos os docentes conhecem o SUS? Pensamos naqueles professores que ministram disciplinas cuja relação direta com as práticas de saúde inexistente, ou em disciplinas oferecidas por outra área do conhecimento como matemática, língua portuguesa, fisiologia, estatística;

- Os alunos entendem os princípios do SUS como um referencial na orientação da formação? Nesse momento, pensamos nos alunos que chegam ao curso mais preocupados com o domínio de técnicas e procedimentos, em acessar locais de alta complexidade, do que entender a organização do setor saúde e os condicionantes da saúde da população;

- Como elaborar um modelo assistencial na formação se dependemos dos locais que, naquele momento, oferecem campo de práticas ou estágios? Pensamos nisso, principalmente, por fazermos parte de uma instituição de ensino privada que, anual ou semestralmente, tem de reavaliar os convênios, as parcerias, contrapartidas e questões legais e administrativas para a consecução dessas práticas e estágios;

- Como os outros segmentos da sociedade contribuem na elaboração ou atualização do Projeto Pedagógico dos cursos? Nesse sentido, não podemos deixar de pensar na dificuldade inicial em construir, coletivamente, um projeto dentro das instituições de ensino, pois alguns atores parecem não ter “pertencimento” à proposta. Também não queremos culpabilizar os docentes ou alunos, que têm de gerenciar seus próprios problemas como trabalhar em mais de uma escola; estar contratado como

horista, não recebendo por atividades extra-aula; o aluno que tem de trabalhar para poder custear seus estudos e não tem tempo para participar de atividades além das que acontecem em horário de aula. Essas são algumas questões.

Partimos agora para as considerações em relação à segunda categoria denominada **Estratégias, táticas e os processos decisórios na articulação entre educação superior e trabalho na saúde**. Nessa categoria, analisamos como um dos aspectos a articulação entre as políticas de educação e de saúde na formação dos enfermeiros. Essa articulação está expressa em alguns projetos na forma de conteúdos teóricos, trabalhados em disciplinas, na fase inicial dos cursos, como apresentação da história das políticas de saúde, sistemas de saúde, educação em saúde, movimentos estudantis e sociais, controle social, entre outros.

Consideramos relevante, além da abordagem teórica dos conteúdos, relacioná-los com experiências e vivências concretas. Tomamos como exemplo as relações entre instituições de ensino e Conselhos de Saúde locais e suas diversas comissões, com Conselhos Tutelares, entidades da categoria profissional, sindicatos e, dentro da própria instituição, nos Conselhos Acadêmicos, Comitês de Ética etc..

Na forma de práticas, encontramos a informação de projetos de atenção à sociedade principalmente como extensão universitária, no formato de atividades voluntárias, complementares, participação em grupos de pesquisa, atividades comunitárias de atendimento à saúde de alguns grupos sociais. Dentre as políticas de educação e de saúde disponíveis, somente um dos cursos estudados participa do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAÚDE), importante política de articulação entre ensino-trabalho.

Levantamos os seguintes questionamentos em relação a essa categoria:

- Os alunos conhecem o Projeto Pedagógico de seu curso? Colocado como uma recomendação do INEP às instituições de ensino, consideramos ser um direito do aluno conhecer o compromisso assumido pela instituição e pelo curso, com a sua formação. Verificamos apenas em um projeto estudado o PP (Projeto Pedagógico) como conteúdo de uma disciplina. Essa é uma política de educação estreitamente relacionada com a de saúde.

- Por que os alunos pouco participam dos movimentos estudantis, dos movimentos sociais e de atividades extra-aula? Pensamos que esse aspecto é mais frequente entre os alunos de instituições privadas, como falamos anteriormente, pois são também trabalhadores, responsáveis por famílias. Mas também não podemos desprezar a questão da pouca mobilização e participação política como parte do contexto de suas vidas.

- Como os docentes e alunos percebem a articulação teoria-prática? Percebemos que ainda acontece de os alunos perguntarem para que serve determinado conteúdo, como e onde será utilizado na prática. Esse aspecto permeia a questão da mediação pedagógica, a contextualização dos conteúdos. Consideramos que se o aluno não consegue perceber a relação do conteúdo no mundo concreto, talvez nem o docente perceba ou tenha dificuldades para isso.

- Porque poucos projetos de pesquisa são executados? Nesse aspecto, temos de pensar na congruência dos interesses entre pesquisador e instituição, entre pesquisador e organismos de fomento (financiamento). Para o docente pesquisar são necessárias condições como disponibilidade de tempo, recursos materiais e humanos, entre outros.

Na terceira categoria intitulada **Seleção de conteúdos nos processos de transformação do ensino para a**, os aspectos analisados voltaram-se mais às concepções e fundamentações teórico, epistemológicas dos projetos pedagógicos dos cursos. Um dos aspectos abordados foi a definição do perfil e a construção da identidade profissional. A totalidade dos projetos estudados tem expressado o perfil que pretende construir; conseqüentemente, a identidade do profissional, considerando o contexto institucional, local e regional.

Também, nessa categoria, foram abordados aspectos que dão legitimidade ao Projeto Pedagógico: seus critérios pedagógicos, as metodologias de aprendizagem empregada, os pressupostos teóricos, a seleção de conteúdos, as teorias de currículo, os marcos referenciais, a interdisciplinaridade como princípio e as formas de avaliação da aprendizagem.

Nesse sentido, essa categoria demonstrou a construção coletiva dos atores envolvidos no processo de ensino. Apesar da responsabilidade da elaboração e

atualização dos projetos ficarem nas mãos de coordenações ou diretores de cursos ou assessorias institucionais, os docentes, alunos, outros setores institucionais e extra-instituição colaboram, mesmo que de forma indireta, trazendo subsídios para a discussão e reformulação tendo em vista uma maior qualificação da formação.

Como questões de reflexão, subscrevemos:

- Como os docentes conseguem dar conta desses aspectos teóricos e conceituais da educação? Pensamos nesse aspecto, pois, hoje, a maioria dos docentes vem do campo da prática, não são profissionais de educação de “carreira”. Esse fato também se deve ao crescimento do número de cursos de graduação e conseqüente, à necessidade do campo da educação. Se os professores não conhecem as teorias da educação, como fazer para capacitá-los? Também, nesse sentido, pensamos nos professores que são contratados apenas para acompanhar as práticas ou estágios dos cursos (supervisores) e sua interação com o mundo da educação;

-Porque a avaliação é sempre uma questão polêmica na formação? Consideramos essa uma questão de múltiplas dimensões Apesar das instituições terem formalizados seus processos de avaliação, sabemos que ela difere em cada disciplina, com cada professor, de acordo com cada cenário etc. A avaliação da aprendizagem será sempre um tema atual e necessitando de discussão;

-Como alcançar a tão propagada interdisciplinaridade? Presente na maioria dos discursos da educação e saúde consideramos ainda difícil de ser vivida na integralidade do Projeto Pedagógico dos cursos. Dependem de vontades, disponibilidades, valores e ações dos atores do processo educativo.

Em direção à quarta categoria denominada: **Cenários de aprendizagem nos processos de transformação do ensino para a integralidade**, na qual foram analisados: a ampliação do ponto de vista do mundo do trabalho e do mundo do ensino, na forma de oportunidade de variados cenários para a construção da identidade do profissional, considerando sua relação com a sociedade (usuários, trabalhadores de diferentes formações, docentes, gestores). Na maioria das vezes, referido como locais de práticas ou estágios, os cenários de aprendizagem configuram-se como espaços de interseção entre ensino-trabalho, de confronto com a realidade das necessidades de saúde e com os usuários.

Nos projetos estudados, encontramos a preocupação com a diversificação de locais, em diferentes níveis de complexidade para oferecer aos alunos durante a formação e em diferentes modalidades: estágios, monitorias, eventos, iniciação científica, voluntariado etc. Todos esses espaços pressupõem a produção de cuidado e saúde.

Como questão de reflexão, pensamos no seguinte aspecto: Os alunos e docentes conseguem vislumbrar esses diferentes espaços como locais de produção da saúde? Esta diversificação pode ser resultado de um número excessivo de alunos nas turmas; por isso, precisam ser colocados em cenários de prática diferentes, que funcionam como rodízio para atender à demanda de alunos. Esse fato pode ser estarrecedor, mas sabemos que existe.

Nesse sentido, cabe pensarmos que a educação não deve seguir a lógica do mercado; que temos um compromisso ético-político com alunos, usuários, gestores, docentes, trabalhadores e com a sociedade.

Na quinta e última categoria intitulada **Redes de cuidado supostas na integralidade em saúde e sua presença no ensino da integralidade**, foram analisadas as propostas de uma formação configurada em redes ou linhas de cuidado, como estratégia de implementação de práticas cuidadoras, de ações integrais de cuidado e de melhoria na relação entre trabalhadores de saúde e usuários. Para isso, necessitamos rever a questão de que competências construir e como estruturá-las durante a formação. Os projetos alicerçados em linhas de cuidado ou eixos de formação se propõem a ordenar as práticas de cuidado em saúde, de forma progressiva, acompanhando as necessidades de saúde apresentadas pelo usuário ou coletividade, redimensionando o processo de trabalho em saúde.

Um dos questionamentos que trazemos para reflexão seria a limitação teórica da maioria dos docentes hoje para trabalhar esse aspecto. Será que os professores têm conseguido acessar conteúdos além de sua área de interesse? Não que essa configuração de práticas de cuidado não seja de interesse de todos profissionais da área da saúde, mas a sua sustentação teórica necessita de estudo, reflexão e aprofundamento em outras ciências.

Na tentativa de finalizar nossas considerações, pensamos que esse estudo, além de cumprir com o seu propósito de investigação, possibilitou a abertura a novos pontos de vista em relação ao mundo da educação e do trabalho, tendo a integralidade como princípio norteador. Como relatamos no início, nossa intenção não era, ao final, classificar projetos pedagógicos como orientados ou não pela integralidade, mas sim, verificar os indicadores da mesma (integralidade) nos cursos de enfermagem do Rio Grande do Sul e como são apresentados como princípio, estratégia, política, método etc, na formação dos profissionais.

Concluimos que as incertezas e as dúvidas podem constituir-se em propulsores para o crescimento e que as que ainda permanecem, ao término desse estudo, servirão como estímulo para a continuidade dessa caminhada. O que obtivemos em conhecimento durante essa jornada já servirá para a qualificação dessa profissional e de sua prática como cuidadora.

É preciso considerar e construir alternativas que permitam o rompimento com a valorização dos procedimentos e normatizações técnicas em detrimento da valorização dos sujeitos e de seus saberes e fazeres na construção da integralidade. Incorporar a perspectiva da integralidade na formação do enfermeiro implica repensar a concepção de ser humano, compreender a dimensão ampliada de saúde, articular saberes e práticas interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários da atenção à saúde e da formação profissional.

1. É preciso construir, nos modelos de ensino dos profissionais de saúde, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto que precisa ser construído durante toda a formação. Para tanto, a educação precisa ser também integral e interdisciplinar, com base em referenciais crítico-reflexivos, permitindo a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano na sua subjetividade.

2. Conhecer a realidade e dela criar sínteses críticas constitui o pressuposto norteador dos processos formadores em saúde, particularmente daqueles profissionais que irão atuar na atenção integral.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. *Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupo da sociedade civil*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

APPLE, M. *Ideologia e currículo*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

ARAÚJO, D., MIRANDA, M.C.G de, BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. V.31, Supl.1, p.20-31, jun. 2007.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ASENSI, Felipe D. *Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores*. In: PINHEIRO, R. MATTOS, Ruben A. de- Org. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro:IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

BARBOSA, G.J.A.; Azevedo, M.L.N. de. *As políticas públicas na ordenação da graduação em saúde no Brasil: uma reflexão sobre as políticas interministeriais – MEC/MS*. Anais do Seminário de Pesquisa do Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Estadual de Maringá, 24 a 26 de setembro de 2008, Maringá/PR, 2008.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde Nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. *Constituição Federal da República do Brasil*, Brasília, DF, 1988.

_____. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996*.- Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Política de Educação e desenvolvimento para o SUS*. Caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de Educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *10ª Conferência Nacional de Saúde. Onde dá SUS, dá certo!* Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *12º Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca. Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União de 23.12.1996, Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. *Cadastro das instituições de ensino superior – Enfermagem*. Disponível em: <www.educacaosuperior.inep.gov.br>. Acesso em 11 abril de 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p.*

_____. Ministério da Educação. *e-MEC – Sistema de Regulação do Ensino Superior*. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 8 de maio de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300p – (Série I. História da Saúde no Brasil).*

_____. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 2.118 de 03 de novembro de 2005*. Diário Oficial da União Nº 212 de 04.11.2005, Brasília, DF, 2005.

CAMARGO JR. K. R. Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben A. Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ,; ABRASCO, 2003.

_____. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: Roseni Pinheiro e Ruben A. Mattos. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. *A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades*. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v.1, n.1, p.9-23, jan/jun. 2008a.

_____. *A difusão da dimensão cuidadora da saúde, a invenção de mundos e a comunicação do conhecimento como superfícies de contágio*. Interface (Botucatu) [online]. 2008b, vol.12, n.24, pp. 5-5.

_____. Equipe de saúde; a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

CECCIM Ricardo B., FERLA, A.A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Gestão em redes: práticas, avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKE, Laura C. M. *Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1400-1410, set-out, 2004.

CECCIM R. B., BILIBIO, L.F.S. *Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS*. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. VER – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

CELLARD, A., A análise documental. In: NASSER, Ana C. *A pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CHAVES M, KISIL M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; 1999.

CHIRELLI, M. Q. *O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos estudantes do curso de enfermagem da FAMEMA*. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001.

DELORS, Jacques et al. *Educação: um tesouro a descobrir*. 10. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2006.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

_____. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ESTIMA, Sonara L. *O processo de cuidado no desenvolvimento de capacidades intra/interpessoais de trabalhadoras de Enfermagem*. Florianópolis, 2000 (Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem, PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM, UFSC).

ETGES, N. J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A. P; BIANCHETTI, L. (org.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 3. ed., Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

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

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 5ª ed., 1975.

FLEURY, Sonia. *Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois*. Saúde em Debate; Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.156-164, jan-abr., 2009a.

_____. *Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009b, vol.14, n.3, pp. 743-752.

_____. *Saúde: coletiva?* Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1992.

_____. *Reforma Sanitária – En busca de una teoria*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara; 1990.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GADOTTI, Moacir. Pressupostos do Projeto Pedagógico. In: MEC, *Anais da Conferência Nacional de Educação para Todos*. Brasília, 1994.

GANDIM, Danilo. *Planejamento como prática educativa*. São Paulo: Loyola, 1995.

GATTÁS, Maria Lúcia Borges. *Interdisciplinaridade, formação e ação na área da saúde*. Ribeirão Preto: Holos Editora, 2006.

KASTRUP, V. *Comunicação Coordenada da IV Jornada de Pesquisadores em Ciências Humanas: Cognição e Invenção - novas alianças*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

KOIFMAN, Lilian; SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. *Org. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

LANKSHEAR, Colin.; KNOBEL, Michele. *Pesquisa Pedagógica: do projeto à implementação*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LUCK, H. *Pedagogia Interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

LUDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E.D. *Pesquisa em Educação: Abordagem Qualitativa*. São Paulo: E.P.U. , 1986.

MACÊDO, Maria do Carmo dos Santos, et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. de.(Org.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2005.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, et all. *Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual*. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2): 335-342,2007.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M. *Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços de saúde mental*. Revista Terapia Ocupacional: Universidade São Paulo, v.17, n.3, p.115-122, set-dez, 2006.

MARQUES, Marília Bernardes. *Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 56-63, jan/abr. 2009.

MARTINS, Helena T. de Souza. *Metodologia qualitativa de pesquisa*. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, mai/ago. 2004.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In.: PINHEIRO,R.; MATTOS, R.A. de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IM/ABRASCO, 2001.p.39-64.

MATTOS, Ruben Araújo de. *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MENDES, M.M.R. *O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 a 1994 – mudança de paradigma curricular?*Ribeirão Preto, 1996. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].

MERHY, E.E., CECÍLIO, L.C.O., NOGUEIRA, R.C. *Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde*. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília, 1992.

- _____, E.E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M.C.S. org. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.
- MORAES, Danielle Ribeiro de. *Revisitando as concepções de integralidade*. Revista Atenção Primária em Saúde: UFJF: Juiz de Fora/MG, v.9, n.1, p.64-72, Jan-jun, 2006.
- MOREIRA, Sonia Virgínia. *Análise documental como método e como técnica*. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (org.). /Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação/. São Paulo: Atlas, 2005.
- MOREIRA, A F B.; SILVA, T. T. da. *Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução*. In: MOREIRA, A F B.; SILVA, T. T. da (orgs.). Currículo, Cultura e Sociedade. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 7-37.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Brasília: Cortez Unesco, 2002.
- NETO, David Lopes; et all. *Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 46-53.
- NIETSCHE, E.A. *Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem*. Ijuí:Ed. Unijuí,2000.
- NOGUEIRA, Maria das Dores Pimentel. *Extensão Universitária no Brasil: uma Revisão Conceitual*. In. FARIA, Doris Santos de (org).Construção Conceitual da Extensão na América Latina. Brasília. Editora UNB, 2001.
- NOGUEIRA, R. P. (Coord.). *Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. (Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde).
- NUNES, T.C.M.; MARTINS, M.I.C.; SÓRIO, R.E.R. *Proposições e estratégias de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado*. Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 2000.
- PAIM, Jairnilson Silva. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA Instituto de Saúde Coletiva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 2007. 300 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2007.
- PAIM, Jairnilson Silva. *Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.27-37, jan-abr. 2009.

PETRAGLIA, I. C. *Interdisciplinaridade: o cultivo do professor*. São Paulo: Pioneira, 1993.

PIMENTEL, Alessandra. *O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica*. Cadernos de Pesquisa, n.114, p.179-195, novembro/2001.

PINHEIRO, Roseni. *Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS*. Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, jan-fev.mar.abr, 2003.

_____, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. de. (Org.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; KOIFMAN, L.; HNRIQUES, R.M.M. Matriz Analítica das Experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. de. (Org.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2005.P.51-52.

_____, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de.Org. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

_____, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo-Org.. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: CEËSC: ABRASCO, 2007.

PINHO, Ilka C.; SIQUEIRA, Josilucy C.B.; PINHO, Lícia M.O. *As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.08, n. 01, p.42-51, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista8_1/original05.htm>. Acesso em: 08 de maior de 2010.

PINTO, Hêider Aurélio. *Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção*. Revista Baiana de Saúde Pública;33(1):22-34, jan.-mar. 2009.

PLANTAMURA, V. *Presença histórica, competências e inovação em educação*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

RUTHES Rosa M.; CUNHA, Isabel C. *Entendendo as competências para aplicação na enfermagem*. Ver Bras Enferm, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 109-12.

SAIPPA-OLIVEIRA, et al. *Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A.

de.(Org.) Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2005.

SANTOS, Silvana S. C. *Perfil de egresso de curso de Enfermagem nas diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação*. Revista Brasileira de Enfermagem 2006, mar-abr, 59(2): 217-21.

SANTOS, S. S. C. ;LUNARDI, V. L. ; ERDMANN, A. L. ; CALLONI, H. *Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem*. Revista Didática Sistêmica (Online), v. 5, p. 13-22, 2007.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D. de.; GUINDANI, J. F.. *Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas*. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Unisinos-Centro de Ciências Humanas, São Leopoldo/RS. Ano 1; N. 1, julho de 2009.

SAUPE ET AL. *Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde*. Saúde em Revista. Piracicaba, 8(18): 31-37, 2006.

SENA, Roseni R. de et al. *O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros*. Interface Comunicação Saúde Educação, v.12, n.24, p.23-34, jan/mar, 2008.

SILVA, Fábio H. da; GOMES, Rafael da S. *Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum*. In: Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde./ Roseni Pinheiro; Ruben Araújo Mattos, org. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

SILVA, K. L.; SENA, R.R. *A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado*. Revista Brasileira de Enfermagem; 59(4):488-91; Jul-ago,2006.

_____, K.L.; SENA, R.R. *Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro*. Revista da Escola de Enfermagem USP 2008; 42(1); 48-56.

SILVA, J.P.V.; TAVARES, C.M.M. *Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde*. Trabalho, Educação e Saúde 2004, v.2 n.2,p.271-285.

SPINK, Mary Jane P. *Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda*. Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.18-27, jan-abr, 2007.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

VEIGA, Ilma Passos A. (org) *Projeto político-pedagógico da escola. Uma construção possível*. 2ª ed.. Campinas: Papirus, 1996.

VEIGA, Ilma Passos A. *Projeto político-pedagógico: continuidade ou transgressão para acertar?* In: CASTANHO, M.E.L.M.; CASTANHO, S. (Org.) *O que há de novo na educação superior: do Projeto Pedagógico à prática transformadora*. Campinas: Papirus, 2000.

VEIGA, Ilma Passos A. *Inovações e Projeto Político-Pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória?* *Cadernos Cedes*, Campinas, v.23, n.61, p.267-281, dezembro 2003.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. *Uma semiótica da Integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

ANEXOS

- Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem

- Matriz analítica do Projeto EnsinaSUS

Projeto EnsinaSUS: práticas e processos na formação e no cuidado.

Processos em análise: relação entre ensino, gestão, assistência, controle social.

Atores: gestores / docentes / profissionais de saúde / discentes / usuários do SUS

DIMENSÕES LINHAS	MACRO Contexto político-institucional local e nacional	MICRO Questões da formação para o cuidado ("Dispositivos institucionais")	MOLECULAR Como os atores refletem / vivenciam / reproduzem / criam suas práticas
Processos/ relações pedagógicas político-institucional na saúde (docente / discente / profissional / usuário)	<ul style="list-style-type: none"> - A institucionalização do SUS e de modelos tecnoassistenciais inovadores / transformadores. - Relação entre os processos formativos e os modelos tecnoassistenciais coerentes com o SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organização das práticas formativas para o "cuidar" em saúde, desenho da formação, propostas de avaliação de aprendizagem. - Articulação e correlação de forças entre ensino e serviços (profissionais e gestores) e controle social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidências de novos projetos educacionais e de saúde que contribuam cotidianamente para a formação de profissionais com competência técnica e ético-política. - Cotidiano das relações dos docentes discentes e das necessidades dos serviços e das demandas dos usuários.
Estratégias/ táticas e processos decisórios/ lideranças	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação entre políticas de saúde e de formação (nacional, estadual e municipal). - Democratização dos processos formativos em espaços públicos de gestão, com participação e controle social pelos movimentos da sociedade civil organizada e universidade. 	<ul style="list-style-type: none"> -Negociação, pactuação -Criação e/ou ocupação de espaços institucionais de decisão internos e externos do ensino e do cuidado. - Configuração dos dispositivos de poder nas relações entre os sujeitos. - Mecanismos de avaliação, aperfeiçoamento e transformação dos processos de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Táticas para a transformação no cotidiano do processo de formação-serviço. - Mapeamento e reconfiguração dos diversos saberes/poderes que orientam / condicionam as práticas profissionais e da formação. - Seus efeitos (implicações e articulações) com o processo de formação/cuidado
Seleção de conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> - Critérios político-pedagógicos que orientam a seleção de conteúdos na formação para a saúde. - A formação inserida no campo disciplinar, transdisciplinar e na intersectoriedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação entre dinâmicas socioculturais dos conteúdos e dos métodos pedagógicos. - Inclusão de conteúdos que considerem os sentidos, significados e valores da cultura local (saberes populares). - Organização de currículos orientados para a transformação dos processos de trabalho. - A relação dos conteúdos da Saúde Coletiva com o contexto da consolidação de modelos tecnoassistenciais inovadores em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - A produção / reprodução / transformação do conhecimento, em todas as áreas e nos diversos níveis de complexidade da atenção e do cuidado. - Valorização do processo de tomada de decisão orientado à solução de problemas centrados em necessidades / demandas e na continuidade do cuidado.

<p>Cenários de aprendizagem (internos e externos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectivas ético-político-pedagógicas na definição e inserção nos cenários de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado, a partir de uma perspectiva de trabalho em equipe e de atividades coletivas de aprendizagem. - Formação vinculada ao processo de trabalho e aos problemas do cotidiano dos serviços. - Atividades orientadas para os problemas dos usuários, pautadas na continuidade e em espaços múltiplos de atuação: comunidade, família, aparelhos sociais múltiplos, rede de serviços de saúde, organizações não-governamentais e outros tipos de vínculos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Contato e a interseção entre os processos de trabalho e de formação, através de novos olhares em cenários de aprendizagem diversificados. - Construção de momentos pedagógicos que envolvam a vivência e a reflexão crítica, socialmente comprometida, dos atores sobre os problemas de saúde individuais e das coletividades nos seus aspectos epidemiológicos, culturais e socioeconômicos. - Valorização de espaços "agradáveis" de ensino aprendizagem e do cuidado.
<p>Redes de cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação na construção da rede de cuidado na integralidade da atenção. - Inserção das linhas de cuidado como eixo estruturante do processo de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integralidade como organizadora do trabalho de equipe e da rede de cuidado. - Dispositivos de formação na perspectiva de construção da rede de cuidado. - Previsão de atividades em vários níveis de complexidade. - Possibilidade de participação e vivência em ações intersetoriais. - Possibilidade de participação na construção e gestão de projetos terapêuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - A valorização no processo de formação: - das múltiplas dimensões do adoecer (econômica, social, histórica, subjetiva etc.); - dos processos de trabalho como eixos que permitam o estabelecimento de vínculo e responsabilização com usuário e serviço; - possibilidade de acompanhamento do usuário no seu "caminhar pela rede".

Fonte:

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; KOIFMAN, L.; HENRIQUES, R.M.M. Matriz Analítica das Experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. de. (Org.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2005.P.51-52.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO^(*)
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso
de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

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

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que

^(*)CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

- XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.
- XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;
- XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;
- XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e
- XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as 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.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

- a) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;
- b) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
- c) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e
- d) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior