

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

ANA PAULA KÜHL CALDONAZO

**PRÁTICAS CURRICULARES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Itajaí – SC
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA PAULA KÜHL CALDONAZO

**PRÁTICAS CURRICULARES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Itajaí-SC
2010

ANA PAULA KÜHL CALDONAZO

**PRÁTICAS CURRICULARES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre, e aprovada pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Itajaí, 29 de junho de 2010.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
Universidade do Vale do Itajaí

Prof. MSc. Marcos Aurélio Mayama
Universidade do Vale do Itajaí

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dra. Elisete Navas Sanches Próspero
Universidade do Vale do Itajaí

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por permitir que concluísse mais esta etapa em minha vida, apesar dos muitos obstáculos encontrados nesta caminhada.

Aos meus **pais**, que incentivaram desde criança na continuidade de meus estudos. Em especial minha **mãe**, que sempre acreditou na minha capacidade.

Ao meu **irmão** que acompanhou a trajetória deste mestrado e que ansiosamente aguardava o término do mesmo.

Ao meu amigo **Sabino Scipiecz**, sempre compreendeu e ouviu minhas angústias. Em todos os momentos que solicitei sua ajuda, me atendeu prontamente.

A minha amiga **Adriana Nunes Nogueira**, por ter me apoiado quando iniciei minha carreira como docente no ensino superior e continuamente acreditar em meu trabalho.

Ao meu orientador Prof. **Luiz Roberto Agea Cutolo**, que sabiamente me conduziu para a conclusão do mestrado. Agradeço especialmente por sua paciência, compreensão e por seus ensinamentos.

A minha **família de Curitiba**, mesmo distante sempre estiveram presentes em cada etapa.

Em especial ao meu marido **Eduardo Caldonazo**, as palavras não conseguiriam traduzir o quão você foi importante nesta trajetória, obrigada!

A todos que por ventura não foram citados, mas, acompanharam esta caminhada.

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| RESUMO..... | 06 |
| ABSTRACT..... | 07 |
| INTRODUÇÃO | 08 |
| 1 CAPÍTULO 01 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE | 16 |
| 1.1 <u>Antecedentes históricos da reforma sanitária</u> | 16 |
| 1.2 <u>Movimento da reforma sanitária brasileira</u> | 30 |
| 1.3 <u>Sistema Único de Saúde</u> | 35 |
| 1.4 <u>Integralidade e as ações integrais de saúde</u> | 38 |
| 1.5 <u>Promoção da saúde</u> | 40 |
| 1.6 <u>Educação em saúde</u> | 47 |
| 2 CAPÍTULO 02 – FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS PRÁTICAS CURRICULARES..... | 53 |
| 2.1 <u>Práticas de saúde</u> | 53 |
| 2.2 <u>A enfermagem no Brasil</u> | 59 |
| 2.3 <u>O currículo da graduação em enfermagem</u> | 69 |
| 3 CAPÍTULO 03 – PERCURSSO METODOLÓGICO | 83 |
| 3.1 <u>Abordagem</u> | 83 |
| 3.2 <u>Amostra</u> | 85 |
| 3.3 <u>Procedimentos</u> | 88 |
| 3.4 <u>Cuidados éticos</u> | 91 |
| 3.5 <u>Análise de dados</u> | 91 |
| 4 CAPÍTULO 04 – RELAÇÃO DO PLANO POLÍTICO PEDAGÓGICO E DAS DISCIPLINAS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE..... | 94 |
| 4.1 <u>Análise documental do PPP do curso de graduação em enfermagem e seus resultados</u> | 94 |
| 4.2 <u>Análise das entrevistas dos docentes do curso de graduação em enfermagem do primeiro ao quarto semestre</u> | 104 |
| 5 SÍNTESE PROPOSITIVA | 130 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 133 |
| REFERÊNCIAS..... | 135 |
| APÊNDICES | 139 |

CALDONAZO, Ana Paula Kühn. **Práticas Curriculares de Educação em Saúde no Curso de Graduação em Enfermagem**. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí (SC), 2010.

Orientador: Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

RESUMO

Considerando o cenário da saúde em nosso país e a formação de recursos humanos para área da saúde condizentes com a necessidade do exercício da integralidade na graduação, com reflexos no cotidiano profissional, faz-se necessário uma profunda análise e reflexão sobre o modelo assistencial e pedagógico empregado pelas faculdades que oferecem a Graduação em Enfermagem. Partindo deste pressuposto, é necessária a avaliação das práticas curriculares utilizadas para ensinar Educação em Saúde. Seguindo a linha de pensamento que considera a Educação em Saúde como parte de um todo indissociável, é que esta pesquisa ocorreu: analisando quais as práticas curriculares utilizadas para o ensino da Educação em Saúde nas diferentes disciplinas da Graduação em Enfermagem. Foi utilizada a abordagem qualitativa, dividida em três momentos: análise documental (projeto político pedagógico da Graduação em Enfermagem e dos planos de ensino aprendizagem); análise do discurso através de entrevista semi-estruturada com docentes selecionados; formação de categorias e subcategorias. Os resultados demonstram a incongruência entre o projeto político pedagógico e os planos de ensino aprendizagem além das diferentes concepções de educação em saúde utilizada na graduação em enfermagem. Ao término, represento uma síntese propositiva de mudança da realidade. Desta maneira, considero que um estudo que aprofunde a discussão sobre a formação de recursos humanos na área da saúde, evidenciando a necessidade desta estar em sintonia com o conceito saúde e doença de um indivíduo ou comunidade. Além de incentivar um trabalho contínuo de promoção a saúde, tenha relevância científica por contribuir para reflexão sobre a formulação de grades curriculares para os cursos de Graduação em Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Graduação em Enfermagem; Práticas Curriculares.

CALDONAZO, Ana Paula Kühn. **Curricular practices in Health Education in Graduate courses in Nursing**. Dissertation (Master's Degree in Health and Management of Work). University of Vale do Itajaí, Itajaí, 2010.

Supervisor: Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

ABSTRACT

In view of the current health scenario in our country (Brazil), and the need to train human resources for the area of health in a way that exercises integrality in graduation, with repercussions on day-to-day professional practice, there is a need for in-depth analysis and reflection on the healthcare and teaching model used by universities offering Graduate courses in Nursing. Based on this premise, it is necessary to evaluate the curricular practices used in the teaching of Health Education. Following a line of reasoning that views Health Education as part of an indivisible whole, this research analyzes which curricular practices are used to teach Health Education in the different disciplines of the Graduate course in Nursing. For this, a qualitative approach was used, dividing the analysis into three separate phases: first, an analysis was carried out of documents on the Political and Pedagogical Project of Graduate courses in Nursing and the teaching plans; next, the teachers' discourses were analyzed through semi-structured interviews with the selected participants; and finally, the data were classified into categories and sub-categories. The results show inconsistencies between the political-pedagogical project and the teaching plans, as well as differences in concepts of health education among the different graduation courses in nursing. At the end, a summary is given of some proposed means of changing this reality. Thus, I believe that a study that widens the discussion on the training of human resources in the field of health, demonstrating the need for a strong link with the concept of health and sickness of individuals or communities, is important for promoting reflection about the curricular contents of Graduate courses in Nursing.

Key-words: health education, Graduate courses in Nursing, curricular practices.

INTRODUÇÃO

“A Enfermagem é a arte e a ciência do CUIDAR, necessária a todos os povos e a todas as nações, imprescindível em época de paz ou em guerra e indispensável à preservação da saúde e da vida dos seres humanos em todos os níveis, classes ou condições sociais”.

Geovanini

A escolha pela Graduação em Enfermagem, ao final da adolescência e início da vida adulta, nasceu dos sentimentos vivenciados como paciente. Portadora de uma cardiopatia congênita precisei de inúmeras hospitalizações e duas cirurgias cardíacas. Em todos os momentos em que fui assistida por uma equipe multidisciplinar, nenhum profissional me chamou mais a atenção do que o enfermeiro.

A admiração por este profissional ultrapassava os limites que permeiam a gratidão do paciente pelo profissional. A força e a disciplina para gerenciar uma equipe, a sensibilidade e segurança ao cuidar dos pacientes, o conhecimento, habilidades e atitudes necessárias à singularidade deste profissional eram atrativas aos olhos de alguém que precisava escolher a sua profissão.

No ano de 1997, em meio a aceitações e reprovações familiares pela escolha profissional, prestei vestibular e fui aprovada. Alguns de meus familiares acreditavam que a escolha seria positiva, porque compreenderia melhor meus “problemas” de saúde, à medida que estudasse com intensidade o corpo humano. Outros expressavam negação pela escolha, já que estaria em um ambiente em que “só haveria doentes” e, conseqüentemente, seria necessário trabalhar inclusive aos finais de semana, diminuindo as possibilidades de lazer.

Assim sendo, iniciei a Graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Ao final do primeiro semestre de 2001 recebia a titulação de Enfermeira com Licenciatura Plena, após quatro anos e meio de estudos, dedicação e experiências que ocorreram durante o percurso.

Durante a Graduação em Enfermagem em vários momentos, como nos estágios e em situação teóricas em sala de aula, foram conceituadas e explicadas as várias competências do enfermeiro.

Ao término da graduação, com um diploma em mãos, busquei meu primeiro emprego em uma instituição hospitalar privada, onde ocupei o cargo de enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Mesmo para um ambiente com tecnologia de ponta, e risco de morte, sentia que o enfermeiro não poderia ter sua atuação limitada aos instrumentos oferecidos por este ambiente.

Prosseguindo a vida profissional dentro de uma UTI, no mesmo ano ainda, fui convidada a lecionar no curso Técnico em Enfermagem do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC. Como enfermeira de UTI, fui convidada a trabalhar este componente curricular no Curso Técnico. Permanecia dessa maneira, na assistência hospitalar UTI, e na Educação no Curso Técnico.

Durante quatro anos seguintes exerci as duas atribuições, assistencial e docente. Em 2005 fui convidada a assumir a Coordenação da Área da Saúde do SENAC, onde atualmente exerço o cargo. A assistência hospitalar foi substituída pelo meu ingresso em uma universidade pública como docente, na qual estou até os dias atuais. Em 2008, agreguei mais uma função docente ao ensinar em uma faculdade particular. Hoje, meu trabalho é desenvolvido essencialmente na formação de recursos humanos para saúde.

Buscando compreender a atuação do enfermeiro em um contexto maior na Área da Saúde e a sua real importância nos processos de saúde e doença, seja individual ou na coletividade, me aventurei por literaturas e experiências que ressignificassem o papel do enfermeiro. Desta maneira, conseguiria construir com os acadêmicos de enfermagem um profissional reflexivo, crítico e um agente político que reconhece o seu papel e o desempenha de forma competente na realidade das condições de vida da população brasileira.

Para Geovanini (2002, p.4)

No mundo ocidental moderno, diante do sistema social capitalista, vamos encontrar os enfermeiros muitas vezes distanciados de suas bases fundamentais e de sua função precípua, que é o ato de cuidar. Indefinidos quanto ao seu status social e sob impacto das engrenagens burocráticas das instituições prestadoras de serviços de saúde, estes profissionais buscam incessantemente o aperfeiçoamento como forma de ocupar seu espaço na sociedade. Para isso, voltaram-se cada vez mais crítica e conscientemente para o estudo e transformação de sua práxis.

Tais observações me levaram a pensar em contribuir na formação de novos enfermeiros, com a possibilidade de repetir o que me foi ensinado durante a minha

graduação, busquei o Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho. Neste, houve o encontro com a Saúde Coletiva o que possibilitou a transformação de conceitos assimilados anteriormente.

Foi na imersão em disciplinas, que expuseram os aspectos sociais e históricos da saúde e da doença, que induziram às reflexões sobre a formação do enfermeiro e de como a Educação em Saúde é contextualizada nas diferentes disciplinas da Graduação.

Com a vivência em sala de aula, e posteriormente acompanhando os acadêmicos em estágio, pude observar que a Educação em Saúde, seja com o indivíduo ou com a coletividade, é deficiente.

O predomínio do modelo *hospitalocêntrico*, com ações centralizadas na cura e sustentadas pela prática da biomedicina, segue hegemônico.

Os fatos e exemplos, acompanhados no cotidiano, também remetem a uma reflexão sobre a reprodução de modelos de Educação em Saúde. Durante meu percurso profissional, pude acompanhar ações educativas desenvolvidas que não gera resultados, sendo necessário um novo planejamento delimitando intervenções de caráter autoritário, fiscalizador.

A enfermagem brasileira, desde o seu nascimento, esteve calcada no modelo biomédico reforçando a sua origem na necessidade de um profissional em ambiente hospitalar (RIZZOTO, 1999).

Como docente e especialista em Educação, participo da formação e readequação de ementas nas disciplinas que compõem a Graduação em Enfermagem em uma faculdade privada. Por vezes, observo nos diálogos dos diversos docentes a fragmentação mecanicista do processo educativo.

Por outro lado, temos acadêmicos restritos ao que descreve a ementa de cada disciplina. O docente, ao tentar introduzir a Educação em Saúde oportunizando temas transversais, por vezes é ignorado frente à resposta acadêmica. Esta limitação, em contextualizar a Educação em Saúde na Graduação em Enfermagem de forma constante e complementar, associa-se ao emprego de metodologias tradicionais, mas também a concepção de saúde de cada profissional.

Em nosso país a promoção da saúde e, conseqüentemente, a Educação em Saúde vem ocorrendo a partir da Reforma Sanitária, em especial ao processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA, 2006).

A promoção da saúde, utilizando-se da Educação em Saúde, busca capacitar os indivíduos para poderem decidir sobre aspectos referentes à saúde e a doença. É neste cenário que se contextualiza os determinantes de saúde e doença: no acesso aos serviços de saúde, moradia, lazer, emprego, entre outros. Acompanhando as diversas disciplinas da Graduação em Enfermagem, observei que os docentes empregam diferentes conceitos de saúde e de doença e, posteriormente, problematizam a Educação em Saúde em suas práticas educacionais.

Esta observação, associado aos conhecimentos desenvolvidos durante o mestrado em diferentes disciplinas, levaram a constatação de alguns *nós críticos* como:

- 1. Qual o conceito de Saúde e Doença utilizado pelos docentes?**
- 2. Qual é a concepção de Promoção e de Educação em Saúde dos docentes?**
- 3. Como são trabalhados tais conceitos durante a Graduação?**
- 4. Que práticas curriculares são utilizadas para ensinar Educação em Saúde?**

Neste contexto, refletindo sobre o exercício da docência na área da saúde e sobre a utilização de práticas curriculares, surgiu o seguinte questionamento:

Quais as práticas curriculares utilizadas para ensinar Educação em Saúde nas diferentes disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem?

Parto do pressuposto que existe uma fragmentação de conteúdo e pouca valorização de práticas curriculares problematizadoras para ensinar Educação em Saúde como estratégia transformadora da realidade.

Ainda, há valorização do modelo assistencial biomédico reproduzido na prática acadêmica pelos docentes; ênfase na doença; e pouca valorização da promoção da saúde.

Analisando este cenário da formação de recursos humanos e considerando a necessidade do exercício da integralidade na Graduação, com reflexos no cotidiano profissional, faz-se necessário uma profunda análise e reflexão sobre o modelo assistencial e pedagógico (ensinar) empregado pelas faculdades que oferecem o Curso de Graduação em Enfermagem.

O enfermeiro em sua Graduação deve ser contemplado com modelos que o levem a problematizar as diversas situações de saúde e doença do cotidiano de uma população, além de conduzi-lo ao exercício da Enfermagem utilizando o SUS e seus princípios.

Neste sentido, entendo que a Educação em Saúde não deve ser restrita a um limite de horas na grade curricular, caracterizando apenas uma disciplina da Graduação em Enfermagem. Ela deve ser exercida continuamente de acordo com as temáticas/assuntos, resgatada e problematizada através de práticas curriculares inovadoras.

A história registra que mundialmente o exercício da Enfermagem era praticado com base na solidariedade humana. Solidariedade esta atribuída ao gênero feminino, tendo como exemplos as mães, freiras, monjas, senhoras religiosas, escravas, entre outras. Em nosso país a profissionalização da Enfermagem nasceu da necessidade de formalizar o ensino do cuidado.

A esse respeito Moreira (2007, p. 99) diz que o período anterior a 1890, quando não havia ainda a institucionalização do ensino da enfermagem, pode ser considerado como período pré-profissional, passando a profissional a partir de 1890, com a criação oficial da primeira escola para preparar enfermeiros em nosso país.

O que motivou a profissionalização da Enfermagem, o ensino do cuidado, foi a necessidade da classe médica em ter um profissional para realizar alguns cuidados. Neste momento, o médico não dispunha de todo o tempo necessário para execução do cuidado, o número de pacientes hospitalizados aumentava significativamente com o desenvolvimento dos grandes centros, sendo assim, as primeiras escolas surgiram em ambiente hospitalar.

De acordo com Moreira (2007, p. 115) em praticamente todos os países, o modelo de ensino instituído era o modelo médico, isto é, aquele baseado em conteúdos simplificados e adaptados de cursos de medicina para os de Enfermagem.

Nesta perspectiva o curso para formação de enfermeiras era ministrado pelos próprios médicos e destinado somente às mulheres e sem regime de internato.

Atualmente, a formação dos profissionais de saúde constitui grande desafio, certamente de maior complexidade do que àqueles enfrentados anteriormente.

Para Gisi e Zainko (1998, p.105), sobre a formação do enfermeiro:

Outra reflexão que se impõe quando se repensa a formação do enfermeiro, é a que se refere à política de saúde. A constituição Federal de 1988 contempla a saúde como um processo de ser e vir a ser cidadão, pois incorpora a concepção de saúde não apenas como direito à assistência, mas como resultado das reais condições de existência.

Conforme o Parecer 314/94-Conselho Federal de Educação, no processo de formação de cada instituição de ensino, deverão ser considerados:

A compreensão conjuntural do país o contexto de saúde a estreita relação do processo de formação com o processo de trabalho em saúde, cuja prática deve responder às necessidades de saúde da população [...] (1994, p.7).

O ensino de Enfermagem deverá articular-se com a prática e com o processo de trabalho em saúde considerando o contexto político social. O futuro enfermeiro deve ser incentivado às ações: reflexão, análise e atuação, e não ser um repetidor de tarefas conforme protocolos e normativas.

Sobre a proposta de formação de uma nova enfermeira Lunardi e Borba (1998, p.178) afirmam que:

A proposta de formação de uma nova enfermeira pode exigir que a docente, como enfermeira, se disponha a imergir num processo de (dê) construir-se, também como uma enfermeira que sabe como aprender e avançar e, mais do que isto, se disponha a pensar, o que implica duvidar, questionar e criticar e aventar novas possibilidades quanto ao seu fazer.

Assim, considero que um estudo que aprofunde a discussão sobre a formação de recursos humanos na área da saúde, evidenciando a necessidade de estar em sintonia com o conceito saúde e doença de um cidadão ou comunidade, além de incentivar um trabalho contínuo de promoção da saúde, tenha relevância científica por contribuir na reflexão sobre a formulação de grades curriculares para os cursos de Graduação em Enfermagem. Assim sendo, os objetivos desta dissertação foram:

- ✓ Identificar práticas curriculares de Educação em Saúde nos planos de ensino de diferentes disciplinas no Curso de Graduação em Enfermagem;

- ✓ Identificar práticas curriculares de Educação em Saúde expressas no discurso dos docentes de diferentes disciplinas no Curso de Graduação em Enfermagem;
- ✓ Desenvolver uma síntese propositiva para a transformação das práticas curriculares para ensinar Educação em Saúde nas diferentes disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem.

Desta maneira, seguindo a linha de pensamento que considera a Educação em Saúde como parte de um todo indissociável, é que esta dissertação se desenvolveu, analisando quais as práticas curriculares utilizadas para o ensino da Educação em Saúde nas diferentes disciplinas da Graduação em Enfermagem. Estudo este, que contribuirá para reflexão dos docentes de diferentes faculdades sobre o ensinar Educação em Saúde.

O desenvolvimento da dissertação ocorreu da seguinte forma:

Capítulo 01

Neste capítulo foi abordado os **Antecedentes Históricos da Reforma Sanitária** que demonstram as diversas concepções de saúde e doença e as práticas de saúde que marcaram as diferentes épocas. Posteriormente, foi descrito o **Movimento da Reforma Sanitária**, um marco decisório e contínuo para a criação e as práticas de saúde inerentes ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**. A **Integralidade e as Ações Integradas de Saúde** foram retratadas de maneira a demonstrar a necessidade de ações conjuntas para manutenção da qualidade de vida de indivíduos e coletividade. Ao término do capítulo, a **Promoção da Saúde e Educação em Saúde** sintetizam a necessidade de um olhar diferenciado sobre o binômio saúde e doença, considerando a Educação em Saúde um instrumento transformador das práticas de saúde, e capaz de atribuir ao indivíduo poder de transformação sobre o seu estado de saúde e doença.

Capítulo 02

Neste capítulo foi resgatado as **Práticas de Saúde** utilizadas pelas várias populações que contribuíram com a História da Enfermagem até a Enfermagem Moderna representada por Florence Nightingale. O surgimento da **Enfermagem no Brasil** como profissão, a partir da necessidade de profissionais para cuidar de

pacientes hospitalizados. O retrato da formação do Enfermeiro no Brasil e o **Currículo da Graduação em Enfermagem**, suas mudanças desde 1923, pareceres, decretos e resoluções, até o momento atual retratado pelo Pró-saúde.

Capítulo 03

Descrição do desenvolvimento do **Percurso Metodológico** escolhido para ser aplicado na pesquisa.

Capítulo 04

Este capítulo representa a **Análise Documental do Projeto Político Pedagógico** e como resultado a formação de categorias para melhor compreensão. Posteriormente, a análise dos **Planos de Ensino Aprendizagem** e, conseqüentemente, as **Entrevistas com os Docentes** selecionados, emergindo categorias e subcategorias para compreensão dos resultados.

Capítulo 05

No último capítulo descrevo a **Síntese dos Resultados** com projeções, limites e reflexões, além de apresentar uma **Síntese Propositiva** para a coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e a Instituição de Ensino Superior.

CAPITULO 01

1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo tem o propósito de demonstrar a história do surgimento da educação em saúde desde a reforma sanitária até a atualidade.

Para contribuir na leitura e clareza, o capítulo está dividido da seguinte forma: Antecedentes Históricos da Reforma Sanitária, Movimento da Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde (SUS), Integralidade e as Ações Integradas de Saúde, Promoção da Saúde e Educação em Saúde.

1.1 Antecedentes Históricos da Reforma Sanitária

Desde a colonização do Brasil e o início do Império os problemas de saúde da população não tiveram relação somente com as vertentes da medicina. Neste período a medicina era praticada por alguns médicos, odontólogos e boticas que haviam concluído a sua formação na Europa. O atendimento era direcionado a elite que habitavam os grandes centros. Desta maneira, a prática médica era desconhecida dos escravos e dos menos favorecidos, os pobres. Estes contavam apenas com a solidariedade humana e com aqueles que praticavam a medicina não formal como os curandeiros (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Os pobres e escravos ao adoecerem contavam com a solidariedade humana das pessoas nobres que compunham a elite. Este lhes fornecia além de plantas para a realização de chás e emplastos, comida e em algumas situações vestimentas e um lugar onde poderiam ficar para recuperar a sua saúde. Já os donos de terras e detentores das maiores riquezas eram assistidos pelos profissionais que haviam retornado da Europa onde haviam estudado.

A ação dos poderes públicos estava restrita a licenciar a atuação profissional de médicos, odontólogos, boticas, outros agentes de cura sem formação acadêmica como parteiras, sangradores, aplicadores de ventosas e diversos tipos de curandeiros, as licenças eram emitidas com local para exercer as funções e por tempo determinado (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Os primeiros esboços da saúde pública foram criados com a chegada da corte portuguesa em 1808. Estavam organizadas em dois seguimentos: a Fisicatura-mor, cabendo fiscalizar o exercício da medicina com aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem licença. O segundo segmento era a Provedoria-mor de Saúde. Era dirigida pelo físico-mor, atuava na fiscalização dos navios para garantir a salubridade da corte impedindo a chegada de novas doenças nas cidades portuárias (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Com aumento da população brasileira e o processo de independência a saúde pública precisou se adaptar as necessidades da população que crescia considerando aos que ainda vinham de Portugal para o Brasil.

Em meados de 1828 foi extinta a Fisicatura e as atividades de saúde ficaram sob a responsabilidade das câmaras municipais já existentes em várias regiões do Brasil. A atuação era totalmente descentralizada, desta maneira cabia aos municípios agirem conforme os interesses e as necessidades locais, com predomínio das decisões pela classe nobre (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

As ações neste período estavam limitadas ao combate de doenças e a seleção de pessoas não doentes para continuarem o convívio na cidade. A vacinação ocorria em períodos de epidemia associado à escolha de escravos saudáveis para permanecer no Brasil, os leprosos e outros doentes com potencial de contaminação eram expulsos dos centros urbanos. A estes cabia vagar, mendigar e contar com a solidariedade humana.

Na expectativa de resolver os problemas de saúde agravadas no início do período republicano para RIZZOTO (1999, p.16)

[...] o governo criou o Conselho de Saúde Pública (1890); regulamentou o Laboratório de Bacteriologia (1892); criou o Instituto Sanitário Federal (1894); a Diretoria Geral de Saúde Pública (1897); o Instituto Soroterápico Municipal (1900); instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola e a notificação compulsória das doenças consideradas transmissíveis (1902) [...].

De fato, o conceito de administração pública de policia segundo os preceitos de Von Justi e sua aplicação a assuntos de saúde são apresentados em dois trabalhos um em 1755 e outro em 1756, postando século XVIII (ROSEN, 1980).

Com a Independência, surgiram as primeiras faculdades e agremiações médicas. O avanço da medicina oficial não ampliou os cuidados com a saúde da população, que permaneceu recorrendo a diversos agentes de cura, denominados

pelos médicos de charlatões. Em meados do século XIX, num contexto de crise sanitária a autonomia municipal em relação às ações de saúde começaria a diminuir. As epidemias nesta época levavam ao adoecimento e a morte de grande parte da população. Para reverter o quadro, o governo imperial empreendeu uma reforma nos serviços de saúde (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Escorel e Teixeira (2008, p. 336)

No século XVII, sob a égide do mercantilismo, os documentos oficiais dos Estados alemães utilizavam o termo “polícia” para designar vários ramos do campo da administração pública, ficando a administração da saúde com a designação de “polícia médica”. [...] com o desenvolvimento das práticas higienistas direcionadas à melhoria das condições ambientais como forma de prevenção de doenças, a polícia médica torna-se um extenso corpo de legislação que regulamentava os diversos aspectos concernentes à limpeza e aeração do ambiente urbano.

O maior objetivo estava em fiscalizar as habitações, cemitérios, portos, comercialização de alimentos, ambientes de trabalho e a higiene pessoal com isso esperavam combater um grande número de doenças.

No país, a concepção campanhista/policial prevaleceu até a segunda década do século XX com outros moldes que buscavam transformar os serviços ambulatoriais permanentes de combate a determinadas doenças. Esta reformulação das práticas foi resposta dada pelos sanitaristas brasileiros, assessorados por entidades norte-americanas como a Fundação Rockefeller (RIZZOTO, 1999).

Neste momento o olhar sobre a crise atingia um novo horizonte. As epidemias deixaram de ser o grande causador da crise adquirindo apenas *status* de doença. O que provocava a pobreza acentuada na população era a oscilação da economia cafeeira. Foi um período caracterizado pelo aumento do custo de vida população, aumento do desemprego, redução de salários e a grande parte das conquistas sociais foram perdidas (RIZZOTO, 1999).

Até a última década do Império não ocorreram grandes mudanças nos serviços de saúde, as estruturas dos serviços de saúde continuavam as mesmas, relacionando-se com a capital do Império não considerando o cenário existente no restante do país.

Com o advento da segunda revolução industrial e a ênfase na tecnologia associado à era da microbiologia era prometido à população brasileira melhores condições de saúde, principalmente pela utilização da energia elétrica, e mais

tempo, com o desenvolvimento do transporte, eram as promessas anunciadas para a época.

No ano de 1896, a saúde pública passou por uma nova reforma, com o surgimento da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGPS). Esta era responsável por responder aos problemas de saúde que escapavam à responsabilidade dos estados, estava vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. As principais atribuições eram: direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, fiscalização do exercício da medicina e farmácia, estudos sobre doenças infecciosas, organização de estatísticas demográficas-sanitárias e auxílio aos estados em momentos epidêmicos, quando solicitado pelos governos locais (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

As atividades de saúde pública nos primeiros anos de República eram direcionadas para o combate de epidemias. Aqueles que adoeciam na cidade eram enviados para o hospital de isolamento. As embarcações suspeitas deveriam aguardar em quarentena.

Conforme os autores Escorel e Teixeira (2008, p. 341)

Em 1900, para evitar que uma epidemia de peste bubônica surgida em Santos atingisse a cidade, o governo republicano criou o Instituto Soroterápico Federal – posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz -, que deveria produzir vacinas e soros contra doenças epidêmicas.

As preocupações com as epidemias estavam reduzidas por conta da supervisão autoritária, ordenadoras da vida urbana levando a um estado geral de salubridade. A fiscalização das habitações populares, do comércio de alimentos e de bebidas alcoólicas permanecia na mesma densidade. A assistência à saúde dos indivíduos era destinada a filantropia cabendo ao estado apenas medidas fiscalizadoras, pois ainda associavam doença aos episódios sanitários.

Antes da criação da DGSP e do Instituto Oswaldo Cruz, as oligarquias paulistas decidiram por em prática algumas ações para melhorar as condições de saúde do estado. O final do Império foi caracterizado por um número significativo de epidemias que acompanhavam o movimento de habitantes da província decorrente da imigração. As oligarquias cansadas das recusas do governo central nos momentos de crise sanitária constataram que não poderiam ficar a expensas da União nas questões relativas à saúde. O governo de São Paulo inicia um vasto investimento na criação de um sistema de saúde. Com a expansão socioeconômica

e a carência de serviços de saúde pública que caracterizavam o cenário ocorreu a reforma sanitária em São Paulo (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Para Merhy (2006, p. 67) São Paulo

[...] foi palco de uma fértil atuação sanitária, tanto na produção de conhecimento quanto na constituição de um setor público que tivesse a intervenção no campo das ações coletivas como uma meta estratégica. [...] entre 1890 e 1903 foram criados o Instituto Vacinogênico, o Laboratório Bacteriológico, o Serviço de Desinfecção, o Instituto Butantã e o primeiro Código Sanitário.

Após a instituição do serviço sanitário este deveria atuar em todo o estado, após um ano em acordo com a diretriz republicana, alterou o escopo de suas atribuições, cabendo ao município as atividades locais. Sob a supervisão do serviço sanitário ficavam as atividades de coordenação e fiscalização das atividades realizadas fora da capital, tendo a atuação direta nos momentos de crise epidêmica. Uma das competências era a fiscalização pelo cumprimento de normas sanitárias (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

As ações em saúde eram impulsionadas pela bacteriologia que foi a musa inspiradora dos sanitaristas até o final da década de 1910. A partir das concepções bacteriológicas e de acordo com o projeto campanhista/policial, foram criados órgãos de execução de ações da polícia sanitária, de desinfecção, engenharia sanitária e de vacinação (MERHY, 2006).

A melhoria das condições de vida da população em São Paulo nos primeiros anos de República deu-se pela ampliação dos serviços de saúde. A população crescia em ritmo intenso, São Paulo conseguiu interromper as epidemias, desta maneira diminuindo a mortalidade. Os limites da ampliação dos serviços de saúde foram caracterizados por uma prática sanitária direcionada para os centros urbanos e condicionadas as doenças que poderiam colocar em risco o modelo de economia agrário exportador (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Para Rizotto (1999, p. 17) “a compreensão, de que as doenças contagiosas e parasitárias tinham como única causa o meio físico, levava os sanitaristas a pensar que bastaria o extermínio dos focos e vetores para se ter o controle das mesmas”.

No início do século XX, o Rio de Janeiro era a maior cidade do país, considerado centro político, cultural e comercial. Sustentava o perfil de uma cidade colonial, suja, decadente e mal provida de serviços e equipamentos urbanos. As epidemias acometiam a população deixando um rastro de morte em uma frequência

quase que anual. As embarcações preferiam passar longe dos portos cariocas e desembarcar suas mercadorias e imigrantes em Buenos Aires. Em 1902, assume a presidência Rodrigues Alves que implanta um serviço de reformas urbanas e de saneamento que finalizam o ciclo de epidemias. Neste período as oligarquias cafeeiras se consolidam na direção do estado e da economia, observada com o estabelecimento da política café com leite, iniciada com o governo de Rodrigues Alves. (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Era interesse o restabelecimento da continuidade da entrada de mão de obra o acesso as mercadorias e a importação. Desta forma, os centros urbanos operavam como centros comerciais e as áreas rurais, agrícolas, eram mantenedores ofertando produtos, matérias primas e mão de obra barata.

Em seu mandato, Rodrigues Alves declarava que seu governo limitar-se-ia a duas prioridades: melhorar o porto e sanear a cidade. Iniciou um grande movimento de reforma urbana do centro da cidade associado ao programa de saneamento, que visava a eliminar rapidamente as epidemias. Para efetuar o programa de saneamento foi convidado o médico Oswaldo Cruz, que em março de 1903, assumiu o cargo de diretor da DGSP (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Para Scorel e Teixeira (2008, p. 348) Oswaldo Cruz propunha-se a acabar com os ciclos epidêmicos por meio de campanhas sanitaristas.

[...] uma forma específica de atuação em saúde pública no século XIX e muito difundida no país até os dias de hoje. [...] ações especializadas com o objetivo de controle de determinadas doenças, as campanhas sanitárias caracterizam pela autonomia frente às práticas rotineiras de saúde, por sua curta duração.

Ao término da primeira gestão de Oswaldo Cruz na saúde pública, em 1906, o Rio de Janeiro havia modificado o seu cenário, seu perfil epidemiológico havia se transformado, permaneciam as doenças que não foram alvo das campanhas sanitárias, como a tuberculose e infecções intestinais, levando a população a óbito. Em sua segunda gestão, Oswaldo Cruz propunha uma grande campanha contra a tuberculose. Naquele período existia um consenso da classe política que o governo somente assistiria os doentes, a filantropia e a caridade cabia as ações educativas e sanatórios para os doentes (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

As ações educativas daquela época se propunham a repassar alguns conhecimentos para a população sobre higiene e prevenção de algumas doenças. Tais ações não consideravam as influências do ambiente e das relações do homem

com os fatores externos ao seu corpo como, por exemplo, o acesso ao serviço de saúde.

Ao final da década de 1920 o cenário brasileiro era caracterizado por desvalorização da moeda decorrente da crise da produção de café, resultando em dívidas crescentes. Na política, o ápice da crise do arranjo oligárquico iniciado com a república do café com leite, o Brasil caminhava para urbanização, o adensamento urbano potencializava o movimento operário, que colocaram os problemas das camadas na agenda nacional. Com Getúlio Vargas á presidência, em 1930, não houve mudanças da elite cafeeira e de sua posição na liderança nacional, mas levou para o aparelho de Estado as demandas de vários outros grupos que tiveram que resolver suas pendências de forma negociada (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

O governo getulista ampliou as medidas de assistência médica surgidas na Primeira República para atender as crescentes demandas do movimento operário. A primeira atividade estatal em relação à assistência médica ocorreu em 1923 com a lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Foi através dela que algumas empresas, inicialmente as ferrovias, ofereciam aos seus funcionários assistência médica, além de aposentadoria e pensões. A assistência era financiada pelas impressas e seus empregados (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Rocha (1992, p. 21) sobre a assistência médica no Brasil discorre que com o surgimento da industrialização e a urbanização e o aumento substancial da classe operária

[...] os trabalhadores das várias categorias negavam-se a ser atendidos como indigentes e passaram a receber assistência médica por intermédio dos institutos de aposentadorias e pensões, assistência esta, porém em caráter supletivo.

O número de trabalhadores era crescente no Brasil, em 1933 o governo iniciou um movimento de transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que agregariam os trabalhadores por categorias profissionais. Também ofereciam serviços médicos, benefícios e pensões. A análise dos gastos dos institutos no primeiro governo de Getúlio evidenciava uma orientação contencionista que levou a uma diminuição de gastos por segurado. Posteriormente, foi estabelecido que as obrigações da previdência social eram restritas a aposentadoria e pensões, desta maneira a assistência médica ficaria a cargo da existência de recursos de cada instituição (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Ainda, no primeiro governo de Getúlio Vargas a pedido dos sanitaristas foi criado um ministério para área. Este ministério unia saúde e educação e foi composto pelo Departamento Nacional de Educação e pelo Departamento Nacional de Saúde, o Ministério sofreu com a instabilidade política decorrentes das disputas entre diversas forças que haviam se aliado em torno do novo regime. (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Durante a instabilidade política o país sofreu com a inércia na área da saúde pública, as campanhas sanitárias foram abandonadas.

Por meio de uma eleição indireta Getúlio Vargas foi conduzido novamente ao poder, assume o Ministério da Saúde e Educação Gustavo Capanema que propõe a retomada das campanhas sanitárias e a construção de um novo perfil para a saúde pública através de uma nova proposta de organização do ministério (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Conforme Escorel e Teixeira (2008, p. 362)

Com a reforma de 1937, o recém-criado Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social do MES passou a coordenar os departamentos estaduais de saúde. Essa centralização procurava normatizar e uniformizar as estruturas estaduais [...]. Além da centralização, a reforma procurava acabar com as atividades municipais de saúde, direcionando os serviços aos governos estaduais, agora nas mãos de interventores escolhidos pelo executivo federal.

Este caráter centralizador potencializou a criação de vários programas específicos para o combate às doenças. Os serviços que eram relacionados ao controle e combate de doenças eram compostos por equipes específicas nos estados com normas e orientações definidas e disputavam entre si os recursos financeiros. Decorrente de um acordo entre o governo brasileiro e o norte-americano, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), este serviço foi criado para atuar especificamente no combate a febre amarela e a malária na Amazônia e no Vale do Rio Doce – tais regiões eram interessantes para os Estados Unidos já que possuíam grandes quantidades de borracha e ferro (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Com o passar do tempo as atividades foram expandidas para outras regiões do país, o Sesp contava com verba vinda da cooperação americana e em suas ações conjugava a medicina preventiva e curativa. Um novo perfil de saúde pública começava a ser traçado, este se afastava dos princípios federalistas. O poder

federativo do ministério procurava centralizar a política de saúde em relação às ações estaduais (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

A primeira Conferência Nacional da Saúde foi convocada para discutir, especificamente, os temas da organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização de campanhas nacionais; determinação de medidas para o desenvolvimento de serviços básicos e de saneamento; um plano de desenvolvimento nacional de proteção a maternidade, a infância e adolescência (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

As manifestações pela redemocratização do país tiveram início em 1945, nos primeiros meses de 1946 ocorreram mais de 60 greves. A liberação política favorecia ao aumento da participação popular, em especial da classe trabalhadora urbana. Uma das reivindicações eram o aumento do salário mínimo que estava congelado desde 1943 e o cumprimento da legislação trabalhista pelas empresas. Na saúde pública, durante o governo Dutra, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançaram o ápice (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

A polêmica estava centralizada em qual seria o melhor modelo de atenção à saúde com críticas realizadas ao Sesp e ao discurso do debate médico sanitarista-parlamentar sobre a criação de um Ministério da Saúde de caráter independente, ou seja, sem vínculo com a esfera da Educação. Esse debate começou em 1946, com redemocratização do país, e só foi concluído em 1953 com a criação do Ministério da Saúde (Escorel e Teixeira, 2008).

Na esfera da Previdência Social o movimento foi oposto ao período anterior de contenção de gastos. Em 1945, os inativos e pensionistas foram então incorporados aos trabalhadores que constituíam a clientela da assistência médica previdenciária. A nova visão da previdência social é expressa com a constituição de 1946, as assistências sanitária, hospitalar e médica. Posteriormente, ocorreu um crescimento dos gastos com assistência médico-hospitalar favorecendo a modificação de alguns IAPs elevando ao máximo os gastos com assistência médico-hospitalar. Ao término de 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), unificando esse tipo de atendimento aos segurados dos diversos IAPs e CAPs (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Na saúde pública forma-se uma corrente de opinião o sanitarismo desenvolvimentista, surgiu a partir do segundo governo de Getúlio Vargas. A idéia norteadora do pensamento sanitarista desenvolvimentista era de que o nível de

saúde de uma população depende do grau de desenvolvimento econômico, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são inócuas quando não acompanham ou não integram esse processo. A Sociedade Brasileira de Higiene (SBH) reunia sanitaristas de todo país e tinha influência nas decisões de saúde no âmbito nacional e nos contextos estaduais (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em novembro de 1950 cujo centro das discussões foram as questões de higiene e de segurança no trabalho e gestantes na temática da malária. A 2ª Conferência foi semelhante a 1ª Conferência limitada aos técnicos, de cunho administrativo, promovendo a troca de informações entre governo federal e estadual. O marco mais importante do período foi a criação do Ministério da Saúde independente da área da educação (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Em 1963 já com a presidência de João Goulart o ministro Wilson Fadul solicitou ao presidente que ele convocasse a 3ª Conferência Nacional da Saúde com o objetivo de examinar a situação sanitária nacional e aprovar programas de saúde que, se ajustaria às necessidades e possibilidades do povo brasileiro. O término do governo de João Goulart foi marcado pela lei que estendia a previdência social aos trabalhadores rurais (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

O regime militar teve sua primeira fase evidenciada pelo golpe em abril de 1964, engloba os governos de marechal Castelo Branco, general Costa e Silva, da junta Militar e do general Médici. Durante a primeira década do regime autoritário, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pelo modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde, essa preponderância foi construída a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social. Como primeira medida ocorreu à unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizando as ações administrativas e financeiras uniformizando os benefícios para todos os trabalhadores brasileiros sem discriminação de composição trabalhista (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Anteriormente até meados 1964, a assistência médica previdenciária era prestada pela rede de serviços próprios dos IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. Com a criação do INPS foi priorizado a contratação de serviços de terceiros a partir da alegação de incapacidade de a rede própria de serviços fornecerem a assistência médica. O grande comprador de

serviços privados de saúde passou a ser o INPS desta maneira estimulou um padrão de organização da prática médica orientada pelo lucro (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

A saúde pública caracterizava-se por um sistema sem resolução restrita a campanhas sanitárias com centralização na prevenção de doenças com baixa eficiência, as campanhas autoritárias ainda predominavam neste cenário, sem participação popular.

A 4ª Conferência Nacional da Saúde foi realizada em 1964 perpetuando a característica técnica do encontro, os principais tópicos adotados foram: os profissionais de saúde que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidades do ministério da saúde com a formação do profissional da saúde e de nível médio e auxiliar; e responsabilidades das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. O próprio Ministério da Saúde sugeriu uma proposta mais privatizante do Sistema Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS). O plano pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para iniciativa privada transformando-os em empresas privadas. Ao Estado ficaria a responsabilidade de financiar os serviços privados, que seriam custeados em parte pelos pacientes (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

No final da década de 60, período mais repressivo do autoritarismo Brasileiro que ocorreu uma transformação na abordagem aos problemas de saúde no país constituindo-se a base e ideologia de um pensamento médico social. Foi nos departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina de todo território brasileiro que originou as bases universitárias do movimento sanitário que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde vigente (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Esta transformação nas práticas relacionadas à saúde tinha entre os seus objetivos o propósito de fazer com que os médicos adotassem ações preventivistas.

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) estimulou a construção deste novo pensamento através de ações como: divulgação e ampliação das ciências sociais na análise dos problemas de saúde e disseminação dos programas de medicina comunitária voltados para os grupos mais pobres, estes programas apresentavam baixo custo e contavam com a participação da população. O novo

enfoque sobre a doença considerava o caráter político da área da saúde e a determinação social do processo saúde-doença (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Em 1974, iniciou no Brasil a tentativa de recuperar as medições para legitimar a ditadura. A possibilidade de restaurar a democracia era chamada de nostalgia de mediações. Porém, a democracia almejada era aquela que manteria a exclusão das camadas populares e o controle contínuo dos militares. Este processo foi anunciado pelo general Geisel na primeira reunião com o seu ministério. Uma das estratégias articuladas no governo Geisel foi o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), o plano objetivava manter o ritmo de crescimento e levar o Brasil a ser uma grande potência, além de distribuir entre todas as classes a riqueza acumulada. Muitos destes objetivos foram abandonados por serem inexecutáveis, restaram aqueles que manterão um mínimo de atividade econômica produtiva (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

No setor saúde a proposta do II PND foi de priorizar as ações no campo social, em 1975 teve seu equivalente financeiro, os recursos do Ministério da Saúde aumentaram e, na área previdenciária, a unificação e centralização de recursos deram a aparência de um superávit em relação a demanda. Desta forma ocorreu a abertura de espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que absorveram intelectuais e técnicos de oposição ao governo militar (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Em junho de 1974 foi organizado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), no comando desta instituição financeiramente dominante estavam os interesses privados e a burocracia estatal que preparavam condições para uma crescente privatização dos serviços médicos que eram prestados aos previdenciários. Uma medida institucional que modernizaria a administração previdenciária foi criada e chamada de Dataprev. Imediatamente a sua criação grande parte das contas hospitalares foram recusadas deixando claro o mecanismo de fraudes utilizados até o momento. Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) com características centralizadora e excludente dos segurados (SCOREL, 2008).

Para Escorel (2008, p. 404)

Constituíram-se se três institutos (o INAMPS, para assistência médica; o INPS, para os benefícios; e o IAPAS, para o controle financeiro), duas fundações – a legislação Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor (Funabem) – uma empresa (a Dataprev) e uma autarquia – a Central de Medicamentos (Ceme).

O Ministério da Saúde limitou-se a um papel secundário decorrente a divisão de campos institucionais, proclamada no II PND pela lei que criou o CDS e posteriormente, pela própria lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que foi aprovada no Congresso Nacional em regime de urgência, sem emendas, com voto de liderança e sancionada sem vetos pelo presidente da República, o general Geisel. O Sistema foi apresentado na 5ª Conferência Nacional da Saúde, em agosto de 75, sob uma ótica sistêmica pluri-institucional, não monopolista, a lei que procurou harmonizar e conciliar diferentes interesses destinou a saúde coletiva ao Ministério da Saúde e a saúde individual ao Ministério da Previdência (ESCOREL, 2008).

O cenário brasileiro era caracterizado por conflitos externos e por conflitos internos contra os grupos conservadores e representados por órgãos como a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp) e a Secretaria Nacional de Saúde. Na busca pela sobrevivência o grupo racionalizador buscou uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário era o da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais (ESCOREL, 2008).

A 5ª e a 6ª Conferência Nacional da saúde foram realizadas no governo Geisel respectivamente em 75 e 77. Como tema central da 5ª CNS teve as discussões centralizadas no Sistema Nacional de Saúde com o objetivo central da elaboração de uma política nacional de saúde. Esta conferência legitimou dentro de uma esfera restrita a técnicos, profissionais e funcionários das instituições a dicotomia legalizada da atenção a saúde no país. As propostas apresentadas e legitimadas envolviam atenção a saúde das populações marginais, que previam a participação comunitária. A 6ª CNS realizada em 77 discutiu a situação das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde. A tentativa de regulamentar o SNS a partir de uma posição neutra pelo Ministério da

Saúde estimulou intensos conflitos com defensores do setor público (ESCOREL, 2008).

Com o desenvolvimento do país e os problemas de saúde pública mantendo-se no cenário as conferências, 5ª e 6ª respectivamente começaram a ter um novo olhar sobre a participação comunitária nas decisões de saúde. O poder de decisão e de fortalecimento das ações a partir das necessidades levantadas pela participação comunitária ainda eram fracas. Porém este era o primeiro passo para a participação comunitária com maior poder de decisões nas próximas conferências que ocorreram posteriormente.

Durante o governo Geisel ocorreu uma transformação no cenário político da saúde. Uma nova força política surgiu a partir de um novo movimento conformando-se como um ator coletivo, uma nova força política. Este fato decorreu da articulação de vários núcleos que propunham medidas transformadoras e que compartilhavam de uma visão e de uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário. O governo na tentativa de regulamentar o SNS posicionou-se de maneira neutra com o objetivo de compreender os diferentes cenários: individual, coletivo, público e privado. Esta tentativa repercutiu em grandes conflitos entre os diferentes segmentos.

Para Gerschman (1995, p. 41)

[...] o processo iniciou-se em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política o autodenominado “Movimento Sanitário”. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB) que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política própria da área da saúde.

As tentativas de reformulação do sistema de saúde através de modificação e articulação política além de inúmeros sistemas de regulação e administração da saúde no Brasil não conseguiram atender as necessidades da população na esfera da saúde. Todas as transformações, alterações históricas serviram como elementos propulsores para o Movimento da Reforma Sanitária que introduziu mudanças no setor saúde, de maneira a torná-lo democrático, acessível e equitativo.

1.2 Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

Ao término da década de 70 ocorria um movimento *sui-generis* no cenário brasileiro relacionado à sociedade civil através do nascimento de várias entidades representativas das necessidades dos seus segmentos. Os movimentos populares em saúde adquiriam mais força na luta contra a política atual e na reivindicação pela democratização.

Os movimentos populares em saúde surgiam nos bairros das periferias de favelas ou em grandes centros. Começaram a proliferar na década de 70, os moradores dos bairros se agrupavam ao redor de associações comunitárias, buscando uma reivindicação por melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, moradia, transporte entre outros. Este movimento teve a presença de médicos, profissionais e agentes de saúde que reivindicavam as responsabilidades do estado pela falta de assistência médica, postos de saúde e hospitais além da não resolução dos problemas de saúde. Ao final da década de 70 início da década de 80 o movimento médico liderou o setor, no questionamento das políticas de saúde e na elaboração da proposta de reformulação do sistema de saúde vigente que resultou na Reforma Sanitária (GERSCHMAN, 1995).

O primeiro impulso do Movimento Sanitário foi na década de 70 com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de medicina. Concomitantemente houve avanços progressivos na implementação de políticas de saúde opostas ao que foi instituído pelo regime militar. Em 1983, o Movimento Sanitário ampliou a proposta de reformulação do Sistema de Saúde, ocupando espaços nas instituições estatais de saúde, objetivando produzir mudanças na política de saúde. O crescimento da proposta e do processo de reformulação da política de saúde adquiriu maior expressão com a 8ª Conferência Nacional da Saúde no ano de 1986, na qual se definiu o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, o qual fomentou mudanças no setor saúde, possibilitando a democracia, acessibilidade, universalidade e socialmente equitativo (GERSCHMAN, 1995).

O princípio da 8ª CNS foi legalizado na constituição de 1988: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Um texto apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) continha oito conjunto de medidas para atingir o princípio da 8ª CNS: deter o empresariamento da medicina; transformar os atos médicos em atos gratuitos; unificar o sistema de saúde; o Estado teria a

administração total deste sistema; ao sistema de saúde ficaria a responsabilidade de planejar e executar a política nacional de saúde; estabelecer mecanismos eficientes para administração financeira; descentralizar o sistema; e viabilizar a participação popular em todos os níveis da política de saúde (ESCOREL, 2008).

De acordo com Gerschman (1995, p. 42)

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. A saúde neste sentido é definida como um direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado.

Desta forma os cuidados com a saúde ultrapassariam os cuidados relativos à doença e necessariamente estariam inseridos nas condições de vida que gerariam os determinantes de saúde e doença levando ao estado de adoecimento.

Uma segunda vertente do Movimento Sanitário era composta por movimentos de médicos residentes e de renovação médica e difere da vertente anterior por representar uma atuação política no mundo do trabalho. Os movimentos médicos trouxeram para o cenário do movimento sanitário as relações de trabalho e as regras existentes na sociedade brasileira durante o regime militar para controlá-las. Ao término da década de 70, existiam conflitos entre a ideologia liberal e a ideologia assalariada trabalhista, esta ideologia era composta por um número significativo de profissionais médicos que conseguiram constituir um instrumento de luta dos trabalhadores, os sindicatos (ESCOREL, 2008).

O movimento sanitário contava com uma terceira vertente constituída pela “academia” composta por docentes e pesquisadores. Nesta ocorreu à constituição do marco teórico, referencial ideológico do movimento, nesta vertente formaram-se os agentes reprodutores e os novos construtores deste marco. O papel da academia era dar o suporte teórico às propostas transformadoras. O cenário acadêmico apresentou um grande desenvolvimento entre 1975-1979. Neste período houve um aumento das instituições que incorporavam a abordagem médico-social a análise dos problemas de saúde. As pesquisas na área da saúde coletiva aumentaram na década de 70 tendo como características o caráter coletivo e interdisciplinar da produção científica (ESCOREL, 2008).

De acordo com Escorel (2008, p. 419)

[...] para o movimento sanitário, os “anos Figueiredo” iniciam com o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em novembro de 1979, que lhe conferiu visibilidade na cena política setorial. Entre a realização do simpósio e as propostas que deram origem às Ações Integradas de Saúde, em 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país e configurando sua singularidade, procurando cada vez mais detalhar seu projeto de atuação no panorama de saúde da população brasileira. Foi a época do “sonho tecnocrático” do Prevsáude-confluência de um conjunto de experiências institucionais do período anterior.

A 7ª CNS realizada em 1980 teve como tema central “extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” (ESCOREL, 2008).

O objetivo desta conferência era debater o Prevsáude, que em seu início era denominado de Pró-Saúde o foco estava centrado na articulação dos dois ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, partindo dos serviços básicos de saúde. O ideário de “Saúde para Todos no ano 2000” foi aprovado como diretriz estratégica da organização Mundial da Saúde na Conferência de Alma Ata, em 78 (ESCOREL, 2008).

O programa de Ações Integradas de Saúde que se desenvolveu no interior da Previdência Social, objetivava mudanças na relação do setor público e privado privilegiando o financiamento do setor público. Outro objetivo era alterar o modelo médico-assistencial, promovendo uma relação integrada interna ao setor público, priorizando a assistência ambulatorial, aumentando a cobertura e melhorando a qualidade dos serviços (GERSCHMAN, 1995).

Esta proposta favorecia o setor público por ser racionalizadora e de cunho democratizante ao incluir a participação popular, enfrentando resistências dos setores privatizantes e conservadores, da previdência social e do Ministério da Saúde que exigiam a sua reformulação (ESCOREL, 2008).

Para Gerschman (1995, p. 42)

[...] as Ações Integradas de Saúde (AIS) iniciada em 1982, previa de maneira incipiente a existência de instancias de participação da população na gestão dos serviços de saúde, o que constituiria também numa primeira tentativa de descentralização do Sistema de Saúde.

A crise da previdência tornou-se pública em 1981, a estrutura financeira foi se agravando, atenuando em certos momentos por ações paliativas. Com a crise o

governo federal lançou em novembro de 1981 o “pacote da previdência”, que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) (ESCOREL, 2008).

O maior objetivo do Conasp era diminuir os gastos com assistência médica. Como primeiro produto do Conasp foi organizado um pacote de parâmetros assistenciais. Entre elas o número de consultas médicas, exames, de cobertura e de concentração de serviços (ESCOREL, 2008).

Em 1984 foi adotado oficialmente as AIS como estratégia para reorganizar a política nacional de saúde. Os princípios gerais eram: maior responsabilidade do poder público; integração entre as instituições vinculadas ao setor público como eixo principal; elaboração de propostas com base no perfil epidemiológico da população; todos os serviços públicos e privados devem ser regionalizados e hierarquizados; maior valorização das atividades básicas e a segurança de se ter referência; utilização prioritária e plena da rede pública; o planejamento e administração deveriam ter seus processos descentralizados; cobertura assistencial planejada; capacitação e desenvolvimento dos recursos humanos e garantia de participação dos vários segmentos sociais (ESCOREL, 2008).

A mudança no relacionamento da previdência social com os serviços públicos de saúde além das secretarias municipais e estaduais de saúde ocorreu devido as AIS. Foi a partir das AIS que estados e prefeituras estabeleceram convênio com o INAMPS. Outro marco importante foi a inclusão das representações sociais em todas as etapas de redemocratização da saúde.

As AIS impulsionaram a entrada do movimento sanitário na direção do INAMPS. A história da política de saúde deixa de registrar o trabalho fragmentado de cada ministério e passa a registrar as articulações interinstitucionais para a unificação do sistema de saúde. A mobilização do setor saúde no Brasil alcançou notável desenvolvimento ao término de vigência do regime autoritário. O movimento sanitário participou com os demais setores na campanha “Diretas já” além de especificamente a favor de um regime democrático e mais justo (ESCOREL, 2008).

Entre 1985 a 1990 no governo de José Sarney manteve o ministério indicado por Tancredo Neves que buscava resgatar a dívida social, restaurar a ordem democrática e normalizar a economia. Nos primeiros meses foi extinto o período de censura, os partidos brasileiros e sindicatos puderam se organizar e foi criado uma

comissão para elaborar o anteprojeto da nova Constituição. Em 1985 ocorreu a nomeação de representantes do movimento sanitário para importantes cargos de direção (SCOREL, 2008).

Segundo Scorel (2008, p. 427)

[...] no Ministério da Saúde – em particular, de Sergio Arouca para a presidência da Fundação Oswaldo Cruz, e no Ministério da Previdência e Assistência Social, de Hécio Cordeiro para a presidência do INAMPS – possibilitou uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde. As AIS, estratégia marginal do governo anterior, foram ratificadas como estratégia de reorientação setorial pelos ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação, e tornaram-se a política do INAMPS.

A proposta era de unificação entre do sistema de saúde incorporando o Inamps ao Ministério da Saúde, tal proposta encontrou diversas resistências incluindo divergências entre os dois ministros do setor e repercutindo na divisão do movimento sanitário. Como solução foi anunciada a 8ª Conferência Nacional da Saúde. Ela ocorreu em 1986 que contou com representantes dos movimentos sociais e da sociedade civil, além de técnicos, governantes e profissionais da saúde. Esta conferência foi à grande matriz da Reforma Sanitária, sendo um dos seus resultados a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (SCOREL, 2008).

De acordo com Gerschman (1995, p. 43)

A partir da formação da Comissão produziu-se um deslocamento da luta que vinha ocorrendo no âmbito do social e que culminou com a proposta de amplo alcance e consenso social para o interior dos organismos estatais da saúde. A disputa pela implantação da Reforma Sanitária passou a se dar no terreno dos enfrentamentos políticos das diversas facções da tecno-burocracia do setor e a propósito da execução de avanços operacionais previstos pelo projeto [...]. As tentativas de transformação do sistema de saúde através da ocupação de espaços nestes Ministérios não conseguiram produzir avanços continuados na implantação da Reforma.

O Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) para ser implantado nos estados e municípios dependiam do grau de compromisso dos dirigentes políticos e setoriais locais com a proposta. A partir da demissão do presidente do Inamps até mesmo onde o processo começou com amplo apoio, o desenvolvimento passou a apresentar dificuldades (SCOREL, 2008).

A 8.ª Conferência Nacional de Saúde que terminou por elaborar um conceito em saúde:

Saúde, em seu sentido mais abrangente, é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

A partir da adoção do conceito ampliado de saúde formulado na 8ª CNS foi o criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema desde o seu início procura superar a fragmentação das intervenções em saúde e a centralização de ações programadas. Desta maneira propõe que o trabalho seja organizado conforme o perfil epidemiológico de uma região e a integração das medidas de promoção, prevenção e tratamento.

1.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

O cenário que acomodava os atores sociais envolvidos na criação do SUS retratava a luta constante pela criação de um sistema único que fosse acessível, integral e equitativo. Os atores dividiam preocupações e compromissos quanto aos modos de produção da saúde com aqueles que no cenário internacional lutavam pela ruptura com o modelo biomédico (CASTRO e MALO, 2006).

Para Castro e Malo (2006, p. 14)

[...] o SUS e o Movimento Internacional de Promoção da Saúde tem princípios sinérgicos, ratificando a indissociabilidade entre: políticas de saúde/políticas dos demais setores; produção de saúde/produção de sujeitos; gestão/atenção; clínica/política.

Neste sentido os autores propõem a articulação contínua entre os diversos serviços e políticas que existem no Brasil. Desta maneira seria possível promover a saúde em sua magnitude.

Para Noronha, Lima e Machado (2008, p. 435)

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde.

Na década de 90 ocorreu o início da implantação do SUS após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 que discorre sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços.

Oferecendo materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o SUS estando vinculadas ao sistema as seguintes competências:

- 1) atividades dirigidas a indivíduos ou coletividade direcionadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- 2) os serviços serão prestados em âmbito ambulatorial, hospitalar e em unidades de apoio diagnóstico e terapêutico gerenciados pelo governo (federal, estadual ou municipal) e em outros espaços especialmente o domiciliar;
- 3) será executado ações de diferentes complexidades e custos desde aplicação de vacina, consulta médica, cirurgias e transplantes;
- 4) intervenções ambientais incluindo condições sanitárias nos ambientes de moradia e trabalho, na produção circulação de bens e serviços, controle de vetores e operação de sistemas de saneamento ambiental;
- 5) as instituições públicas direcionadas para o controle de qualidade, produção, pesquisa, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

Na insuficiência de serviços a população o SUS poderá requerer os serviços prestados pela iniciativa privada. Desta maneira compreende-se que o SUS não é constituído apenas por serviços públicos e sim por uma rede de serviços privados complementares ao SUS, entre eles hospitais, unidades de apoio ao diagnóstico e terapias.

A saúde no Brasil possui a orientação de três princípios gerais: a universalização; o atendimento integral e a participação da comunidade. Assim, se apresenta como base constitutiva do sistema de saúde brasileiro a universalização, a integralidade e a equidade (CASTRO e MALO, 2006).

O SUS é composto pelo serviço público e por uma ampla rede de serviços privados, que são remunerados com recursos públicos destinados a saúde. O financiamento desses serviços é proveniente das receitas arrecadadas pelo Estado

que permite que os serviços sejam oferecidos de forma gratuita (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

De acordo com Noronha, Lima e Machado (2008, p. 439)

Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde são:

- 1) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência.
- 2) Igualdade na assistência á saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- 3) Integralidade da assistência.
- 4) Participação da comunidade.
- 5) Descentralização política-administrativa.

A universalidade é compreendida como o direito que todas as pessoas têm de obter as ações e os serviços de que precisam independente de custo, e complexidade. O SUS deve atender a todos, sem distinções de acordo com as necessidades individuais. O princípio da igualdade afirma que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, quer dizer que o acesso de somente alguns grupos é negado. A Integralidade na assistência é compreendida como a articulação entre as ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças que sejam vinculadas aos serviços ambulatoriais ou hospitalares direcionadas para o diagnóstico, tratamento e a reabilitação. A saúde deve ser tratada como um todo. A gestão do SUS deve ser organizada de maneira a permitir a execução e cumprimento dos princípios norteadores. A participação da comunidade implica na garantia que a comunidade participará através de seus representantes das decisões entre elas formulações de diretrizes e prioridades nas políticas de saúde. A descentralização traduz direcionamento das responsabilidades para os governos estaduais e municipais além de maior autonomia para decidir e implantar ações de saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

Ao SUS cabe uma tarefa complexa que vai além de reorganizar o sistema de saúde, mas também atuar para produzir políticas econômicas e sociais justas. Ainda reorganizar as práticas e serviços de saúde que se traduzem como estratégias para reorientação do sistema.

Para Castro e Malo (2006, p. 22)

A tarefa imputada ao SUS se traduz na exigência – como expressão da materialidade da política – da combinação de uma nova eticidade, sobretudo baseada na defesa radical do direito à saúde e à oferta de ações integrais; e de uma nova racionalidade – sistêmica – capaz de emprestar senso de ordenamento tendo em vista a otimização de recursos.

No Brasil, especificamente na 8ª CNS foi promovido pelo movimento sanitário um debate na sistematização das bases conceituais da Reforma Sanitária e no esforço pela implantação de um sistema unificado e descentralizado mediante a organização de distritos sanitários. O princípio da integralidade foi inserido posteriormente na Constituição, na lei Orgânica da Saúde e nas normas operacionais do SUS (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

A concepção de distrito sanitário enfatizava o princípio da integralidade da atenção. Desta forma na década de 80, a expressão modelos assistenciais designavam a forma de organização dos serviços de saúde. O distrito sanitário se propunha a solucionar problemas de saúde através de ações integrais (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

O que ocorria no Brasil era a discussão sobre o processo de trabalho em saúde, digo os meios de trabalho, tecnologias, materiais e mão de obra. Com a criação do SUS surge no país uma nova proposta de trabalho, o modelo integrado que resultaria em propostas de mudanças organizacionais e uma nova compreensão da concepção do processo saúde-doença e um novo molde do vínculo entre serviços e usuários. Desta forma saúde é concebida como qualidade de vida.

1.4 Integralidade e as Ações Integrais de Saúde

A integralidade pressupõe a articulação entre ações e intervenções. A partir dos conhecimentos e práticas da área da saúde é possível aproximar-se da ação integral para se intervir com efetividade sobre uma situação de saúde.

Para Castro e Malo (2006, p. 35)

A constituição Federal de 1988 tomou a integralidade como uma das diretrizes do SUS. Essa definição passou a exigir, entre outros, a organização de serviços e práticas de modo que articulasse as ações preventivo-promocionais com as de cura-reabilitação, cuja integração nos distintos estágios do cuidado favorecesse a produção de saúde. A integralidade, nessa medida, pressupõe a equanimização entre curar e prevenir, superando-se entendimento que dispõem estes campos como opostos, compreendendo-os em sua complementaridade e intercâmbio na produção de saúde

A integralidade abrange quatro perspectivas: 1) como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; 2) como forma de atuação profissional nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) garantia de

continuidade na atenção nos diferentes níveis de complexidade e 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas que interferem sobre as condições de vida (GIOVANELLA et al, 2002).

Desta forma a organização dos serviços nesta perspectiva priorizaria ações de promoção e prevenção articuladas com cura e recuperação, garantia de atenção nos três níveis de complexidade além da abordagem integral do indivíduo.

No Brasil a concepção da integração das ações preventivas e curativas e de sua organização em redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, foi utilizada e difundida na década de 60 e 70 e passou a inspirar políticas mais amplas como o Projeto Montes Carlos, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste, o Programa nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

O princípio de integralidade se torna mais explícito na década de 80 com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Naquele cenário ocorria a crítica aos programas especiais ou verticais de um lado, e a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) de outro, desta maneira trouxeram para o debate no país a aplicação dos modelos assistenciais com vistas à integralidade da atenção (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

A rede básica não deve exercer somente o papel de porta de entrada de um sistema de saúde, mas ser o espaço onde é exercido a integralidade das ações individuais e coletivas e também o contato entre as ações de saúde e ações sociais que potencializam e determinam a qualidade de vida.

Em meio a crise financeira surge uma tentativa de reforma na Previdência, remodelação do modelo de financiamento. Deste modo é eliminado o modelo de financiamento hospitalar – Guia de Internação Hospitalar (GIH) para o modelo Autorização de Internação Hospitalar (AIH), esta obtinha um caráter de financiamento global por grupos de atendimentos. Neste cenário cria-se a auditorias com o intuito de fiscalizar as contas públicas. Com a execução das ações integradas de saúde a previdência transferia dinheiro aos estados para que aplicassem em ações e transferissem a municípios que comprometer-se-iam com as AIS (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

O projeto da reforma sanitária é consolidado na 8ª CNS, as AIS contribuirão introduzindo a participação da comunidade na saúde. É através da participação

popular, convivendo com a dinâmica do processo de adoecimento e de cura e interagindo com os movimentos sociais que reorientamos as práticas em saúde buscando atingir a integralidade.

A prática da integralidade requer a articulação e comunicação com os diversos setores e atores deste cenário, este movimento representa o ponto de contato entre a promoção da saúde e o SUS. Torna-se uma construção contínua de agregação de saberes, práticas e tecnologias da promoção da saúde e dos serviços essenciais (CASTRO e MALO, 2006).

De acordo com Castro e Malo (2006, p. 37)

A produção das práticas de saúde mais integrais dependeria de certo conjunto de operações em vários planos, entre os quais: plano da política: disputa por hegemonia cultural na sociedade por certa concepção de processo saúde-doença-atenção. Plano institucional: construção de condições concretas para o desenvolvimento de um sistema de saúde capaz de acolher as necessidades de saúde das populações e de intervir sobre os seus fatores determinantes; plano da clínica: ampliação das estratégias do cuidado a partir do entendimento que o sujeito e o adoecimento se produzem no entrecruzamento dos planos biológicos, social e subjetivo; plano da gestão: democratização das instituições de saúde com a instauração de processos de redistribuição das cotas de poder entre trabalhadores, usuários e gestores.

Através da adoção e execução de tais planos haveria a possibilidade a construção de novos processos sociopolíticos atendendo as necessidades individuais e coletivas sem a geração de sofrimento impedindo a proliferação de práticas centralizadoras de caráter biomédico e mecanicista.

1.5 Promoção da Saúde

Os modelos de atenção a saúde no Brasil evoluíram conforme os cenários, forças políticas, sociais e culturais. O modelo de atenção a saúde não traduz necessariamente algo exemplar e único. O termo modelo é compreendido como representação da realidade de saúde e procura evidenciar as orientações das ações de saúde combinando tecnologia e produção do trabalho em cenários concretos.

Desde o início dos tempos a humanidade sempre buscou explicações para o adoecimento. Explicações como: forças sobrenaturais, ambientes sujos, possessões demoníacas entre outras foram utilizadas para justificar o adoecimento. Com a evolução do homem, da ciência e da tecnologia foi possível ultrapassar os conceitos

mais primários. Desde que superado a idéia de que cada doença teria uma causa, o modelo agente-hospedeiro- ambiente embasou muitas ações de saúde, reforçando a concepção de multicausalidade (CARVALHO e BUSS, 2008).

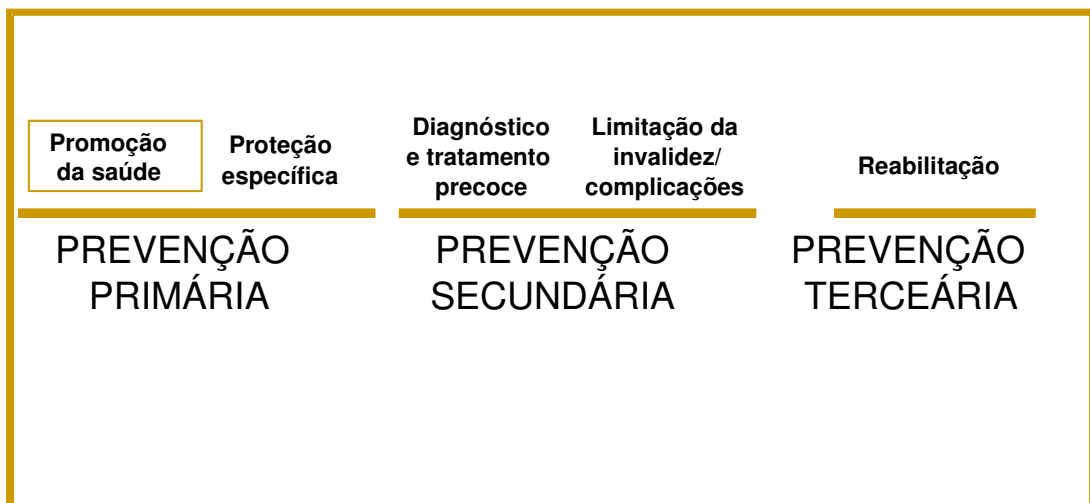
A concepção de multicausalidade transfere aos diversos determinantes externos e internos a causalidade das doenças.

A medicina preventiva influenciou o modelo da história natural das doenças estabelecendo três níveis de prevenção com medidas fragmentadas aplicadas em diferentes estágios do processo saúde e doença.

Segundo Buss (2003, p.17)

Leavell & Clark (1965) utilizam o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo natural da doença, que comportaria três “níveis de prevenção”. Dentro desses três níveis de prevenção, existiriam pelo menos cinco componentes distintos, nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural.

Quadro 1 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.



Fonte: Leavell & Clark (1965) apud Buss (2003)

A prevenção primária deveria ser desenvolvida no período de pré-patogênese, neste período poderia ocorrer à possibilidade de um desequilíbrio entre o agente, hospedeiro e o ambiente. As medidas estariam destinadas a desenvolver uma saúde geral pela proteção específica contra os agentes do meio ambiente. Nesta etapa caberiam medidas de promoção da saúde e de proteção específica desta maneira nomeada de prevenção primária. As medidas servem para aumentar

a saúde e o bem estar geral os elementos utilizados para o alcance dos objetivos seriam a educação e a motivação sanitária (BUSS, 2003).

A promoção da saúde estava associada exclusivamente a medidas preventivas sobre o ambiente e estilos de vida. A educação em saúde proveniente da prevenção primária ainda ocorria sob a concepção da educação sanitária, ou seja, o grande objetivo eram as práticas autoritárias, preventivistas onde o estado ordena e a população executa impulsionada ainda pelo descobrimento da bacteriologia.

Já o período patogênico é composto por ações de diagnóstico e tratamento precoce além da limitação da invalidez, correspondendo à prevenção secundária ou segunda fase da prevenção. No mesmo período seria possível atingir as ações de prevenção terciária através da reabilitação correspondendo a terceira fase de prevenção. Neste modelo a epidemiologia e a clínica representariam as disciplinas básicas para intervenção na história natural das doenças. Verificou-se que os conceitos de Leavell e Clark é inapropriados para o caso de doenças não-transmissíveis (CARVALHO e BUSS, 2008).

O movimento da medicina comunitária buscava praticar a filosofia da medicina preventiva, adicionando outras idéias como integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização além da integração das ações e dos serviços considerando uma hierarquia de níveis do sistema de serviços de saúde visando ao cuidado progressivo ao paciente. O modelo de regionalização e hierarquização de serviços de saúde relacionava-se ao modelo piramidal com níveis de atenção primária, secundária e terciária dispendo de diferentes tecnologias (PAIM, 2008).

Para PAIM (2008, p. 550)

A crítica que se realizou contra a concentração de recursos nos níveis secundário e terciário, sobretudo na assistência hospitalar (a quem os custos crescentes do setor saúde foram atribuídos), levou a se rotular de modelo hospitalocêntrico esta combinação de tecnologias centradas no hospital.

Na década de 70, outro modelo outro modelo concebido ficou conhecido como campo da saúde, o qual reorientava a reformulação de políticas de saúde no Canadá, considerando quatro pólos: ambiente, biologia humana, estilo de vida e sistema de organização dos serviços (PAIM, 2008).

Em 1974 o ministro canadense Lalonde incentivou o moderno movimento de promoção da saúde com a divulgação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*” conhecido como *Informe Lalonde*. A elaboração deste documento foi impulsionada pelos custos crescentes da assistência médica além de apoiar os questionamentos sobre ações exclusivamente médicas para as doenças (BUSS, 2003).

Os custos na área da saúde eram crescentes e a assistência estava direcionada para o atendimento hospitalar. Diante de tal cenário enfatizava-se que o perfil epidemiológico poderia ser explicado pelos determinantes ambientais e pelo estilo de vida do que propriamente pelas intervenções do sistema de saúde (PAIM, 2008).

Nesta perspectiva o documento Lalonde conclui que (LALONDE, 1996 apud BUSS, 2003, p. 23)

Até agora, quase todos os esforços da sociedade evidenciados para a melhoria da saúde e a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentram-se na organização da assistência médica. No entanto, quando se identificam as principais causas de morbimortalidade no Canadá, chega-se a conclusão que sua origem está nos outros três componentes do conceito, ou seja, a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

O componente biologia humana representava todas as manifestações do organismo como proveniente da constituição orgânica do indivíduo. O componente ambiente corresponde aos fatores externos ao corpo onde o indivíduo teria pouco controle. O componente estilo de vida o indivíduo teria um certo grau de controle e representaria as suas escolhas em relação à sua saúde.

Desta maneira o Informe Lalonde elaborou cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: Promoção da Saúde, Regulação, Eficiência da Assistência Médica, Pesquisa e Fixação de Objetivos. As estratégias adotadas para a Promoção da Saúde estavam relacionadas exclusivamente a fatores específicos do estilo de vida: dieta, tabaco, álcool, drogas e a conduta sexual propondo maior autonomia e conscientização sobre os estilos de vida aos indivíduos e comunidade (BUSS, 2003).

Estas estratégias valorizam as escolhas individuais, fortalecendo a responsabilidade e a culpabilização individual, desta maneira os determinantes sociais, políticos e econômicos das ações de promoção da saúde estão isentas de responsabilidade, o fato de o indivíduo adoecer é somente sua culpa.

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, resultando na Declaração de Alma-Ata e posteriormente o movimento da atenção primária à saúde, enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo. A combinação tecnológica conhecida como modelo de atenção primária era antagônica ao modelo hospitalocêntrico, alimentando propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização do sistema de serviços (PAIM, 2008).

A promoção da saúde, consolidada nas AIS vem sendo construída ao longo dos anos, sendo um norteador da saúde pública a partir de 1970. A difusão do movimento da promoção da saúde vem se desenvolvendo a partir de propostas oriundas do movimento da Reforma Sanitária, neste sentido o processo de construção do SUS, pontuado em distintas conjunturas, que se configuraram nos últimos anos, pela formulação de políticas (CASTRO e MALO, 2006).

Para Castro e Malo (2006, p.42)

No pós-guerra, com o surgimento da Medicina Preventiva, a noção de promoção da saúde foi incorporada ao modelo da História Natural das Doenças, sendo entendida como um conjunto de atividades desenvolvidas no “nível de prevenção primária” (Leavell & Clark, 1987). Já nos anos 1970, com o Relatório Lalonde o significado atribuído a essa noção passou a enfatizar as mudanças propostas nas ações sobre os estilos de vidas dos diversos grupos populacionais, em virtude dos riscos a que se expõem em função das escolhas comportamentais.

Pessoas interessadas na promoção da saúde de trinta e oito países reuniram-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que teve como principal produto a Carta de Otawa, desde então tornou-se um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo (BUSS, 2003).

A Carta de Otawa define promoção da saúde como

[...] ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado completo de bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global (BRASIL, MS 1986, p. 11-2)

Este conceito posteriormente foi inutilizado pela impossibilidade de alcançar-se saúde em sua totalidade. Desta maneira a Carta de Ottawa estima cinco eixos de ação para promoção da saúde.

De acordo com BUSS (2003, p.19) a Carta de Ottawa

[...] estabelece que as condições e os recursos fundamentais para saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré requisitos básicos. A Carta de Ottawa preconiza cinco campos de ação para a promoção da saúde:

- 1) estabelecimento e implementação de políticas públicas saudáveis direcionadas para a justiça social e a equidade em saúde.
- 2) criação de ambientes favoráveis à saúde direcionadas para a preservação do ambiente e dos recursos naturais.
- 3) reforço da ação comunitária, garantindo a participação popular nas decisões de saúde, acesso contínuo as informações objetivando a manutenção da qualidade de vida individual e coletiva.
- 4) desenvolvimento de habilidades pessoais através da educação em saúde e do compartilhar conhecimentos e estimulando a coletividade a adquirir mais autonomia sobre a sua saúde.
- 5) reorientação do sistema de saúde da direção da promoção da saúde com uma visão abrangente e intersetorial além da mudança na formação dos profissionais da área da saúde (BRASIL, 2002).

Entre os campos de ação preconizados pela Carta de Ottawa o acesso contínuo as informações aproxima o indivíduo e coletividade do dinamismo do processo saúde e doença. A oportunidade de compartilhar saberes e habilidades condizentes com as práticas de saúde aproxima os indivíduos do exercício da autonomia, contribuindo positivamente para melhores condições de vidas e possibilitando a modificação dos determinantes de saúde e doença.

A Carta de Ottawa desde a sua divulgação tem sido um marco de referência da promoção a saúde em todo o mundo como reconheceram as conferências seguintes: Adelaide (1988), Sundsval (1991), Santa Fé de Bogotá (1992), Porto of Spain (1993), Canadá (1996), Jakarta (1997), Conferência da Rede de Megapaíses (1998) e a do México (2000) (BUSS, 2003).

No Brasil o início da prática da Promoção da Saúde coincide com a reformulação do sistema de saúde, onde o maior desafio estava na reconstrução das práticas e estratégias de intervenção em saúde, tais práticas eram inadequadas face ao conceito de saúde ampliado, consolidado na base jurídica do SUS. A crítica ocorria ao *status quo* do campo sanitário, ainda atuando com base na antiga promoção da saúde, apresentando-se como estratégia de transformação de serviços, práticas e saberes (PASCHE e HENNINGTON, 2006).

A Promoção da Saúde aplicada por Leavell e Clark (1965) esta contemplada dentro da prevenção primária caracterizada por ações de proteção específicas e de promoção da saúde, conduzidas para inibir o aparecimento das doenças. Nesta ocorre a predominância da educação sanitária, do modelo biomédico, da unicausalidade para a explicação do adoecimento e da bacteriologia. As ações educativas que são provenientes do estado de doença, de medidas de higiene e asseio pessoal para evitar doenças, adquire o significado de “adestramento”. Neste caso se o indivíduo adoecer é sua culpa, os serviços e as esferas municipal, estadual e nacional não teriam responsabilidades por seu estado de doença.

A nova Promoção da Saúde deve ocorrer paralelamente ao conceito ampliado de saúde. Nesta são considerados além dos estilos de vida para o adoecimento, a multicausalidade, a determinação social, como explicação para as doenças. As ações educativas ocorrem em momentos formais e informais, considera-se o conhecimento da vivência dos indivíduos e comunidade e suas possibilidades e estratégias próprias para criar autonomia e direcionar o seu estado de saúde, adquirindo o significado de libertação. A responsabilidade pelo adoecimento individual e coletivo também atinge as práticas em saúde, o processo de trabalho e as esferas regulamentadoras. Este novo conceito propõe ações intersetoriais e de intervenção sobre os determinantes de saúde, extrapolando os limites da assistência médico-curativa.

Diante do exposto considero de grande relevância o aprofundamento sobre a **Educação em Saúde** dentro da nova perspectiva de **Promoção da Saúde** como instrumento transformador da realidade e capaz de incentivar o desenvolvimento de autonomia nos indivíduos e coletividade a partir de suas experiências de vida. Para a modificação das práticas no processo de trabalho existe a real necessidade de um “novo olhar” sobre a educação em saúde concebida na graduação em enfermagem.

1.6 Educação em Saúde

O Brasil Influenciado pelas práticas de saúde européias dos séculos XVIII e XIX, onde havia a necessidade de compreender a influência das condições de vida sobre a saúde das pessoas e posteriormente enumerar medidas de intervenção sobre elas, a educação em saúde tem sua origem em práticas normalizadoras. Estas práticas racionais e laica perante a doença contraporam-se a concepção mística-religiosa (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

A economia agroexportadora predominava no país a necessidade de controle das pessoas que chegavam e partiam era intensa, com isso a polícia sanitária adotou medidas de controle das enfermidades, utilizando a vacinação compulsória, vigilância sobre as moradias dos pobres, da normatização arquitetônica do espaço urbano e dos portos. A partir de 1920 com a aprovação de um novo regulamento sanitário o movimento higienista amplia seu espaço interferindo na educação sanitária da população (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Desta forma a doença ocorreria por “ignorância” do indivíduo e coletividade referentes às normas de higiene, a mudança de atitude seria significativa de saúde.

A doutrina higienista em uma perspectiva hierárquica, autoritária de base fascista, o indivíduo deveria se adequar as prescrições da educação em saúde por meio do eugenismo. A vontade pessoal era desconsiderada, os indivíduos deveriam se adequar as normas para manter a ordem social e moral e adotar hábitos de vida puritanos. A base fascista da doutrina era camuflada pelo discurso científico concomitantemente aos interesses da ditadura Vargas. Essa tendência de educação em saúde sofre as influências até a década de 40 (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

A educação em saúde desde os anos 20 moldava-se por influência da experiência americana. A unidade sanitária assumia o papel de replicador das medidas preventivas para se conservar a saúde. O pós-guerra favorece o ressurgimento dos movimentos sociais no campo e em regiões de industrialização. A exportação agrícola é intensificada, os E.U.A adquire maior interesse pela exportação da borracha e de minérios, em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) a partir da educação sanitária controlariam as endemias da região. Em 1960, a medicina comunitária visava a participação da comunidade para resolução de seus problemas com autonomia (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Para Smeke e Oliveira (2001, p.122)

Nesses momentos de embate entre vertentes nos campos da saúde e da educação em saúde, a visão de sujeito social é menos determinada pelas circunstâncias: ainda não prevalece o questionamento radical do direito de ter saúde, mas se começa a relacioná-la com as condições de vida e com participação nos encaminhamentos dos problemas, considerando, entretanto, que a própria educação poderia resolvê-los.

O sujeito era subalterno a ciência, à tecnologia e conseqüentemente ao consumo. Essa tendência obedecia à modernização conservadora que induzia as práticas de saúde aprofundadas na mercantilização dos processos saúde-doença com expansão dos serviços médicos privados e espaços institucionais limitados para educação em saúde. O período foi enfatizado por características de educação em saúde como controle do sujeito é despossuído de terra, de valores tradicionais e de bens, mas valorizado na ótica do consumo (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Essa situação fomentou as condições para a ampliação do conceito sobre o processo saúde-doença e do remodelamento da educação em saúde. A partir de década de 70 a crise do regime militar impõe mudanças no modelo econômico, político e social. A população vai se organizando em movimentos por melhores condições de vida, pela posse de terra entre outros (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Os espaços destinados para educação em saúde associavam a fé (religiosidade) aos problemas de saúde em primeiro momento da mulher, habitação, transporte e educação. A essas propostas articula-se o movimento freiriano de educação de adultos para tratar o problema de vida das pessoas articulando um novo horizonte de conhecimentos. A inserção da religiosidade aos problemas de saúde é fortalecida pela luta por melhores condições de vida. Nos espaços universitários, ganham importância às práticas educativas e de pesquisa com o olhar crítico, participativo e politizador. Os profissionais da área da saúde organizam-se em um movimento social direcionado para reorientação das diretrizes de atenção à saúde buscando a revisão de suas próprias práticas. As práticas educativas buscavam uma flexibilização e uma ampliação opondo-se as práticas restritivas de higienistas (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

O momento é caracterizado por:

Questionamentos a cerca dos efeitos das práticas pedagógicas persuasivas, de transmissão de conhecimento com uma relação autoritária entre educando e educador;

Reconhecimento do poder domesticador de ações educativas com base no saber biomédico e unicausal do processo saúde-doença a evidencia fica mais clara pela incapacidade dessas práticas darem conta da complexidade dos novos problemas de saúde;

Questionamentos sobre o desenvolvimento socioeconômico onde as conquistas científicas tornam ainda mais complexas os desafios no campo da educação em saúde;

Reconhecimento das práticas educativas dos profissionais de saúde e sua articulação com as necessidades da população na formulação das políticas sociais, rompendo com o distanciamento da educação em saúde dos movimentos sociais organizados (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

A modificação do olhar sobre a educação em saúde é resultante da maior participação popular e política que ocorria após o regime militar. A necessidade que os profissionais de saúde tinham em reformular suas práticas condicionadas ao processo saúde-doença em consonância aos movimentos populares que reivindicavam maior qualidade de vida constituíram o movimento sanitário. Neste período surge a preocupação com a autonomia do sujeito responsável por transformações sociopolíticas de acordo com os seus interesses. As práticas de educação popular e de pesquisa participante de Freire e de Brandão passam a ser obrigatórias desta forma o movimento sanitário conquista a inscrição do “direito à saúde” reformulando o SUS, que tem no controle social uma das suas principais diretrizes (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

O ser humano sempre procurou manter a sua saúde e da sociedade através de práticas que evoluíram e modificaram-se ao longo dos tempos. Reportando-se a educação em saúde historicamente partimos de um cenário autoritário, sem participação do indivíduo, impositiva, com medidas preventivistas compreendendo o indivíduo como um agente depositário sem conhecimentos e experiência de vida. Esta educação contribuiu para um cenário de valorização do conhecimento científico, emprego da tecnologia e a necessidade maior de consumo direcionando a sociedade para a medicalização. Este foi um cenário prevalente por muitos anos e nos dias atuais ainda é exercido em algumas práticas de saúde por profissionais e indivíduos.

Em situação oposta temos a coletividade lutando por melhores condições de vida, nesta conjuntura maior entende-se também, transporte, moradia, acesso aos

serviços de saúde entre outros. É neste cenário que a educação em saúde adquire a perspectiva de transformadora e de incentivadora da criação de autonomia pelo indivíduo. Neste contexto a relação do individual com a articulação social, política e econômica poderá ser resultante de maior qualidade de vida. É nesta esfera que ocorre a educação em saúde participativa, emancipatória, com aprimoramento constante das práticas de saúde, com abertura de espaços dialógicos e principalmente que conta com experiência de vida individual e coletiva.

Desde a Carta de Ottawa existe um movimento contínuo para a concretude de suas estratégias entre elas a educação em saúde.

Para Pedrosa (2006, p.79)

A educação em saúde tem sido apontada como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo, construtivistas e transversais a vários campos de atuação, que são desenvolvidas com gestores, movimentos sociais, grupos populacionais e específicos e a população em geral, na maioria das vezes com o objetivo de sensibilizá-los para a aderência a projetos que contemplam as estratégias propostas.

Nesta descrição de Pedrosa podemos identificar dois cenários distintos para educação em saúde. O primeiro está associado aos espaços da comunidade, as associações e representações populacionais. O segundo na vertente governamental em programas verticais e de caráter ainda sanitário.

A educação popular em saúde concebida nos espaços da comunidade é reconhecida como um instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas, na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados (VASCONCELOS, 2001).

Segundo Vasconcelos (2001, p. 14)

A participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em Saúde.

Este momento de ruptura com as práticas normatizadoras concede a oportunidade para profissionais do setor da saúde reavaliar as suas práticas permitindo maior abertura para participação e manifestação das necessidades da coletividade.

A educação em saúde para promoção da saúde agrega “velhos e novos” princípios como orientadores de suas ações. “Velhos” é o que já está presente no

saber/fazer das práticas da saúde pública, onde é enfatizado o ambiente, os hábitos, as crenças, as atitudes, e as práticas que objetivam o comportamento saudável. Os “novos” princípios são aqueles que consideram as intervenções sociais como elemento desencadeador da ação participativa de cada ator representante de diferentes cenários, neste a educação em saúde traduz em práticas que objetivam a introjeção da vontade de mudar, de fazer algo, oferecendo novos sentidos para as experiências vividas (PEDROSA, 2006).

A ação educativa é a ação esperada de cada cidadão que convive em sociedade de cunho democrático onde o mesmo adquire consciência de seu papel de sujeito social. Neste cenário ocorre de forma nítida a relação comunicação, educação e promoção da saúde. No contexto brasileiro esta relação é problemática considerando que a comunicação ocorre entre desiguais, na maioria as palavras e frases não adquirem sentido quando são lidas ou ouvidas tornando-se ruído para a maioria da população (PEDROSA, 2006).

A comunicação como expressão da educação em saúde exige o trabalho de produção das informações capazes de gerar elementos para que a comunicação e a adesão a promoção da saúde se concretizem. A educação em saúde envolve todos os profissionais, nessas condições a ação educativa é exercida no nível das organizações governamentais e não governamentais envolvidas na construção e implantação da política de saúde. Já a atuação no nível da base, as práticas em saúde se fazem presentes na construção da vontade coletiva, da incitação à participação (PEDROSA, 2006).

Para Da Ros (2000, p.133)

A educação sanitária tem, portanto as seguintes características: higiene (ou cuidados) individual para evitar doenças – que são responsabilidade dos indivíduos (ou seus pais que lhe garantem educação)-; estes cuidados embora sejam pensados de várias maneiras, por exemplo, saneamento do meio ambiente, combate a fatores de risco, existência de habilitação arejada, etc., características da multicausalidade, são defendidas para evitar a entrada do agente causal- portanto as concepções claramente biologicista. [...] o educador é conhecedor da “verdade científica” e que deve inculcar tal conhecimento da população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos.

Observa-se que a educação em saúde possui um delineamento diferenciado em relação à educação sanitária, a relação sujeito e objeto, a participação contínua dos atores sociais, a construção de conhecimentos e a transformações de

habilidades, o respeito as diversas formas de cultura e informações contextualizadas resultando na transformação das relações sociais (DA ROS, 2000).

A educação em saúde como instrumento da promoção da saúde é um dos mais importantes meios de ligação entre as expectativas da coletividade por uma melhor qualidade de vida, mas também as expectativas dos gestores em oferecer programas de saúde mais eficientes.

CAPITULO 02

2 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS PRÁTICAS CURRICULARES

Este capítulo tem o propósito de retratar a história da enfermagem e a sua relação com a formação do enfermeiro.

Para contribuir na leitura e clareza, o capítulo esta dividido da seguinte forma: Práticas de Saúde, A Enfermagem no Brasil e O Currículo da Graduação em Enfermagem.

2.1 Práticas de Saúde

As práticas de saúde são tão antigas quanto à humanidade, são inerentes a sua própria sobrevivência. Elas se desenvolveram e foram influenciadas por diferentes dogmas e doutrinas das diversas correntes religiosas.

As primeiras práticas de saúde foram às práticas de saúde instintivas, a proteção materna instintiva é, a primeira manifestação do homem no cuidado ao seu semelhante. Mesmo em uma época onde os grupos nômades primitivos vagavam em busca de alimentos e as crianças eram sacrificadas por atrapalharem a caminhada do grupo, algumas foram salvas devido aos cuidados de suas mães. As primeiras práticas garantiam ao homem a sua sobrevivência e a sua origem associado ao trabalho feminino (GEOVANINI et al, 2002).

Os cuidados nascem a partir do surgimento da vida este se torna necessário para que a vida possa permanecer. Desta maneira, os cuidados não pertencem ao um ofício, nem a uma profissão. Ele é inerente a qualquer pessoa que ajuda seu semelhante a garantir o que lhe é necessário para continuar a viver (COLLIÈRE, 1999).

As práticas de saúde mágico-sacerdotais eram desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos, o sacerdote exercia papel mediador entre o homem e os deuses. A cura era a articulação entre a doença e a natureza, o sacerdote era o interprete dos deuses e aliado da natureza contra a doença. Quando o doente se recuperava era atribuído o milagre, caso viesse a falecer era considerado indigno de viver (GEOVANINI et al, 2002).

A prática de saúde no alvorecer da ciência caracteriza a evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência. A prática de saúde, antes mística e sacerdotal passa a ser um produto baseado essencialmente na experiência, no conhecimento e efeito para as doenças. Esta prática volta-se para o homem e suas relações com a natureza. A medicina grega considera este período como hipocrático, evidenciando Hipócrates que propôs uma nova concepção de saúde. Hipócrates dissociou a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, utilizando o método indutivo, da inspeção e da observação. Nesta época não há caracterização da prática de enfermagem. O cuidado aos doentes era praticado pelos sacerdotes, feiticeiros e por mulheres dotadas de aptidão e que possuíam conhecimento sobre ervas e preparo de remédios (GEOVANINI et al, 2002).

Para Oguisso (2007, p. 9) Hipócrates é tido como pai da medicina pelo fato de tê-la separado da religião, da magia e da filosofia e, assim, dado início à medicina científica.

As práticas de saúde monástico-medievais foram caracterizadas pela influência dos fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e a sua relação com o cristianismo. A necessidade de auxílio frente às grandes epidemias, terremotos e inundações e de redenção aos sofrimentos, associada à sensibilidade mística do povo, encontra expressão na religião cristã que começa a progredir. Os primeiros hospitais são construídos destinados aos monges, é somente mais tarde começa a assistir pobres e enfermos. A partir do aparecimento das ordens religiosas e da motivação cristã que movia mulheres para a caridade, proteção e assistência aos enfermos a Enfermagem começa a aparecer como uma prática leiga desagregada do conhecimento científico (GEOVANINI et al, 2002).

De acordo com Geovanini et al (2002, p. 15)

A moral e a conduta eram mantidas sob regras rígidas nos grupos de jovens que se submetiam aos treinamentos de Enfermagem nos conventos. O ensino era essencialmente prático não sistematizado, sendo desenvolvido em orfanatos, residências e hospitais. A esse tipo de vida, acorreram principalmente as mulheres virgens e viúvas e, como fundadoras de monastérios femininos, as damas de grande influência na sociedade, vindas do poder e da nobreza.

A enfermagem foi praticada desta maneira por muitos séculos, as atividades eram centradas no fazer manual, predominavam as ações de saúde caseiras e

populares com forte conotação mística. Este período que deixou uma série de valores que, com o tempo, foram aos poucos aceitos pela sociedade como características inerentes a enfermagem. Esses valores atribuíram a enfermagem uma conotação de sacerdócio e não de prática profissional (GEOVANINI et al, 2002).

As práticas de saúde pós-monásticas nesta época e as práticas de saúde e, em especial, da enfermagem é evidenciado no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. A Reforma Protestante teve grande repercussão sobre a enfermagem já que esta estava ligada a prática religiosa. Além dos interesses políticos e sociais, ocorreu a divisão da cristandade em diferentes seitas contribuindo para libertar o homem das coerções do eclesiasticismo. Dentre os efeitos o mais marcante foi a Inquisição, desencadeada pelo fanatismo. A superstição da feitiçaria resultou na queima de feiticeiros e bruxos, calcula-se que muitas mulheres curandeiras tenham sido vítimas deste movimento. As convulsões, ocasionadas por este movimento, como resultado vários hospitais cristãos foram fechados e as religiosas que cuidavam dos doentes foram expulsas, mulheres de baixo nível moral e social deveriam assumir os cuidados. Essas mulheres utilizavam os hospitais como abrigo e deixavam o doente entregue à própria sorte (GEOVANINI et al, 2002).

Para Giovanni et al (2002, p. 20)

Nesse ambiente de miséria e degradação humana, as pseudo-enfermeiras desenvolviam tarefas essencialmente domésticas, recebendo um parco salário e uma precária alimentação por um período de 12 a 48 horas de trabalho ininterruptos. Sob exploração deliberada, o serviço de enfermagem é confundido com o serviço doméstico e, pela queda dos padrões morais que o sustentava, tornou-se indigno e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada.

Esta fase trouxe para a enfermagem uma crise que permaneceu por muito tempo, é somente no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos tentam melhorar as condições do pessoal que trabalharia em hospitais.

As práticas de saúde no mundo moderno foram conduzidas pela evolução científica-tecnológica com um progresso mais amplo e significativo. O padrão de vida melhorava, as pessoas passaram a adotar melhores hábitos de higiene contribuindo para o aumento da expectativa de vida e controle das doenças. Porém, após o surgimento do capitalismo liberal e o aumento dos bens de consumo ficou

explícito que estes por si não representavam a saúde da sociedade consumidora. A doença continua sendo um obstáculo à força produtiva do trabalhador e representa as alterações políticas e econômicas. O interesse em manter a saúde esta relacionado não a necessidade humana básica, mas sim, a ter indivíduos produtivos (GEOVANINI et al, 2002).

As universidades estavam mais liberadas do controle religioso e político, desta maneira modernizaram-se e difundiram mais a cultura. A medicina necessitava apressar a organização de corpo dos conhecimentos que crescia em decorrência das descobertas anatomopatológicas e terapêuticas. O avanço da medicina vem a favorecer a reorganização dos hospitais que desempenhariam dois papéis: manutenção da saúde e empresas produtoras de serviços de saúde. Os hospitais militares obedecendo aos princípios da disciplinarização são os primeiros a se reorganizarem decorrentes das guerras imperialistas que lhes reduziam as fileiras. Mesmo com a evolução crescente os hospitais não melhoraram em decorrência principalmente ao predomínio das doenças infecto-contagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a serem tratados em suas próprias casas e os pobres, não possuíam esta alternativa e ainda se tornaram objetos de experiências resultando em maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada (GEOVANINI et al, 2002).

Para Geovanini et al (2002, p. 25)

É nesse cenário que a Enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale (1820 -1910) é convidada pelo Ministro da Guerra de Inglaterra, para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia (1854 – 1856) e que, por falta de cuidados, morreriam em grande número nos hospitais militares, chamando a atenção das autoridades inglesas.

A Inglaterra almejou com a Guerra da Criméia conter as investidas expansionistas da Rússia que ameaçavam a integridade britânica. O poder econômico estava retratado em consonância de um quadro nosológico com elevado índice de mortalidade infantil e doenças infecto-contagiosas demonstrando um cenário de precariedade em que vivia a população. Florence fazia parte de uma família protegida pelo poder político e econômico, e já possuía alguns conhecimentos de enfermagem, adquiridos com as diaconisas de *Kaiserwerth* além de sua aptidão vocacional para cuidar de alguns doentes. Desta maneira foi

precursora da nova enfermagem, vinculada a política e a ideologia da sociedade capitalista (GEOVANINI et al, 2002).

Em decorrência da imagem negativa que a enfermagem agregava até o momento, era necessário construir um novo perfil profissional que obedeceria aos novos princípios da realidade social. Juntamente com Florence partiram mulheres cujo padrão moral e intelectual obedeciam a um exame criterioso. Entre os critérios estabelecidos elas deveriam ter abnegação absoluta, altruísmo, espírito de sacrifício, integridade, humildade e disciplina. Diante do cenário encontrado as concepções teórico-filosóficas da Enfermagem desenvolvidas apoiaram-se em observações sistematizadas e registros estáticos decorrentes das práticas exercidas ao cuidar dos doentes. Quatro conceitos eram tidos como fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e Enfermagem (GEOVANINI et al, 2002).

Para Geovanini et al (2002, p. 26)

Florence enfatizou em seus dois livros, *Notas sobre Hospitais (1858)* e *Notas sobre a Enfermagem (1859)*, que a arte da Enfermagem consistia em cuidar tanto dos seres humanos sadios como dos doentes, entendendo como ações interligadas da Enfermagem, o triângulo cuidar-educar-pesquisar. Entendeu também, que a cura não resultava da ação médica ou de Enfermagem, mas que era um privilégio da natureza; portanto as ações de Enfermagem deveriam visar à manutenção do doente em condições favoráveis à cura para que a natureza pudesse atuar sobre ele. Considerou que o conhecimento e as ações de Enfermagem são diferentes das ações e conhecimento médicos, uma vez que o interesse da Enfermagem está centrado no ser humano sadio ou doente e não na doença e na saúde propriamente ditas.

A Enfermagem de Florence preocupava-se em potencializar as forças naturais a partir da criação a manutenção de ambientes favoráveis para a recuperação da saúde. Ainda salientava que as ações de enfermagem direcionavam-se para o ser humano e não para o fato de este estar sadio ou doente. Desta maneira, a enfermagem poderia ter uma atuação no cuidado, na educação ou na pesquisa.

Ao término da guerra, Florence fundou a escola de enfermagem no *Hospital Saint Thomas*, servindo de referência para as escolas que surgiram posteriormente. Na escola era exigida disciplina de característica militar além das qualidades morais. Cabia ao médico ensinar as futuras enfermeiras e decidir quais seriam as suas atribuições. Desta maneira a Enfermagem atinge o *status* de ocupação assalariada

atendendo as necessidades dos hospitais deixando de ser uma atividade empírica (GEOVANINI et al, 2002).

Florence fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas, quatro anos após ter voltado da guerra da Criméia. No currículo da escola não havia metas a serem atingidas, mas procura estimular o desenvolvimento individual das alunas. Enfatizava que fazer enfermagem era ajudar as pessoas a viverem (OGUISSO, 2007).

Duas categorias de enfermeiras eram formadas pelas escolas *nightingaleanas*: as *ladies* eram damas das classes sociais mais elevadas e desenvolviam funções intelectuais, como: administração, supervisão, direção e o controle dos serviços de enfermagem. A outra categoria era formada pelas *nurses*, constituído por damas de nível social mais baixo que trabalhavam orientadas e supervisionadas pelas *ladies*, executavam o trabalho manual de Enfermagem (GEOVANINI et al, 2002).

Conforme Oguisso (2007, p. 77) os objetivos da escola eram preparar enfermeiras para que elas pudessem atuar como multiplicadoras de conhecimento e formar enfermeiras distritais para os doentes pobres.

Para Collière (1999, p. 90)

A formação e o exercício das enfermeiras hospitalares vão ficar durante muito tempo profundamente marcados por esta influência, em conseqüência da separação da prática profissional num meio isolado de todas as redes de influências socioeconômicas.

Para a formação de profissionais reflexivos e capazes de atuar na transformação de realidades faz-se necessário o acesso a diferentes conhecimentos em diferentes condições de vida.

À medida que o nível de complexidade técnico-científica da medicina crescia e a enfermagem surgia como força de trabalho nos hospitais os médicos começaram a passar para as enfermeiras as tarefas manuais de saúde, ficando com a parte intelectual correspondente aos diagnósticos, prescrição e tratamento (GEOVANINI et al, 2002).

De acordo com Collière (1999, p. 125)

A prática de enfermagem, na primeira metade do século XX, ainda muito tributária dos valores morais religiosos herdados do passado, vai, a pouco e pouco, distanciando-se deles, adotando o modelo biomédico, valorizando a tecnicidade.

Esta característica deve-se de fato ao nascimento da enfermagem como profissão dentro dos hospitais em uma época em que a doença era explicada unicamente pela infestação do corpo por microorganismos.

Os avanços da ciência impulsionaram o surgimento de diversos profissionais que exercem suas práticas vinculadas ao ser humano em estado de saúde ou de doença. Hoje existe um movimento contínuo, dinâmico de revisão da hierarquia profissional, ou seja, é real a necessidade de compreender as profissões vinculadas à área da saúde como complementares e de possibilitar as mesmas o reconhecimento social.

2.2 A Enfermagem no Brasil

As ações de saúde no século XIX no Brasil estão relacionadas aos rituais místicos, realizados por pajés e feiticeiros, e as práticas domésticas realizadas pelas mulheres índias que cuidavam dos velhos, das crianças e dos doentes. Com o início da colonização pelos Europeus, doenças infecto-contagiosas começaram a compor o cenário brasileiro dando início as epidemias e a extinção dos nativos. O curanderismo proliferava pela escassez de profissionais, a medicina popular portuguesa, constituída por conhecimentos empíricos foi o que serviu de base à medicina brasileira (GEOVANINI et al, 2002).

Os padres jesuítas que vieram em caráter missionário para o Brasil foram os que prestaram a primeira forma de assistência aos doentes após a colonização. Os doentes eram atendidos em enfermarias que foram construídas próximas aos colégios e conventos. Com a fundação das Santas Casas a partir de 1543, voluntários e escravos começaram a prestar assistência nestes hospitais. A prática de enfermagem era mais instintiva que técnica desenvolvida na grande maioria pelo sexo masculino atendendo prioritariamente a fins lucrativos (GEOVANINI et al, 2002).

Nas primeiras Santas Casas a enfermagem era exercida com um cunho essencialmente prático; desta maneira os requisitos para o exercício das funções de enfermeiro eram excessivamente simplificados (GERMANO,1993).

Após a fundação dos hospitais de caridade são fundados os hospitais militares com os mesmos objetivos dos hospitais militares europeus, a recuperação

dos soldados. Ambas as fundações eram mantidos pela iniciativa privada e pela filantropia (GEOVANINI et al, 2002).

De acordo com Moreira (2007, p. 99)

[...] o período anterior a 1890, quando não havia ainda a institucionalização do ensino da enfermagem, pode ser considerado como período pré-profissional, passando a profissional a partir de 1890, com a criação oficial da primeira escola para preparar enfermeiros em nosso país.

O que motivou a profissionalização da enfermagem, o ensino do cuidado foi à necessidade da classe médica de ter um profissional para realizar alguns cuidados. Neste momento o médico não dispunha de todo o tempo necessário para execução do cuidado, sendo assim as primeiras escolas surgiram em ambiente hospitalar.

Para Geovanini et al (2002, p. 33)

A formação de pessoal de Enfermagem, para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública, principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de Enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal 791, de 27 de setembro de 1890, e denominava-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO.

O curso tinha duração de dois anos, o currículo abordava aspectos básicos da assistência hospitalar predominando as práticas curativas. A formação profissional estava em conformidade com os moldes das Escolas de *Salpetrière* na França (GEOVANINI et al, 2002).

A Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano de São Paulo foi a primeira escola a adotar o modelo de ensino *nightingaleano*, implantado por enfermeiras inglesas em 1896 (OGUISSO, 2007).

Em 1914 a Cruz vermelha começa a preparar voluntárias para o trabalho de enfermagem pelo evento da I Grande Guerra Mundial. Após este evento processou-se um novo impulso na área da educação profissional, como resultado da ascensão da saúde pública (GEOVANINI et al, 2002).

Em 1917 surgem o Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo e o Curso Intensivo para Enfermeiras Visitadoras, criado no Rio de Janeiro. Este surgiu pela necessidade de combater a febre amarela, o tifo, a cólera, a tuberculose entre outros (OGUISSO, 2007).

Em todos os cursos, as aulas foram ministradas por muito tempo por médicos, só passando às mãos das enfermeiras em épocas mais recentes (GEOVANINI et al, 2002). A maior necessidade era de enfermeiras que deveriam atuar na saúde pública principalmente contribuindo para o controle das endemias, porém a formação ocorria direcionando esta profissional para o trabalho em hospitais.

Segundo Geovanini et al (2002, p. 33)

[...] o processo de medicalização que se encontrava incipiente nos países latino-americanos, reforçaram a iniciativa dos Estados Unidos quanto à expansão dos programas de educação em enfermagem. É nessa conjuntura que a Fundação Rockefeller patrocina o projeto de organização do serviço de Enfermagem de saúde Pública, no Brasil, sob a orientação de enfermeiras norte-americanas.

Em 1923 a primeira escola de enfermagem baseada na adaptação americana do modelo *nightingaleano* é criada e recebe o nome de escola de Enfermagem Anna Nery. A criação da escola foi possível pela presença das enfermeiras americanas que foram enviadas para o Brasil em acordo do governo americano, em concordância com o governo brasileiro, representado por Carlos Chagas diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (GEOVANINI et al, 2002).

A Escola de Enfermagem Anna Nery apresentava as seguintes características: selecionava moças de camadas sociais mais elevadas; as enfermeiras desempenhavam tarefas de maior complexidade intelectual relacionadas às classes sociais as quais pertenciam (GEOVANINI et al, 2002).

De acordo com Germano (1993, p. 36) em relação a Escola de Enfermagem Anna Nery

Os primeiros cursos tinham caráter intensivo, com duração de 28 meses e em seguida 32, respectivamente; do candidato exigia-se conclusão do curso normal ou equivalente, divergindo consideravelmente das escolas da época (Cruz Vermelha e Alfredo Pinto), cujas exigências restringiram-se apenas, a saber, ler e escrever.

Durante muitos anos a Escola de Enfermagem Anna Nery foi considerada a escola mais elitizada para a profissionalização da enfermagem. Este título é decorrente da exigência para ingressar na escola, ser de classe social mais elevada enquanto as outras escolas exigiam apenas leitura e escrita básica. Posteriormente as demais escolas precisaram se adequar aos critérios e exigências da escola de Enfermagem Anna Nery. Estes critérios estavam fundamentados nos princípios

trazidos pelas enfermeiras norte-americanas, ao reproduzir o modelo com todas as características que foram agregadas com o passar da história: a submissão, o espírito de serviço, a obediência e a disciplina (GEOVANINI et al, 2002).

Hoje os critérios para o ingresso no curso de graduação em Enfermagem obedecem a normas estabelecidas em todo território brasileiro, considerando especialmente a conclusão do ensino médio.

2.2.1 Enfermagem da década de 30 à década de 60

A década de 30 foi retratada por um cenário brasileiro de intensas tensões político-sociais decorrentes da crise econômica financeira que sobreveio com o déficit do setor cafeeiro. Grandes transformações no setor econômico brasileiro começam a ocorrer a partir da segunda metade da década de 50 com sua integração ao sistema capitalista ocidental. Grandes complexos econômicos estrangeiros buscavam instalação no Brasil. As disparidades regionais aumentavam decorrentes da industrialização. Houve a mudança da força de trabalho do setor agrário para o setor industrial. Com isso aumento das populações nos centros urbanos com o surgimento das favelas (GEOVANINI et al, 2002).

Os aglomerados urbanos, o alto custo de vida, à inflação a falta de estrutura urbana levaram a deteriorização da qualidade de vida da população brasileira (GEOVANINI et al, 2002). Diante deste quadro aqueles que detiam o poder e conseqüentemente eram os donos da maior quantidade de indústrias preocupam-se com a força de trabalho. A preocupação estava intimamente relacionada com a retomada do trabalhador as suas funções com maior brevidade possível a fim de alcançar níveis de produção estimados.

O Ministério da Saúde constituídos por autoridades do setor criaram uma série de medidas para restauração da saúde dos trabalhadores. Entretanto tais medidas não atingiram as causas básicas causadoras dos problemas de saúde entre elas o saneamento básico e a subnutrição. A medicina curativa obtém espaço amplo e singular no cenário brasileiro fortalecido pelas indústrias farmacêuticas e a tecnologia hospitalar. A principal referência de saúde no país é o hospital (GEOVANINI et al, 2002).

Neste contexto é esperado que as ações de saúde destinam-se apenas a combater as doenças e não concebem o indivíduo como um agente que é influenciado pelo meio, ou seja, os condicionantes de saúde.

Neste cenário encontramos os enfermeiros concentrados na área hospitalar, constata-se o aumento das demais categorias de enfermagem para atender as exigências do mercado de trabalho. Com uma prática curativa e especializada o Instituto Nacional da Previdência Social, tornou-se hegemônico no espaço do setor saúde consolidando o modelo da medicina previdenciária (GEOVANINI et al, 2002).

Com o crescimento do setor privado e o modelo que foi adotado pela Previdência houve a ampliação da prática da Enfermagem conseqüentemente os profissionais graduados começaram a ser absorvidos pelo mercado de trabalho em maior quantidade pelo setor público. Já o setor privado absorvia auxiliares e operacionais em maior quantidade com o objetivo de diminuir os custos. (GEOVANINI et al, 2002).

Para Geovanini (2002, p. 37)

Essa situação reflete-se na área da educação em Enfermagem, onde os currículos que, antes, enfatizavam a saúde pública, passaram a privilegiar o ensino especializado e a assistência curativa. [...] Observa-se que a composição heterogênea da Enfermagem brasileira é sustentada pelo sistema de formação e que, ao mesmo tempo, atende às necessidades do mercado, reforça a fragmentação e a subdivisão do trabalho na área.

Os cursos para atendentes e auxiliares proliferam no país impulsionando a hierarquização da categoria onde a vértice desta pirâmide é ocupada pelo enfermeiro e base pelos atendentes, auxiliares e técnicos. A divisão do trabalho é realizado sendo o enfermeiro o responsável pelas atividades intelectuais, administrativas e burocráticas e aos atendentes, auxiliares e técnicos o cuidado direto ao paciente (GEOVANINI et al, 2002).

Para Oguisso (2007, p.112)

É indiscutível que a necessidade de pessoas qualificadas e treinadas desencadeou a criação de cursos de forma emergente [...]. Seguiu-se o preparo de pessoal especializado para cuidar de feridos de guerra, e mais adiante, para cuidar dos enfermos de um modo geral.

A modificação do currículo de formação do enfermeiro não atendia as necessidades da população brasileira, mas sim, ao cenário da saúde brasileira. Ou seja, a medicalização e a alta tecnologia sendo empregada nas instituições

hospitalares demandavam custos elevados as mesmas. Para evitar maiores encargos financeiros optaram por contratar profissionais que contribuiriam para diminuir os custos. Posteriormente o enfermeiro teve sua atuação dentro dos hospitais limitada. Com isso as faculdades de enfermagem buscaram reorganizar seus currículos formando assim um profissional que atendesse as necessidades específicas do processo de trabalho que ocorria dentro dos hospitais. Desta maneira os futuros enfermeiros se reconheciam com maior facilidade dentro dos ambientes hospitalares do que na saúde pública.

A saúde pública demandava ações de promoção da saúde onde o maior objetivo seria a modificações de hábitos de vida a fim de privilegiar a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade. Ainda não existia no país um sistema organizado e público de saúde. As ações de enfermagem eram direcionadas para a prevenção de doenças, eram de cunho autoritário e baseado na bacteriologia ainda sob influencias do modelo *nightingaleano*.

Os currículos de Enfermagem eram pautados no conhecimento da totalidade do trabalho de Enfermagem, porém, os enfermeiros encontravam-se afastados das críticas sobre o *fazer*, por que habitualmente são alheios a essa prática no seu cotidiano profissional (GEOVANINI et al, 2002).

2.2.2 A Enfermagem da década de 70 a década de 80

Este período é retratado pelas transformações sociais, políticas e na esfera da saúde no país.

O número de operários aumenta progressivamente ainda impulsionado pela instalação de grandes empresas no país, cresce a demanda do setor previdenciário e a desigualdade entre as ações de saúde e as reais necessidades de saúde da população brasileira resultam na crise na esfera da saúde. Foi a partir de 1975 que um novo modelo foi definido do Sistema Nacional de Saúde. Tal modelo identificou a Previdência Social como responsável pela assistência individual e coletiva e ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelas ações preventivas e de alcance coletivo resultando em uma divisão entre ações indivisíveis (GEOVANINI et al, 2002).

A declaração de Alma-Ata fomentou a reestruturação do sistema de saúde. Os objetivos foram definidos na Conferência Internacional sobre Atenção Primária

de Saúde, foi priorizado a assistência profilática e a preventiva, sem eliminar os aspectos da cura e da reabilitação (GEOVANINI et al, 2002).

Nesta época a pós-graduação em Enfermagem aumentou seu ritmo com a criação de vários cursos de especialização, ainda a categoria de auxiliar de enfermagem foi acrescida dos agentes de saúde e do atendente rural, profissionais estes que deterão as práticas de saúde na atenção primária, Ao enfermeiro cabia as funções de treinamento, coordenação e supervisão (GEOVANINI et al, 2002).

Para atender as exigências demandas pelo modelo de assistência em saúde exercido os currículos de Enfermagem da pós-graduação e graduação foram direcionados para assistência curativa. Esta mudança foi registrada através do grande número de horas destinada as disciplinas ligadas a esse tipo de assistência e ao número de estágios realizados em hospitais (GEOVANINI et al, 2002).

Os problemas de saúde encontravam-se centralizados na esfera da saúde pública. Em sentido oposto, os currículos dos diversos cursos da área da saúde, concentravam uma densa carga horária em disciplinas especializadas no campo da medicina curativa (GERMANO, 1993).

Estabelecendo uma relação direta com a atualidade parece que a formação do enfermeiro permanece direcionada para a assistência curativa. Existe em minha interpretação e constatação, uma valorização dos conhecimentos direcionados para tais práticas nos atuais currículos da graduação em enfermagem. Ainda a valorização da doença prevalece sobre as ações integrais de saúde onde o maior interesse esta em potencializar a autonomia dos sujeitos e coletividade para que busquem estratégias para manutenção dos estados de saúde ou doença.

Segundo Geovanini (2002, p. 41)

A partir de 1982, o plano CONASP trouxe para a perspectiva mais pragmática a integração do setor público, efetivada pelo programa de Ações Integradas de Saúde que nasceu como proposta institucional do INANPS [...]. O programa de Ações Integradas de Saúde, através das estratégias de interação programática, entre as instituições de níveis federal, estadual e municipal, objetivava a melhoria da qualidade da assistência, tendo como linhas principais a universalização, descentralização e hierarquização dos serviços; racionalização dos recursos e aumento da produtividade; reorientação da política de recursos humanos; valorização das atividades básicas e reconhecimento da participação popular. Essas diretrizes institucionais racionalizadoras pactuam com a ideologia e com as práticas do movimento da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde incorporado à nova Constituição.

Mediante a implantação do SUS, é necessário não poupar esforços para garantir a sua operacionalização. As resoluções visando a Reforma Sanitária resultam na reestruturação das práticas de saúde, mas também do ensino, sendo da enfermagem uma grande fatia que compõe 50-60% do pessoal a serviço nas unidades de saúde. O grande desafio para a enfermagem é a redefinição da prática nos serviços e redirecionamento da formação do pessoal da enfermagem (GEOVANINI et al, 2002).

O repensar a prática da enfermagem envolve questionar a formação do enfermeiro e dos demais profissionais de todos os níveis. O enfermeiro como condutor e gerenciador da equipe de saúde e das práticas exercidas ao indivíduo e coletividade deve ser capaz de identificar as necessidades de saúde e articular os diversos segmentos em prol da restauração da saúde. Tais competências serão exercidas quando durante a graduação os modelos reproduzidos pelos professores permitirem este exercício de aprender e reaprender continuamente.

2.2.3 A Enfermagem da década de 90 até os dias atuais

Nesta década foi retratado o auge do sucateamento da rede pública e o aumento da demanda da prestação de serviço da iniciativa privada. Neste cenário os preceitos constitucionais que prevêm a complementariedade do setor público pelo setor privado tornam-se antagonista, ora veja que é o setor público que quem atua de forma complementar ao setor privado (GEOVANINI et al, 2002).

Como resultado da monopolização da economia, as práticas de saúde e o exercício da enfermagem sofreram um processo de privatização e de especializações excessivas. De fato isto ocorreu pela privatização crescente da organização empresarial de que se reveste a prestação de assistência médica (GERMANO, 1993).

Neste contexto a enfermagem ocupa duas posições distintas: um número significativo de enfermeiros para atender as expectativas hospitalares especializa-se cada vez mais, e outro grupo, de menor número busca o resgate da saúde pública no Brasil. Com as precárias condições de saúde retratadas pela população brasileira, almejam-se grandes possibilidades de êxito para a enfermagem, na área da saúde coletiva (GEOVANINI et al, 2002).

De acordo com Geovanini et al (2002, p. 44)

Dentre as investidas operacionalizadas por algumas enfermeiras em prol da saúde coletiva, podemos destacar aquelas em que o enfermeiro assume seu papel por meio da Consulta de Enfermagem em uma determinada região ou comunidade, servindo de mediador entre esta e o sistema local de serviços de saúde, atuando com tecnologia simplificada e de baixo custo e tendo como foco principal a educação em saúde com ênfase no autocuidado.

É nesta perspectiva que a enfermagem deve pautar as suas práticas, objetivando a autonomia do sujeito impulsionando para o autocuidado. Tais práticas poderão ser exercidas quando o acadêmico encontrar em sala de aula e nos espaços destinados a prática de enfermagem a possibilidade de dialogar e de conhecer as diversas realidades que constituem um mosaico epidemiológico no Brasil. É nesta perspectiva também que esta a possibilidade do acadêmico de enfermagem encontrar e exercer a educação em saúde em sua amplitude e magnitude como força gerada pelo sujeito e profissionais em prol da manutenção da qualidade de vida vencendo a abordagem biologicista.

É no momento em que estamos, inseridos no cenário da coletividade que observamos e interagimos com suas potencialidades e suas fraquezas e que reconhecemos a real necessidade da educação em saúde. Para que tais competências sejam contempladas na práxis da enfermagem, faz se necessário uma inserção maior para a educação em saúde na organização curricular da enfermagem.

Para melhorar a qualidade de vida da população vários setores influenciam diretamente. O setor saúde é considerado elemento chave para contribuir para esta mudança. O enfermeiro como membro do setor saúde deve desenvolver competências além de técnicas e conhecimentos sobre as doenças já aprimoradas na graduação.

A enfermagem deve buscar ativamente uma resolução efetiva para os problemas de saúde da população. A problemática esta na repetição de atividades tradicionais nas instituições de saúde privadas ou públicas. Partindo do conceito ampliado de saúde o enfermeiro em sua atuação deve ultrapassar a repetição de ações tradicionais e direcionar a sua assistência para a complexidade que envolve o ser humano e o meio social em que está inserido.

As autoras Unicovsky e Lautert (1998, p.234) afirmam que:

[...] para modificar a atuação do enfermeiro, “necessitamos de uma reorientação dos processos de formação de recursos humanos em enfermagem, os quais devem-se realizar levando em consideração o contexto político e socioeconômico [...]”.

As mudanças no cenário de saúde do Brasil e as inovações tecnológicas fazem com que a enfermagem em sua totalidade assuma um caráter dinâmico que acompanhe as modificações em sintonia.

Ainda as mesmas autoras discorrem sobre a responsabilidade dos cursos de Enfermagem.

[...] cabe aos cursos de enfermagem e respectivos professores, a responsabilidade de preparar indivíduos capazes de acompanharem as mudanças, muitas vezes rápidas em algumas áreas, bem como, apresentarem uma atitude crítica e criativa que contribua para que a equidade na saúde seja atingida e cuja atitude profissional seja dirigida para a prevenção de doenças, promoção e melhoria das condições de saúde da população.

As autoras defendem uma atitude profissional voltada para prevenção e promoção alcançando como resultado a melhoria das condições de vida da população. Quando pensamos em prevenção de doenças não deixamos de associar a exemplos já conhecidos como: campanha de vacinação, incentivo ao uso de preservativos nas relações sexuais, profilaxia medicamentosa entre tantos outros exemplos.

A prevenção nos remete a medicalização, talvez em minha compreensão o caminho mais fácil aos olhos técnicos desde que estejam supridas as necessidades financeiras para praticar tal ação. Prevenir através de práticas autoritárias de medicalização da população é o meio mais rápido para assegurar a ausência de processos patológicos.

Já a promoção da saúde como afirma Buss (2000 apud CZERESNIA e FREITAS 2004, p.15) “[...] propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para os eu enfretamento e resolução”.

O incentivo ao exercício constante da promoção a saúde deve iniciar em sala de aula durante a graduação oportunizando os encontros da teoria com o cotidiano da saúde do Brasil. É neste momento que se utiliza as praticas curriculares problematizadoras capazes de articular habilidade, atitude e valores do futuro enfermeiro.

2.3 O Currículo da Graduação em Enfermagem

Ao refletirmos sobre a práxis da enfermagem faz-se necessário considerarmos a educação que, é capaz de intervir no contexto social, objetivando a resolução dos problemas de saúde da coletividade e as dificuldades do enfermeiro; porém historicamente vem servindo para legitimar tais problemas, à medida que concebe uma formação deficitária com baixo grau de comprometimento com questões sociais, políticas e econômicas da população brasileira. Este fato é legitimado pela sociedade pela supervalorização da atuação técnica na área da enfermagem (UNICOVSKY e LAUTERT, 1998).

O sistema educacional sofre com os reflexos do sistema sócio político decorrente do descompasso entre avanço técnico-científico e o atraso nas normas éticas e de organização da sociedade. A universidade ao oferecer cursos tem como referências as necessidades do mundo do trabalho e as características que deve possuir o novo profissional. Desta maneira a instituição de educação que tomará como referência somente esta vertente correrá o risco de formar profissionais que se tornarão obsoletos, em contrapartida ao negligenciar as necessidades do mundo do trabalho poderá provocar uma crise institucional (UNICOVSKY e LAUTERT, 1998).

Ao mesmo tempo em que a graduação em enfermagem incentiva ao aprimoramento técnico-científico é necessária a valorização das ações de promoção da saúde cujo objeto maior é melhoria das condições de saúde da população. Para que de fato isto ocorra, é necessário que o acadêmico seja incentivado a problematizar as questões sociopolíticas que permeiam os estados de saúde e doença.

O acadêmico de enfermagem na atualidade tem sua formação generalista cujas competências somente serão alcançadas quando for possível associar à aquisição de habilidades a construção do conhecimento oportunizando a prática de enfermagem crítica e reflexiva em todas as etapas de sua formação. Desta forma a enfermagem estará caminhando em direção ao atendimento das necessidades da coletividade. Entretanto é necessária uma revisão dos currículos dos cursos de graduação em enfermagem os quais ainda perpetuam pelo modelo curativo de assistência (UNICOVSKY e LAUTERT, 1998).

De acordo com Unicovsky e Lautert (1998, p. 225)

A palavra currículo, do latim “*curriculum*”, pode ser compreendida como plano elaborado com a finalidade e promover e facilitar o processo de aprendizagem e desenvolvimento do indivíduo, de acordo com a demanda e os requisitos de uma sociedade, num determinado momento histórico.

Os currículos dos cursos profissionalizantes em sua totalidade refletem um determinado momento histórico e deveria ser elaborado de modo que possibilitasse o desenvolvimento do processo ensino/aprendizagem, para isso deveria utilizar os mais diversos métodos e técnicas para potencializar nos acadêmicos as mudanças comportamentais designadas para o desempenho profissional (UNICOVSKY e LAUTERT, 1998).

A segmentação entre o trabalho manual e o intelectual provém desde as sociedades mais antigas com o objetivo de aumentar a produção e as possibilidades de conhecimento. Tais divisões também imergiram na história das profissões da área da saúde. As ciências biológicas parecem ter impulsionado esta divisão no campo da medicina (RIZZOTO, 1999).

O curar era objeto da prática médica e o cuidado objeto da prática da enfermagem, que desta maneira, assumia um papel subalterno em relação ao médico por diferentes razões. Durante o século XIX várias mudanças ocorreram, como, o desenvolvimento das ciências experimentais que incentivaram o abandono no crescente das disciplinas da área de humanas com a ascensão das disciplinas técnicas (RIZZOTO, 1999).

A enfermagem no início século XX permanece sendo influenciada pelas práticas de saúde – modelo de assistência adotado pela medicina.

Modelos de atenção à saúde ou ‘modelos assistenciais’ podem ser definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Modelo nessa concepção, não é padrão, não é exemplo, não é burocracia, nem é organização de serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo é uma ‘razão de ser’ – uma racionalidade; uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação (PAIM, 2003, p. 164)

O morrer na ciência cartesiana passa a ser explicado como um simples deixar de funcionar, cabe a ao homem conhecer as peças e mecanismos desta máquina para interferir em sua durabilidade. Desta maneira o sofrimento humano era

considerado forma de redenção da alma e a doença teria causas e conseqüências que deveriam ser estudadas e compreendidas oportunizando a interferência humana (RIZZOTO, 1999).

Rizzoto (1999, p.39) afirma que

A medicina e as demais profissões da área da saúde ao incorporarem essa visão biologicista, a fizeram sob o ponto de vista da quantidade e não da qualidade; reduzindo a sua intervenção ao combate dos sintomas e de suas causas, sem se preocupar com os outros fatores que pudessem provocar alterações no processo saúde/doença. [...] O modelo biológico, pelo sucesso obtido no tratamento de muitos estados mórbidos, acabou por ratificar e consolidar a maneira fragmentada de tratar e de cuidar dos problemas de saúde.

As práticas na área da saúde ainda hoje consolidam em sua maioria a pouca valorização dos determinantes emocionais, sociais entre outros que interferem diretamente no estado de saúde de indivíduos. A ênfase no modelo biomédico fortalece a associação com a concepção biologicista que acredita que reconhecendo os agentes causadores das doenças ao fazer o caminho inverso seria possível restaurar a saúde. O ser humano é muito mais complexo do que permite a concepção biologicista conceber.

Seguindo a lógica dos princípios mecanicista e biologicista a área da saúde impulsiona as especializações como uma possibilidade de conhecer com maior ênfase e detalhadamente cada sistema sendo impossível um profissional ser detentor com excelência de todos os sistemas e seu funcionamento. A enfermagem progressivamente seguiu os passos da medicina objetivando a especialização (RIZZOTO, 1999).

Segundo Rizzoto (1999, p. 41)

[...] não era interessante que o profissional enfermeiro fosse oneroso ao sistema, o que ocorreria se a especialização se desse em nível de pós-graduação, a pressão ocorreu com o objetivo de que os cursos de graduação contemplassem um mínimo de formação em determinadas áreas de ponta, como em UTI, hemodiálise, quimio e radioterapia etc. [...] A opção pela formação geral do enfermeiro não se constituía numa simples oposição à especialização precoce, mas numa possibilidade de construção de uma visão totalizante do processo de trabalho em saúde e de transformação do enfermeiro num agente que intervém efetivamente no processo saúde/doença.

A formação do enfermeiro desde o início da profissão sempre foi marcada pelos custos que este profissional poderia onerar para as instituições hospitalares e a saúde pública. O desequilíbrio entre o conhecimento fragmentado e impulsionado

para a utilização de altas tecnologias e o conhecimento do ser humano em sua totalidade, utilizando medidas de intervenção sem custos onerosos, parece persistir até os dias atuais nas diversas grades curriculares presentes nas faculdades de enfermagem em nosso país.

O modelo de assistência biologicista, biomédico ou ainda flexneriano foi elaborado por Abraham Flexner em 1910. O local privilegiado para os estudos deveria ser o ambiente hospitalar por conter um grande número de indivíduos com doenças. A doença teria sua origem unicamente atribuída às causas biológicas e considerada um processo natural. Nesta perspectiva os determinantes sociais, econômicos, culturais não influenciaram no estado de saúde e doença. Durante o século XX o hospital era a principal fonte de conhecimento médico (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

O modelo flexneriano recebeu inúmeras críticas, pois, direcionada a assistência em saúde para o ambiente hospitalar. Desta forma o indivíduo era percebido com uma agente sem influências do meio e o único culpado pelo seu estado atual de doença. A unicausalidade das doenças era prevalente, excluindo o meio social da possibilidade de agente causador de doenças.

Para Rizzoto (1999, p.36)

Os elementos estruturais dessa Medicina Flexneriana, denominada de “científica”, são o mecanicismo; o biologicismo; a especialização; o individualismo; a exclusão de práticas alternativas; a tecnificação do ato médico; a ênfase na Medicina curativa e a concentração de recursos no espaço urbano/hospitalar.

Em decorrência da relação de dependência da medicina, as propostas do relatório flexner vão constituir em diretrizes para a enfermagem. O conjunto de diretrizes teóricos-metodológicos e ideológicos foram reproduzidos nas escolas brasileiras com base no que era praticado nas escolas de enfermagem americanas. A enfermagem a partir da prática do modelo flexneriano passou a praticar os procedimentos a partir de uma fundamentação técnica com princípios científicos (RIZZOTO, 1999).

Ainda no século XX com o surgimento das políticas públicas de saúde e demais setores direcionaram as ações para a esfera pública como, por exemplo: erradicação de doenças infecto contagiosas e saneamento básico. Em contrapartida o modelo de assistência médico privatista aumentava significativamente em nosso país, impulsionado pela tecnologia e nas especializações. Este cenário incentivava a

fragmentação do conhecimento sendo representado pelas disciplinas resultando na valorização crescente das especializações (GERMANO, 1993).

Conforme Germano (1993, p.37)

[...] a primeira reformulação do currículo de enfermagem data de 1949, conforme Decreto nº 27.426 de 14 de novembro de 1949 da Presidência da República, após a promulgação da Lei nº 775 de 06 de agosto de 1949 do Governo Federal, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no país.

A Lei nº 775/1949 dispõe sobre o ensino de enfermagem no Brasil definindo dois cursos:

- 1) Graduação em Enfermagem
- 2) O Curso de Auxiliar de Enfermagem (Santos et al, 2002).

Segundo a Lei nº 775/1949 a formação do enfermeiro obedecia ao cumprimento dos seguintes conteúdos conforme quadro 2:

| Série | Disciplinas |
|----------|--|
| 1ª série | <p>I - Técnica de Enfermagem, compreendendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Economia hospitalar 2) Drogas e soluções 3) Ataduras 4) Higiene individual <p>II – Anatomia e fisiologia III – Química biológica IV – Microbiologia e parasitologia V – Psicologia VI – Nutrição e dietética VII – História da enfermagem VIII – Saneamento IX – Patologia geral X – Enfermagem e clínica médica XI – Enfermagem em clínica cirúrgica XII – Farmacologia terapêutica XIII - Dietoterapia</p> |
| 2ª série | <p>I – Técnica de sala de operações II – Enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais III – Enfermagem e fisiologia IV – Enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas V - Enfermagem e clínica ortopédica, fisioterápica e massagem VI – Enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica VII – Enfermagem e socorros de urgência VIII – Enfermagem e clínica urológica e ginecológica IX – Sociologia X – Ética (ajustamento profissional)</p> |
| 3ª série | <p>I – Enfermagem e clínica otorrinolaringológica e oftalmológica II – Enfermagem e clínica obstétrica e puericultura neonatal III – Enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil IV – Enfermagem de saúde pública, compreendendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Epidemiologia e bioestatística 2) Saneamento 3) Higiene da criança 4) Princípios de administração sanitária <p>V – Ética (ajustamento profissional II) VI – serviço social</p> |

Quadro 2 – Currículo do curso de enfermagem conforme decreto nº 27.426/49

Fonte: Decreto nº 27.426/49 (SANTOS et al, 2002, p. 125)

Conforme o quadro acima fica caracterizado que a ênfase da formação do enfermeiro era a centralização na doença e nas medidas de prevenção de caráter sanitaria. Desta forma percebo que o currículo sofria influências do modelo flexneriano já que a enfermagem estava intimamente relacionada ainda aos ensinamentos médicos.

As mudanças ocorridas entre o primeiro currículo em 1923 e o segundo de 1949 não foram sensíveis. Os currículos privilegiavam as disciplinas com características preventivas, entretanto o mercado direcionava para uma tendência hospitalocêntrica (GERMANO, 1993).

Em 1962 o Parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação (CFE) surge em um momento histórico em que a economia brasileira direciona-se para um processo excludente e concentrador de renda desta maneira o currículo de enfermagem concentra-se sobre as especializações clínicas de caráter curativo. A saúde pública não é mais considerada como disciplina obrigatória do currículo mínimo, o aluno após a graduação poderá especializar-se em saúde pública caso desejasse (GERMANO, 1993).

A regulamentação da profissão da enfermagem ocorreu através do decreto nº 50.387/1961 que conforme Santos et al (2002, p. 33) definiu as seguintes funções para o enfermeiro:

- a) Observação, cuidado e educação sanitária do doente, da gestante ou do acidentado;
- b) Administração de medicamentos e tratamentos prescritos por médico;
- c) Educação sanitária do indivíduo, da família e outros grupos sociais para conservação e recuperação da saúde e prevenção de doenças;
- d) Aplicação de medidas destinadas à prevenção de doenças.

Observa-se que o enfermeiro com base no currículo mínimo amplia a sua perspectiva de atuação, porém ainda com medidas de caráter curativo, sanitaria e fortemente relacionados com os conhecimentos médicos.

Segundo a Resolução nº 4/72 fixa o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, conforme quadro 3:

| Currículo | Disciplinas |
|---------------------|--|
| Pré - Profissional | Biologia (citologia, genética, embriologia e evolução) Ciências Morfológicas (anatomia e histologia) Ciências Fisiológicas (bioquímica, fisiologia, farmacologia e nutrição) Patologia (processos patológicos gerais, imunologia, parasitologia e microbiologia) Ciências do comportamento (psicologia e sociologia) Introdução a saúde Pública (estatística vital, epidemiologia, saneamento e saúde da comunidade) |
| Tronco Profissional | Introdução à enfermagem Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem materno- Infantil Enfermagem psiquiátrica Enfermagem em Doenças Transmissíveis Exercício da enfermagem (deontologia médica e legislação profissional) Didática aplicada à enfermagem Administração aplicada à enfermagem |
| Habilitações | Habilitação em Enfermagem Médico Cirúrgica: enfermagem médico-cirúrgica incluindo administração de centro – cirúrgico, enfermagem em pronto socorro, unidade de recuperação e de cuidado intensivo, administração de serviços de enfermagem hospitalar. Habilitação em enfermagem obstétrica ou obstetrícia: obstetrícia, enfermagem obstétrica, ginecologia e neonatal, administração de serviços de enfermagem em maternidades e dispensários pré-natais. Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública: enfermagem em saúde pública, administração de serviços de enfermagem em unidades de saúde. |

Quadro 3: Currículo mínimo da Graduação em Enfermagem

Fonte: Resolução nº 4/1972 (SANTOS et al, 2002).

O currículo mínimo oferece a fragmentação do conhecimento desta forma as práticas de saúde direcionam aos modelos de ensinar utilizados em sala de aula

pelos professores. Práticas fragmentadas em uma concepção de doença como um desajuste mecânico de encontro com a valorização das especializações.

Desta maneira desde 1985 a Associação Brasileira de Enfermagem em conjunto com a Comissão de Especialistas em Enfermagem da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação desenvolvem um estudo nacional identificando parâmetros e diretrizes básicas que devem orientar a formação do enfermeiro em todo território brasileiro. Desde então ocorreu uma mudança significativa estabelecida no último Seminário Nacional sobre currículo mínimo para a formação do enfermeiro em 1989. A extinção das habilitações; o aumento da duração mínima do curso (de 2.500h – Parecer 163/72 para 3.000h ou 8 a 10 semestres letivos) além da inclusão de conteúdos pertinentes à capacitação para o ensino de 1º e 2º graus e a modificação do nome do curso, de Enfermagem e Obstetrícia para Curso de Enfermagem (GEOVANINI et al, 2002).

Com o propósito superação do modelo biomédico, o Parecer CNE nº 314/1994 elenca sugestões para reformulações do currículo mínimo conforme Santos et al (2002, p. 242):

- 1) O aumento da duração mínima do curso – o mínimo de quatro anos e oito semestres letivos e o máximo de cinco anos e dez semestres letivos;
- 2) O aumento do número mínimo de horas – mínimo de três mil e quinhentas horas;
- 3) A supressão de diferentes habilitações no nível de graduação;
- 4) A inclusão de metodologia da pesquisa como forma de estimular o aprimoramento e a produção científica;
- 5) A manutenção dos conteúdos das ciências biológicas e humanas, não como estão hoje – “noções de” – mas como conteúdos substantivos concernentes ao exercício do trabalho do enfermeiro, incluindo, filosofia além de sociologia e psicologia;
- 6) Incluir conteúdos instrumentais básicos para a capacitação clínica-epidemiológica (assistencial), administrativa e pedagógica do enfermeiro, como estatística, epidemiologia, semiologia e semiotécnica de enfermagem, vigilância à saúde e ambiente;
- 7) Definir, como mínimos, os conteúdos de matérias e disciplinas que contemplem: em serviços não hospitalares (ambulatórios/rede básica), hospitais e comunidade; - administração e gerência de serviços de saúde e de enfermagem;
- 8) Incluir conteúdos da história da enfermagem, ética e resoluções do exercício da enfermagem;
- 9) Incluir estágio supervisionado e curricular com duração mínima de dois semestres letivos em hospitais e rede básica de serviços de saúde.

As sugestões propostas a princípio pareciam aproximar o futuro enfermeiro de práticas de saúde condizentes com a demanda apresentada pela população. O aumento da carga horária e duração do curso contribuiriam positivamente para a maior duração dos estágios/aulas práticas. Porém o que se observa no quadro 4 é a maior fragmentação do conteúdo.

| Currículo | Disciplina |
|-----------------------------|--|
| Ciências Biológicas | Morfologia (anatomia e histologia) Fisiologia (fisiologia, bioquímica farmacologia e biofísica) Patologia (processos patológicos gerais, parasitologia, microbiologia e imunologia) Biologia (citologia, genética e evolução, embriologia) |
| Ciências Humanas | Antropologia filosófica Sociologia Psicologia Aplicada à saúde Fundamentos de enfermagem: história da enfermagem, exercício da enfermagem, epidemiologia, bioestatística, saúde ambiental, semiologia e semiotécnica de enfermagem e metodologia da pesquisa. |
| Assistência de Enfermagem | Clínicas Cirúrgicas Psiquiátricas Gineco-obstétricas Saúde coletiva |
| Administração em Enfermagem | Conteúdos teóricos e práticos de administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem priorizando hospitais gerais e especializados de médio porte, ambulatorios e rede básica de serviços de saúde. |

Quadro 4: Currículo mínimo da Graduação em Enfermagem segundo Parecer nº 314/1994

Fonte: Parecer nº 314/1994 (SANTOS et al, 2002).

Além da maior fragmentação dos conteúdos observa-se a ênfase predominante na doença e nas práticas de saúde hospitalocêntricas além de aumentar a carga horária dispensada para as disciplinas de base.

A IX Conferência Nacional da Saúde incentivou à sociedade brasileira avaliar a situação de saúde e da oferta de serviços. Foi abordada mais uma vez a

formação de recursos humanos para a área da saúde com a regulamentação do art. 200, inciso III, da Constituição Federal, que atribui ao SUS à tarefa de ordenar a formação de recursos humanos e a revisão completa dos currículos profissionais objetivando a adequação as realidades socioepidemiológicas. A ênfase está no rompimento da fragmentação dos currículos e a visão biologicista destes, garantindo a formação dos profissionais na visão do homem como ser holístico, interagindo com o seu ecossistema (GEOVANINI et al, 2002).

Mesmo com as mudanças no currículo do curso de enfermagem ainda era constante a visão biomédica de assistência desta maneira a desarmonia entre a formação do enfermeiro e as demandas da população. Ainda na década de 80 as práticas de saúde estavam fundamentadas no modelo biomédico, hospitalocêntrico e a graduação em enfermagem fragmentada seguindo as tendências do modelo flexneriano.

Já na década de 90 concomitantemente ao movimento da Reforma Sanitária ocorreram vários debates com o objetivo de rever a formação dos profissionais da saúde em todos os níveis. Entre os nós críticos, estava a preocupação relativa à inserção do futuro enfermeiro nos cenários profissionais. Posteriormente a relação teoria e prática deveriam ser semeadas e fortalecidas desde a sala de aula até os estágios. Desta maneira ocorreu a necessidade da formulação de um novo conjunto de leis, diretrizes e pareceres descritos na Lei de Diretrizes em Bases da Educação Nacional – LDB nº 9394/1996 possibilitando a reformulação dos currículos. Nesta perspectiva a LDB/1996 anulou a execução dos currículos mínimos oferecendo as universidades autonomia para a execução de currículos próprios observando e cumprindo as diretrizes pertinentes. Tais diretrizes foram detalhadas por área e curso de formação, em Diretrizes Curriculares Nacionais/ DCN (DANIELSKI, 2009).

Com a anulação do currículo mínimo foi possível as Instituições de Ensino Superior moldar as suas grades curriculares conforme as características epidemiológicas e regionais em que a Instituição oferece a formação para o enfermeiro. Além de contribuir para a formação do enfermeiro como agente político capaz de atuar de forma integral pela manutenção da qualidade de vida de indivíduos e população. O fortalecimento do profissional enfermeiro capaz de articular os diversos setores em prol da saúde impulsiona ao maior reconhecimento social e a independência do enfermeiro do conhecimento médico. Desta maneira é possível fortalecer já em sala de aula a necessidade constante de processos educacionais

dinâmicos que sejam condizentes com as necessidades profissionais. Todo e qualquer movimento dinâmico impulsiona as mudanças de tempos em tempos, são as mudanças conscientes que incentivam a adequação na formação do enfermeiro de encontro às necessidades de saúde da coletividade.

O Parecer nº1133/2001 dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde – DCN/saúde. Este foi elaborado posteriormente ao Parecer nº 776/1997. Tais diretrizes definiam princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de enfermeiros (as) estabelecidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação – CES/CNE (DANIELSKI, 2009).

Ainda conforme o Parecer nº 1133/2001 às Instituições de Ensino Superior possuem liberdade de carga horária para integralização do currículo; indicar campos de estudos e experiências de ensino-aprendizagem para compor o currículo; evitar prolongamento do curso; incentivo constante a formação geral; incentivo a práticas de estudos independentes; encorajar o reconhecimento de competências adquiridas externamente ao ambiente escolar; fortificar a relação entre teoria e prática e adotar orientações para avaliações periódicas (DANIELSKI, 2009).

No início do século XXI a reflexão e debate sobre os currículos das graduações em saúde estabeleceu o Parecer CNE/CES nº 213/2008 este dispõe sobre a carga horária mínima e a integralização de cursos de graduação em saúde. A graduação em enfermagem deverá ter no mínimo a carga horária de 4000 horas estas distribuídas em um limite mínimo de 5 anos.

O CNE solicita a priorização para a articulação do curso com o SUS em consonância a transformação do modelo assistencial, direcionando a orientação da formação profissional de caráter generalista, humanista e qualificado para o exercício da enfermagem apta para atuar em todos os níveis de atenção à saúde (DANIELSKI, 2009). Desta forma a práxis da enfermagem compreende o ser humano com ser integral que influencia e é influenciado pela sociedade em que vive.

Diante de tantas transformações na formação do enfermeiro e demais profissional da área da saúde ainda observa-se diferenças entre as necessidades da coletividade e o perfil profissional de conclusão. Desde o primeiro currículo para graduação em enfermagem em 1923 constata-se a busca por oferecer a coletividade profissionais capazes de reverter o quadro de doença com características próprias de cada localidade.

O cenário atual é caracterizado por um excesso de especialidades capazes de onerar os custos assistenciais. No momento existe uma busca constante para melhorar a relação especialistas/generalistas. Desde a Constituição Federal de 1988 foi atribuído ao SUS a responsabilidade de conduzir a formação dos profissionais da saúde, porém, observa-se grande dificuldade em se tornar uma prática institucional. O que pretende-se é que no processo formativo ocorra o deslocamento do eixo da formação – centralizado na assistência individual especializada por um processo de formação em sintonia com as necessidades sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para a abordagem no binômio saúde-doença da população em todos os níveis do sistema (BRASIL, 2005).

O momento presente é oportuno para propor um sistema de incentivo às IES que desejem adequar a formação dos profissionais da área da saúde para atender as necessidades da coletividade do nosso país, com o objetivo maior de oferecer profissionais ao mercado de trabalho mais ajustados às perspectivas da atenção básica. O Pró-saúde considera as diretrizes curriculares nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação e o Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior (SINAES), criado pela Lei nº 10.861. Nesta perspectiva o programa tem o papel indutor na formatação do ensino em saúde no Brasil, a partir da criação dos modelos de reorientação será construindo uma nova etapa na formação profissional em saúde (BRASIL, 2005).

São objetivos do Pró-saúde (BRASIL, 2005):

I – reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, oferecendo a coletividade profissionais que consigam responder às necessidades da população brasileira e a operacionalização do SUS.

II – estabelecer cooperação entre gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, objetivando à resolubilidade com maior qualidade integrando rede pública de serviços de saúde à formação de profissionais da área da saúde na graduação e na educação permanente.

III – incorporar a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção da saúde na formação da medicina, enfermagem e odontologia.

IV- ampliar o tempo das práticas educacionais na rede pública de serviços básicos de saúde.

É nesta perspectiva de articulação entre gestores da rede pública e as IES com reformulação curricular e modificações dos cenários de práticas é que se

pretende alcançar os objetivos propostos pelo Pró-saúde, entre eles, a formação de profissionais condizentes com a realidade da população brasileira e o incentivo de práticas de saúde com uma abordagem integral.

Neste sentido o ensino de enfermagem deverá articular-se com a prática e com o processo de trabalho em saúde considerando o contexto político social. O futuro enfermeiro deve ser incentivado para as ações: reflexão, análise e ação e não ser um repetidor de tarefas conforme protocolos e normativas voltadas para atender as solicitações médicas.

O processo educacional para a formação do enfermeiro ainda hoje é contemplado na grande maioria das faculdades pelo modelo biomédico, apesar de todas as tentativas de mudança para modelos mais condizentes com as necessidades da população brasileira. É notório que os modelos educacionais pouco se afastaram do modelo de educação hegemônico iniciado na Escola Ana Néri, com características curativo/hospitalar, individualista. A partir do parecer nº 213/2008 existe uma nova possibilidade de readequação dos currículos da graduação em enfermagem para atender as necessidades de saúde da população. Mas, cabe a cada docente/enfermeiro refletir sobre suas concepções e ações para impulsionar o movimento de reestruturação do profissional enfermeiro. É através desta mudança onde o foco da práxis é direcionado para o indivíduo e coletividade e não mais somente para a doença é que a enfermagem conquistará maior espaço social e científico.

CAPÍTULO 03

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Abordagem

Tendo em vista o objetivo da pesquisa, avaliar as práticas curriculares utilizadas para o ensino da educação em saúde nas diferentes disciplinas da graduação em enfermagem, considerando as práticas curriculares descritas dos planos de ensino e os discursos dos docentes sobre a utilização de tais, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa por se aproximar da realidade em que o sujeito realiza a sua dinâmica de educador.

A pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em toda a sua complexidade, e naturalista, baseando-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição de experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida por seus próprios autores (POLIT e HUNGLER, 1995).

Já Pope e Mays (2009, p.14) descrevem um aspecto peculiar da pesquisa qualitativa em relação aos métodos utilizados:

[...] ela freqüentemente emprega diversos métodos qualitativos diferentes. Observar as pessoas em seu próprio território implica, assim, o encadeamento entre observar, juntar-se a elas (observação participante), conversar com as pessoas (entrevistas, grupos focais e conversas informais) e ler o que elas escrevem.

Ainda, Bogdan aponta as seguintes características para pesquisa qualitativa:

- a) A fonte direta da pesquisa qualitativa é o ambiente natural que oferece a fonte de dados e o instrumento chave é o pesquisador.
- b) A pesquisa qualitativa é na sua essência descritiva com apoio teórico da fenomenologia.
- c) O interesse maior do pesquisador é o processo e não os resultados e produtos.
- d) A indução é utilizada pelo pesquisador para a análise dos dados (TRIVIÑOS, 1987).

Desta maneira esta pesquisa, identificou as práticas curriculares utilizadas para ensinar educação em saúde como estratégia de promoção da saúde contemplada nos planos de ensino aprendizagem, referentes às diversas disciplinas da graduação em enfermagem e no discurso docente. Sendo assim, foi possível aproximar-se da prática real da educação em saúde em sala de aula, contribuindo para a readequação de tais práticas nas disciplinas da graduação em enfermagem.

A execução desta pesquisa foi realizada em três momentos distintos (figura 01).

- 01) O primeiro momento ocorreu a leitura e análise do Projeto Político Pedagógico (PPP) e dos planos de ensino aprendizagem do curso de graduação em enfermagem.
- 02) O segundo momento foi constituído pelas entrevistas aos docentes do curso de graduação em enfermagem.
- 03) O terceiro momento foi construído uma síntese propositiva.

Represento as etapas da abordagem conforme figura 01.

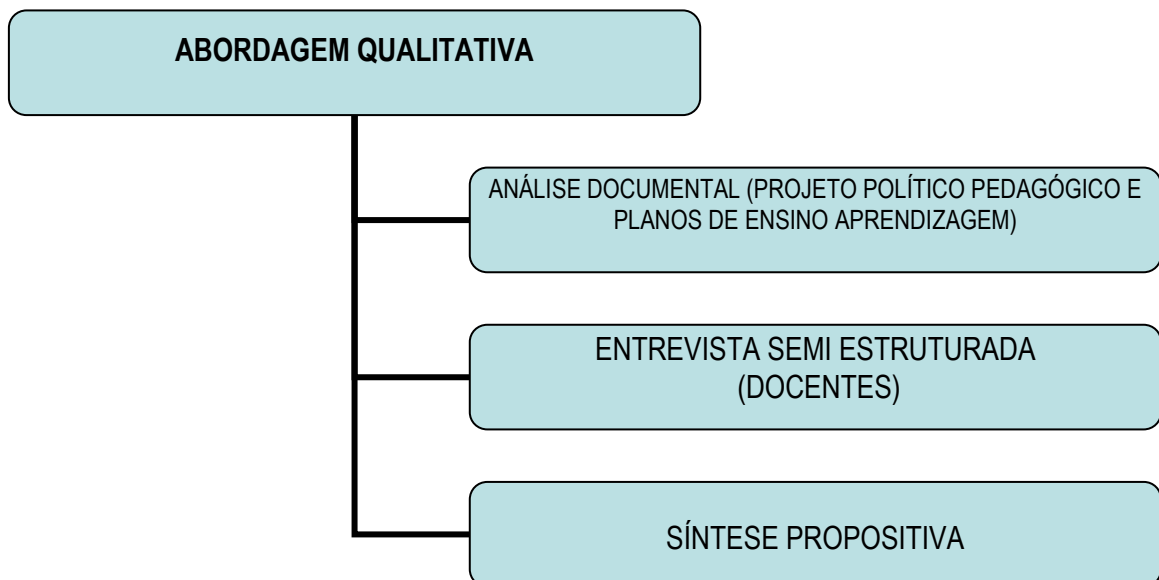


Figura 01: Descrição das etapas da abordagem qualitativa

No quadro 05 demonstro a correlação entre os objetivos específicos com os procedimentos utilizados para coleta de dados.

| Objetivos específicos | Procedimentos utilizados |
|--|---|
| Identificar práticas curriculares de Educação em Saúde nos planos de ensino de diferentes disciplinas no curso de graduação em enfermagem. | Leitura de todos os planos de ensino aprendizagem da graduação em enfermagem. |
| Identificar práticas curriculares de Educação em Saúde expressas no discurso dos docentes de diferentes disciplinas no curso de graduação em enfermagem. | Entrevista semi-estruturada com os docentes da graduação em enfermagem. |
| Desenvolver propostas de práticas curriculares para ensinar educação em saúde nas diferentes disciplinas no curso de graduação em enfermagem. | Formulação de uma síntese propositiva para ser entregue e debatida com a coordenação do curso e posteriormente apresentada em reunião de congregação. |

Quadro 05 – Relação entre os objetivos específicos e os procedimentos utilizados para coleta de dados.

3.2 Amostra

A pesquisa contou com a participação de docentes da graduação em enfermagem de uma Faculdade particular do Vale do Itajaí. Este curso iniciou no primeiro semestre de 2008 e conta atualmente com uma população de 14(quatorze) docentes entre enfermeiros e demais profissionais da área da saúde e está em seu 4º (quarto) semestre, sendo a duração total de 8º (oito) semestres.

A escolha deste curso deve-se a minha participação na sua criação em 2008, e pela oportunidade de sugerir mudanças a coordenação do curso caso seja apontada a necessidade ao término da pesquisa. Ainda, por ser cenário de práticas educativas direcionada para uma população acadêmica específica demandada por Blumenau e região.

A possibilidade de interagir com o corpo docente também contribuiu para escolha do curso sendo assim um cenário propício a análise conjuntural. Represento a amostragem na figura 2.

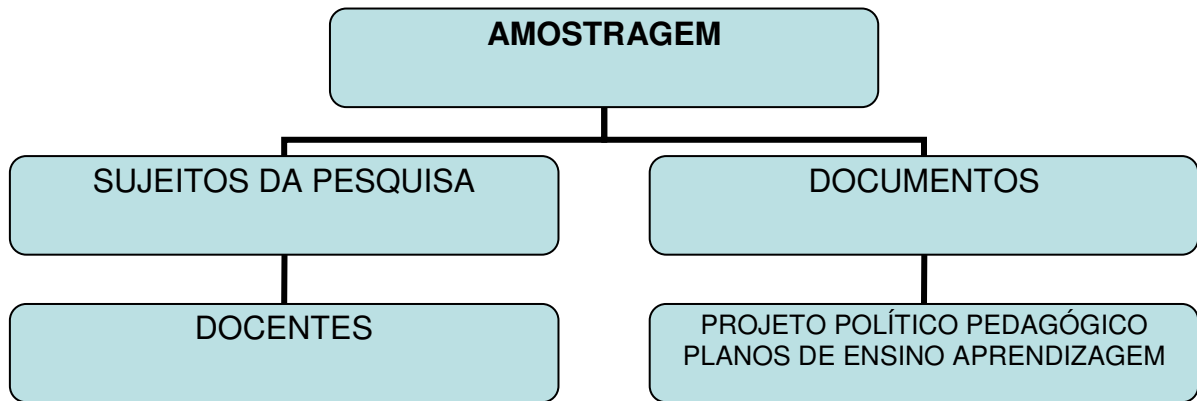


Figura 02 – Descrição da amostragem

Para Pope e Mays (2009, p. 79) “na maioria das pesquisas qualitativas, o processo analítico começa durante a fase de coleta de dados, pois os dados já coletados são analisados e inseridos ou formatam a coleta de dados em andamento”.

Nesta perspectiva, a utilização da técnica da triangulação de dados possibilitou contemplar a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Torna-se impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações com a macrorrealidade social (TRIVINÓS, 1987).

Ainda com referência a técnica da triangulação de dados, foi realizada análise dos produtos (plano político pedagógico e planos de ensino aprendizagem) e de seus produtores (docentes) através de entrevista semi-estruturada emergindo o terceiro componente, a análise do pesquisador.

Para garantir o cumprimento dos preceitos éticos da pesquisa, fez-se a codificação dos sujeitos da pesquisa, demonstrada no quadro 06. Foram utilizados os signos D1, D2, D3, D4, D5, D6 e D7 com referências a ocupação dos enfermeiros como docentes.

| Participante da Pesquisa | Disciplina | Signo Identificador |
|---------------------------------|--|----------------------------|
| Docente 1 | Enfermagem na Saúde Criança e do Adolescente | D1 |
| Docente 2 | Epidemiologia | D2 |
| Docente 3 | Fisiologia e Patologia Humana | D3 |
| Docente 4 | Saúde Coletiva | D4 |
| Docente 5 | Fundamentos da Sistematização da Assistência de Enfermagem | D5 |
| Docente 6 | Introdução a Enfermagem | D6 |
| Docente 7 | Enfermagem na Saúde da Mulher | D7 |

Quadro 06: Signos dos participantes da pesquisa

3.2.1 Sujeitos

O corpo docente da graduação em enfermagem até o momento é composto por biólogos, fisioterapeutas, bioquímicos, farmacêuticos e enfermeiros totalizando 14 profissionais. Os docentes foram selecionados pela coordenação do curso após análise do currículo e entrevista, os enfermeiros já possuíam experiência como docentes em outras instituições de educação em nível médio e superior.

Outro fator relevante observado é de que os docentes trabalham em sua maioria nas disciplinas condizentes com sua prática assistencial atual ou passada e agregam mais de um vínculo empregatício. Ao encontro a essas características e remetendo-se ao objetivo da pesquisa foram considerados sujeitos de pesquisa docentes responsáveis por disciplinas do primeiro ao quarto semestre, que aceitaram participar da entrevista emergindo a amostra do tipo intencional a partir da análise do plano de ensino.

Tal procedimento caracteriza a amostragem não probabilística do tipo intencional que segundo Goldim (1997, p. 38)

Permite aumentar a utilização dos dados obtidos a partir de pequenas amostras. É selecionada com base no julgamento das necessidades dos pesquisadores de que determinados elementos (um ou mais critérios) sejam os mais representativos da população.

3.2.1.1 Critérios de Intencionalidade

1. Docentes que em seu plano de ensino descrevem atividade de educação em saúde.
2. Docentes cujos conteúdos poderiam ser potenciais para o ensino de educação em saúde.

3.2.2 Documentos

A amostra documental foi composta por todas as ementas, planos de ensino aprendizagem elaborados pelos docentes no início do semestre, matriz curricular e pelo projeto político pedagógico da graduação em enfermagem. O principal objetivo desta amostra foi em estabelecer associações entre os planos de ensino aprendizagem e o projeto pedagógico. Ainda, identificar as descrições das práticas curriculares de educação em saúde, temas transversais, entre outros, e fornecer subsídios para elaboração das perguntas da entrevista semi-estruturada. No apêndice 01 está descrito o protocolo de análise documental.

Ludke e André (1986, p.39) descrevem a importância da análise documental

Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.

3.3 Procedimentos

De maneira esquemática os procedimentos aconteceram da seguinte maneira:

Fase I:

- ✓ Análise do projeto político pedagógico do curso de graduação em enfermagem.
- ✓ Análise documental dos planos de ensino aprendizagem.
- ✓ Seleção de temas aplicados em sala de aula para discutir com o docente.

Fase II:

- ✓ Entrevista semi estruturada com os docentes utilizando o plano de ensino aprendizagem e os temas aplicados em sala de aula como situação problema.
- ✓ Análise do conteúdo das entrevistas.
- ✓ Identificação de práticas curriculares para formação de categorias.

Fase III:

- ✓ Formulação de uma síntese propositiva que será entregue e debatida com a coordenação de curso e posteriormente apresentada na reunião de congregação.

3.3.1 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada posteriormente a análise documental do projeto político pedagógico do curso de graduação em enfermagem, planos de ensino aprendizagem das disciplinas que estão sendo oferecidas no segundo semestre de 2009. Para a coleta de dados foi utilizado um protocolo de identificação de pontos chaves (apêndice 1). Conforme Minayo (1998, p.234) “o material escrito precisa ser cuidadosamente analisado: frases, palavras, adjetivos, concatenações de idéias, sentido geral do texto”.

Foram selecionados os planos de ensino aprendizagem, segundo as perspectivas:

- ✓ Presença de situação concreta que envolva práticas curriculares para ensinar educação em saúde (se apresenta de forma explicativa).
- ✓ Situações potenciais que não se configuram em conteúdos/estratégias de educação em saúde.

Posteriormente, foi aplicada uma entrevista semi-estruturada aplicando situação-problema de sala de aula (conteúdo).

3.3.2 Entrevista semi-estruturada

A escolha da entrevista semi-estruturada deve-se, segundo Britten (2009, p. 24) a

[...] uma base com estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou resposta em maiores detalhes

Utilizando a abordagem qualitativa, podemos utilizar a entrevista estruturada, semi estruturada e a entrevista livre.

De acordo com TRIVINÕS (1987 p. 146) a entrevista semi-estruturada “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Ainda conforme o mesmo autor a entrevista semi-estruturada

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (p. 146).

Deste modo foram investigadas com o docente as práticas curriculares utilizadas, que objetivos quer alcançar, quais as ênfases, quais as dificuldades, entre outros. O roteiro da entrevista foi construído a partir dos resultados da análise documental.

Os entrevistados escolheram data, hora e local apropriados para a entrevista. As entrevistas duraram 60 minutos (+ ou – 10 min.), foram gravadas, transcritas e posteriormente validadas pelo entrevistado.

3.3.3 Síntese

A síntese, ao término da análise dos dados coletados, teve como objetivo desenvolver propostas para a solução de problemas reais.

De posse dos dados foi realizada análise das informações, o que resultou em uma síntese propositiva que seguiu os seguintes passos:

- ✓ Problematização dos resultados;
- ✓ Reflexão sobre os resultados;
- ✓ Síntese propositiva de mudança de realidade;
- ✓ Agendamento para exposição à coordenação do curso e debate dos resultados na reunião de congregação da graduação em enfermagem

3.4 Cuidados Éticos

Este projeto inicialmente foi cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Conforme normativas do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, posteriormente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisas da Universidade do Vale do Itajaí, obtendo sua aprovação através do Parecer nº 386/09 A.

Os sujeitos que participaram da pesquisa ao serem convidados e expressaram o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 02), assegurando anonimato e sigilo. Ainda, foi assegurada a possibilidade de abandonar a pesquisa em qualquer fase de execução.

Foi garantida para a instituição de ensino uma cópia da dissertação, assim como, o retorno expositivo sobre os resultados alcançados que serão demonstrados para coordenação do curso e, posteriormente, para os demais docentes na reunião de congregação.

3.5 Análise de Dados

3.5.1 Análise de conteúdo

Para analisar os dados coletados foi utilizado o método de análise de conteúdo temático de fala dos sujeitos e de documentos. Segundo Bardin (1979 apud Minayo 1998, p. 198) a análise de conteúdo pode ser definida como:

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

Triviños (1987) descreve as etapas no processo de uso da análise do conteúdo da seguinte maneira: pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial.

Na pré-análise organiza-se o conteúdo coletado de forma a facilitar a chamada leitura flutuante, que permite a identificação de pontos estratégicos onde o pesquisador deve fixar a sua atenção. Na descrição analítica encontramos a etapa de classificação e categorização através da leitura aprofundada do conteúdo. Neste momento, utiliza-se como base referenciais teóricos utilizados pelo pesquisador para elaborar as hipóteses. Na última etapa denominada de interpretação inferencial, o pesquisador deve aprofundar-se ainda mais sobre o referencial teórico, associando os conteúdos com a realidade encontrada, com isso elaborando propostas para modificação da realidade.

Todas as etapas devem acontecer de maneira dinâmica tendo cada uma das etapas seu início na etapa anterior. Deste modo, o pesquisador aprofundará o nível de comprometimento e terá um novo olhar sobre o tema escolhido.

No primeiro momento foi realizada a leitura flutuante da fala dos entrevistados, identificando pontos estratégicos que deverão subsidiar as unidades de registro.

O segundo momento foi composto pela escolha das unidades de registros a partir das falas dos entrevistados. As unidades de registros são caracterizadas pela associação da fala com o tema da pesquisa de fatos relevantes para o pesquisador.

No terceiro momento foram criadas as categorias a partir das unidades de registros. Foi realizada a análise do conteúdo temático com o objetivo de obter indicadores para compreender os conteúdos das mensagens emergindo a criação de subcategorias.

O quarto momento aconteceu a classificação ou agrupamento ocorrendo aproximação das categorias e agrupamento.

No quinto momento foi realizado a análise inferencial onde o pesquisador posiciona-se frente a interpretação das categorias, também este momento subsidiou a criação da síntese propositiva.

Na figura 03 esta representada os momentos da análise:

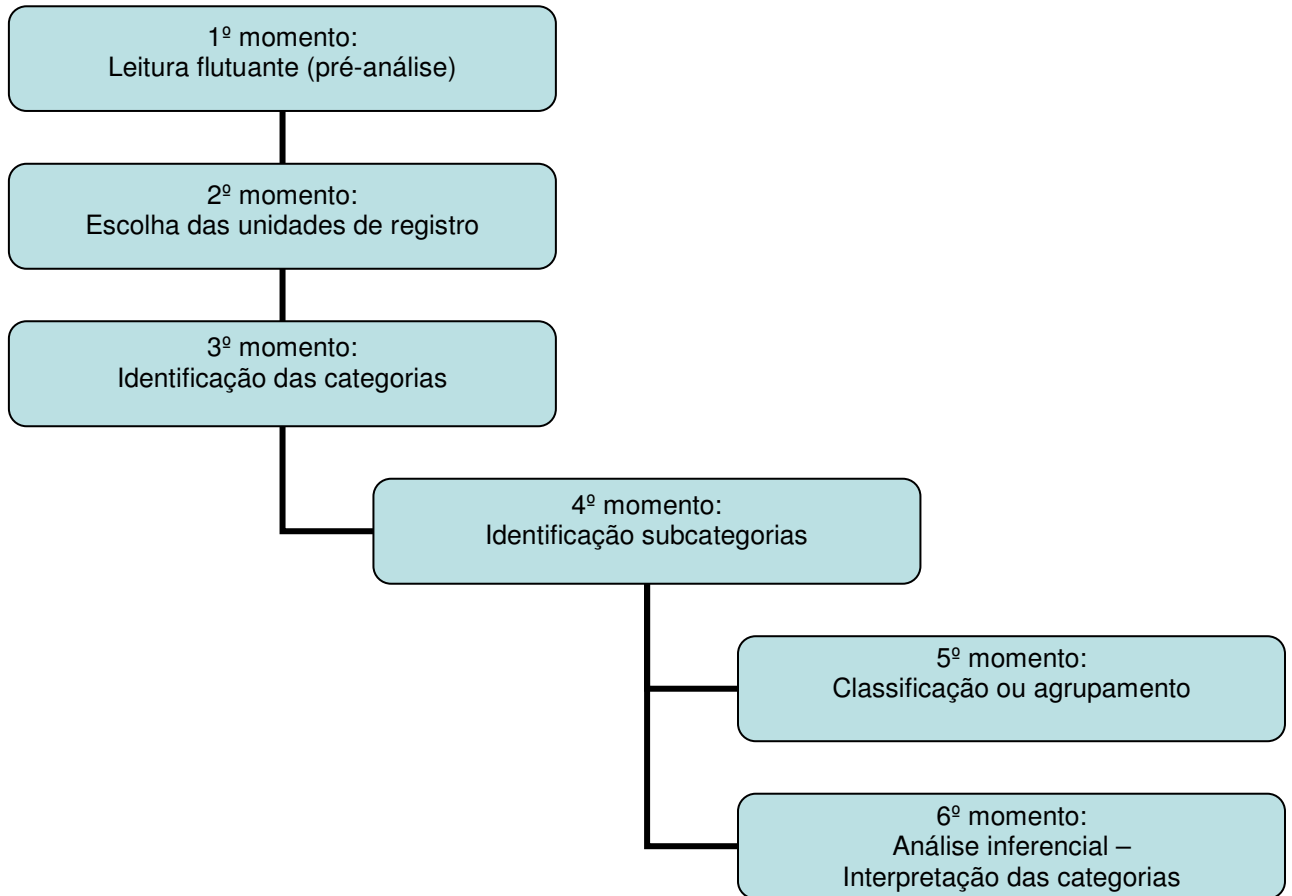


Figura 03 – Representação dos momentos da análise da pesquisa.

CAPÍTULO 04

4 RELAÇÃO DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO E DAS DISCIPLINAS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo tem o designo de descrever as categorias e resultados da análise do Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem e das entrevistas concedidas pelos docentes do primeiro ao quarto semestre.

4.1 Análise documental do Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem e seus resultados

As *raízes* da Enfermagem são encontradas na história, nos lares, posteriormente relacionadas às atividades religiosas até a profissionalização. O exercício da Enfermagem, que era praticado com base na solidariedade humana, passa a ter um aspecto profissional a partir da sistematização do ensino da prática do cuidar.

Tal necessidade, historicamente é retratada pelo número elevado de pacientes nos hospitais psiquiátricos em nosso país. Pela sobrecarga de trabalho, havia a necessidade de o médico delegar alguns cuidados com os pacientes. Em um primeiro momento as religiosas estavam comprometidas com esta atribuição. Com a descoberta de novas doenças e novas tecnologias para o cuidado, houve ainda a necessidade de um profissional preparado dentro de padrões e normas cultivadas naquela época. No Brasil, a primeira escola de enfermagem surgiu por uma necessidade de formação de força de trabalho para os hospitais psiquiátrico em 1890 (Oguisso, 2007).

Para Oguisso (2007, p.107) “foi o caminho adotado pelos psiquiatras para solucionar os problemas de assistência aos doentes, ao mesmo tempo em que ampliava e consolidava o saber e o poder médico no interior das instituições”.

O médico era o responsável por ensinar as futuras enfermeiras. Como a profissão ainda era nova, sem definições claras sobre as suas atribuições, utilizou-se um currículo adaptado da Graduação em Medicina para ensinar as enfermeiras.

Desta maneira, consolidava-se a representação social do médico como detentor do conhecimento e a Enfermagem submissa a suas ordens.

Ainda Oguisso discorre que (2007, p. 107).

O Brasil acompanhava as práticas e os modelos assistenciais instituídos na Europa, uma vez que o ensino formal da enfermagem – introduzido pelo Decreto n. 791/1890 – era ministrado por eminentes médicos que haviam estudado e estagiado nos melhores hospitais franceses.

Durante o século XIX, a Enfermagem permanecia com características religiosas e voluntárias sem base científica. A enfermeira era submissa ao profissional médico, sua atenção estaria direcionada à limpeza e aos cuidados prestados aos doentes. As disciplinas do Curso de Enfermagem se baseavam no auxílio à assistência médica (Oguisso, 2007).

Desde a primeira escola de Enfermagem até os dias atuais, várias foram as mudanças na profissionalização do enfermeiro que foram acompanhadas pelo cenário político e social do Brasil, em paralelo ao amadurecimento e reconhecimento do profissional enfermeiro como agente do cuidado.

A Graduação em Enfermagem preocupa-se em formar profissionais aptos a cuidar do ser humano de forma integral e humanizada. Formar profissionais competentes que possam superar as práticas profissionais que habitualmente estão voltadas a atender as solicitações médicas e realizar cuidados prescritos.

O desafio constante do enfermeiro consiste em assistir o ser humano em seu ciclo de vida, estimulando a autonomia sobre os aspectos condicionantes ao estado de saúde e doença.

Para o alcance de tais objetivos, faz-se necessário a solidificação de um PPP, alicerçado em práticas curriculares transformadoras da realidade. Esta implica em um novo olhar paradigmático sobre a saúde, considerando a complexidade do conceito de saúde individual e coletivo relacionando com o contexto social, político e econômico em nosso país.

O PPP do Curso de Graduação em Enfermagem é parte de um processo de planejamento educativo, tem como objetivo demonstrar a estrutura e princípios de organização do curso, além de dispor a matriz curricular e descrever as disciplinas

através de ementas. Com base na leitura, foram identificados alguns elementos significativos, explícitos no Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem relacionado com a Educação em Saúde. A leitura, neste primeiro momento, incluiu a parte introdutória do PPP, objetivos, perfil profissional de egresso e estrutura curricular.

Diante deste documento norteador para o desenvolvimento das práticas curriculares, extraíram-se categorias relacionadas à Educação em Saúde conforme quadro 07. As unidades de registro, durante a análise das categorias, serão identificadas pelo signo PPP.

| Categorias | Unidades de Registro |
|---|--|
| 1. Processo saúde-doença e determinantes sociais. | <i>Atuar no processo saúde-doença e seus determinantes; Processo saúde-doença; Realidades sociais.</i> |
| 2. Relacionamento interpessoal. | <i>Comunicação verbal e não verbal; Relacionamento interpessoal.</i> |
| 3. Ações de promoção da saúde. | <i>Promoção; Promover estilos de vida saudáveis; Ações de promoção; Planejar e implementar programas de educação e promoção da saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.</i> |
| 4. Metodologias. | <i>Metodologias ativas que desenvolvem a competência de pensar; O papel do professor é problematizar, questionar, dialogar, ouvir os alunos, incitá-los a argumentar, respeitar a leitura de mundo de cada um, abrir espaços para expressão de pensamentos, sentimentos, desejos e realidade vivida; Metodologia da problematização.</i> |
| 5. Cenários para aprendizagem | <i>Diversificação dos cenários e situação de aprendizagem.</i> |

Quadro 07: Categorização das unidades de registros identificadas no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem

1ª Categoria: Processo saúde-doença e determinantes sociais

PPP:

Atuar no processo saúde-doença e seus determinantes;

Processo saúde-doença;

Realidades sociais.

Esta primeira categoria expressa a necessidade de capacitar o acadêmico a entender e atuar no processo saúde-doença e seus determinantes, empregando conhecimentos da Enfermagem, preservando valores morais, éticos, cívicos e sociais, com vistas ao bem-estar do indivíduo e da comunidade.

A seqüência estabelecida para o desenvolvimento do curso deverá proporcionar condições reais para que o acadêmico entre, o mais cedo possível, em contato com o processo saúde-doença, com as realidades sociais, profissional, epidemiológica e dos serviços de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, realizando atividades em uma graduação crescente de complexidade.

Conforme a grade curricular da Graduação em Enfermagem, as primeiras disciplinas oferecidas são consideradas introdutórias ou básicas. No quarto semestre o acadêmico cursa a disciplina de Saúde Coletiva e, neste momento, surge a primeira possibilidade de contato com a realidade social e as condições pertinentes ao processo saúde-doença.

Este cenário favorece as primeiras trocas de saberes entre acadêmicos e pacientes e as primeiras ações de promoção da saúde. O acadêmico deve ter condições de compreender que as ações condicionadas à realidade do momento não são menos complexas do que as ações realizadas em um ambiente hospitalar.

Por vezes o acadêmico orientado em uma perspectiva de valorização extrema do emprego de alta tecnologia e de especialidades distintas, compreende que as ações de promoção da saúde são menos complexas do que ações condicionadas a um estado de doença, que necessitam de ação em um ambiente hospitalar.

A promoção da saúde está associada ao conceito ampliado de saúde que se relaciona com as condições de moradia, lazer, acesso a serviços de saúde, entre outros. Sendo considerado, em um componente mais amplo, um aspecto da qualidade de vida. Neste contexto, a promoção da saúde preocupa-se em construir conhecimentos, estimular a autonomia e a transformação da realidade, baseada na

determinação social do processo saúde-doença, almejando a movimentação individual e coletiva em direção a hábitos saudáveis de vida.

A Carta de Ottawa, que se tornou um documento de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo, define promoção da saúde como:

[...] é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la (Carta de Ottawa, 1986).

Conforme o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, o encontro do acadêmico com a promoção da saúde deve ocorrer em grau de complexidade crescente. Considerando o conceito de promoção da saúde, descrito na Carta de Ottawa, as ações em saúde são dependentes das concepções de saúde e doença do próprio indivíduo e de quem o assiste.

Se considerarmos que o indivíduo hospitalizado terá mais acesso à promoção da saúde, obedecendo deste modo um grau de complexidade conforme o Projeto Político Pedagógico precisaríamos de instituições hospitalares que se aproximassem da realidade da comunidade e compreendessem as suas necessidades intersetoriais.

É fato que trabalhar com a coletividade não exige necessariamente, pré-requisitos, como aprofundamentos teóricos, ou aguardar que o acadêmico cumpra um percurso semestral. O acadêmico deverá sensibilizar-se ao perceber as necessidades do indivíduo e coletividade. A partir desta primeira leitura do cenário de atuação, associado aos conhecimentos construídos e, também a sua experiência como sujeito, o acadêmico poderá articular possibilidade para a resolução dos problemas. Isto permite a construção de saberes articulados com a realidade, desta maneira o mesmo poderá empregar, já nos campos de aulas práticas e estágios, competências que mobilizem os indivíduos à manutenção da qualidade de vida.

2ª Categoria: Relacionamento interpessoal

PPP:

Comunicação verbal e não verbal.

Relacionamento interpessoal.

A categoria relacionamento interpessoal busca promover habilidades necessárias à execução de condutas profissionais e habilidades interpessoais que favoreçam o exercício profissional, como: comunicação verbal e não verbal, pensamento reflexivo, relacionamento interpessoal e expressão corporal.

A comunicação é um atributo essencial da atividade humana, dela dependem os relacionamentos sociais, familiares e profissionais. O êxito profissional depende também da habilidade do indivíduo em comunicar-se: transmitir mensagens, sinais, comportamentos, idéias e informações, a um ou mais receptores, com o intuito de fornecer ou construir conhecimentos, objetivando a autonomia para transformar seu comportamento ou atitude, ou até mesmo realizar algo.

Para que se efetive a comunicação, é preciso que haja um comprometimento do emissor e do receptor. Tanto emissor quanto receptor estão vinculados à sociedade, têm pressupostos, são sujeitos ativos e, por tanto, suscetíveis à falhas na comunicação. O emissor precisa expressar-se de maneira clara e precisa, e o receptor deve estar atento, ouvindo e dando um *feedback*. Comunicação eficiente é assim: palavras, gestos, tons de voz, contextos, tudo deve estar integrado à mensagem que está sendo transmitida.

Para Silva (2002, p.13) o profissional da saúde possui uma tarefa especial em relação à comunicação, que é de:

[...] decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidado adequado e coerente com suas necessidades. [...] somente pela comunicação é que o profissional poderá ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento.

3ª Categoria: Ações de promoção da saúde

PPP:

Promoção.

Promover estilos de vida saudáveis;

Ações de promoção;

Planejar e implementar programas de educação e promoção da saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.

Na leitura do PPP do Curso de Graduação em Enfermagem é identificada a associação entre promoção da saúde e programas educativos que buscam diminuir as doenças de uma comunidade, respeitando as especificidades regionais de saúde, através de intervenções planejadas estrategicamente.

Neste momento, podemos correr o risco de desenvolver uma Educação higienista, preventivista que tem como objetivo prevenir doenças, contrária à Educação em Saúde, com um pressuposto educacional dialógico valorizando as experiências do indivíduo, a manutenção da qualidade de vida e, a autonomia para tomada de decisões.

Este risco será possível se o docente estiver condicionado ao conceito de Educação em Saúde como programa educativo em um molde vertical. Este tipo de ação, não valoriza as potencialidades descobertas em uma comunidade ou, até mesmo, em um indivíduo para o enfrentamento do processo de adoecer.

As ações de promoção da saúde devem valorizar os aspectos positivos de um indivíduo ou comunidade e potencializar a descoberta de estratégias para manutenção da qualidade de vida com os seus próprios recursos.

Para Czeresnia e Freitas (2003, p.26) a promoção da saúde visa:

Assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar complementarmente seu potencial de saúde. Os indivíduos e comunidade devem ter a oportunidade de controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes.

A promoção de estilos de vida saudáveis concilia as necessidades tanto individual quanto da comunidade, o acadêmico deverá atuar como agente de transformação social. As atividades deverão ser planejadas e implementadas considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.

O acadêmico deverá compreender que o desenvolvimento de habilidades e atitudes favoráveis à saúde em diferentes processos de vida encontra-se entre os campos da ação da promoção da saúde.

Czeresnia e Freitas (2003, p.27) afirmam que para isso é imprescindível que “a divulgação de informações sobre a educação para saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo”.

Fica claro que a promoção da saúde deve ocorrer em qualquer contato entre o acadêmico e o indivíduo e ou comunidade. Deve ser vivenciada, desde o modo mais formal até aquele que chamamos de “acaso”. Cada encontro é uma oportunidade para promover a saúde e de mobilizar os indivíduos, proporcionando trocas de saberes resultando em manutenção da qualidade de vida.

4ª Categoria: Metodologias

PPP:

Metodologias ativas que desenvolvem a competência de pensar;

Papel do professor é problematizar, questionar, dialogar, ouvir os alunos, incitá-los a argumentar, respeitar a leitura de mundo de cada um, abrir espaços para expressão de pensamentos, sentimentos, desejos e da realidade vivida;

Metodologia da problematização.

A categoria metodologias extraída da leitura do PPP do Curso de Graduação em Enfermagem não se concebe, portanto, a transmissão passiva de conhecimentos, mas propõem-se, metodologias ativas que levem ao desenvolvimento de conhecimento, habilidade, atitude e valores.

As metodologias empregadas durante o curso devem ser associadas, constantemente, com os cenários de práticas, ou seja, fatos do cotidiano, situações políticas, direcionamento das ações em saúde para que haja a problematização, valorizando os aspectos reais e potenciais, torna-se um exercício para a reflexão crítica do acadêmico. Esta aproximação deve contribuir na redução da ansiedade de muitos acadêmicos, que procuram na Graduação em Enfermagem um curso pautado somente em práticas assistenciais, ou seja, a execução de técnicas, procedimentos e sem a identificação como agente político.

O papel do docente é de problematizar, questionar, dialogar, ouvir os acadêmicos, incitá-los a argumentar, respeitar a leitura de mundo de cada um, abrir espaços para expressão de pensamentos, sentimentos, desejos e realidade vivida.

Dessa forma, o processo ensino-aprendizagem gera uma relação dinâmica entre o sujeito, que aprende, e o objeto que é aprendido, assim como na relação enfermeiro e paciente, pautado na singularidade e no tempo de assimilação de cada um.

O produto da relação, entre docente e acadêmico, conduzirá a relação entre acadêmico de enfermagem e paciente. A experiência acumulada do acadêmico de enfermagem, de aulas pouco reflexivas e na simples transmissão de conhecimentos, terá uma grande possibilidade de ser repetida como modelo em ações de promoção da saúde.

Na Educação em Saúde, o profissional deve incentivar a criação de momentos dialógicos respeitando a construção de conhecimentos dentro da realidade vivenciada pelo paciente. Desta maneira, favorecerá a transformação da realidade no tempo necessário para cada indivíduo, através das escolhas deste, tornando-se autor de sua própria história.

5ª Categoria: Cenários para aprendizagem

PPP:

Diversificação dos cenários e situação de aprendizagem.

O PPP do Curso de Graduação em Enfermagem busca contemplar também a integração entre conteúdos básicos e profissionalizantes; o equilíbrio entre teoria e a prática; a pesquisa como procedimento integrado ao ensino; a formação generalista, a diversificação dos cenários e situações de aprendizagem; o planejamento; o ensino e a avaliação baseados na seleção de conteúdos essenciais.

Desde o início do processo de formação deverá acontecer a interação do acadêmico com demais profissionais e comunidade. Desta maneira, o acadêmico estará trabalhando com problemas reais de saúde individuais ou coletivos, assumindo responsabilidades. Os cenários para o ensino e aprendizagem devem ser diversificados, ultrapassando os laboratórios de saúde, salas de aula e do emprego de alta tecnologia. A Educação estará direcionada para cidadania e estímulo da participação plena da sociedade.

É através da modificação dos cenários de práticas que se potencializa o desenvolvimento de uma relação educacional entre o acadêmico e o paciente. A possibilidade de contato com os problemas apresentados pelo paciente e a sua realidade, desde o início do curso, faz com que o acadêmico compreenda que a saúde e doença transcendem um modelo assistencial biomédico pautado em diagnóstico e terapêutica somente.

Mobilizar a aprendizagem em cenários de práticas reais é fazer com que o acadêmico se encontre com necessidades humanas singulares e coletivas, articulando meios para conduzir o indivíduo à transformação de sua realidade.

4.2 Análise das entrevistas dos docentes do curso de graduação em Enfermagem do primeiro ao quarto semestre

Categorização e análise das entrevistas com os docentes a partir dos Planos de Ensino Aprendizagem do Curso de Graduação em Enfermagem do primeiro ao quarto semestre.

Tema: Saúde e Doença

Após a leitura das entrevistas dos docentes, emergiram categorias que formaram o tema Saúde e Doença por caracterizarem aspectos relativos a estes estados. Diante destas informações, extraíram-se categorias conforme apresentado no quadro 08. Para preservar o anonimato os docentes entrevistados receberam como identificação os seguintes signos: D1, D2, D3, D4, D5, D6 e D7.

| Categorias |
|--|
| 1. Prevenção primária |
| 2. Prevenção secundária |
| 3. Ações integradas |
| 4. Níveis de complexidade |
| 5. Patologias da infância |
| 6. Educação como orientação ao paciente |
| 7. Educação continuada |
| 8. Conceito dicotômico: Saúde como contrário de doença |
| 9. Saúde integral |
| 10. Cuidado centrado na família |
| 11. Educação sanitária |
| 12. Temática focada nos agravos |
| 13. Doença relacionada com condições sócio-econômicas |
| 14. Exigências do mercado de trabalho |
| 15. Empoderamento |

Quadro 08: Categorização das unidades de registros identificadas nas entrevistas com os docentes referentes ao tema saúde e doença.

1ª Categoria: Prevenção primária

D 1:

“... relacionados à criança que ainda não tem diarreia, por exemplo, prevenindo a diarreia...”.

D 4:

“... atenção primária, atenção básica, que na verdade no Brasil elas se confundem um pouco, atenção básica, atenção primária, na verdade seria a mesma coisa. [...] o que eu preciso fazer na atenção básica para que a gente possa promover a saúde da população.”

Para Czeresnia e Freitas (2003, p. 18).

A prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, constaria de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. [...] as medidas adotadas para promoção da saúde não se dirigem à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais

Este nível de atenção foca-se no indivíduo e atua com a família e a comunidade dentro de suas possibilidades. Nesta, caracteriza-se ações educativas preventivistas, em que os esforços estão direcionados para o não adoecimento causado por certos agentes patológicos e, pelo movimento de prevenir complicações de quadros de doenças já instaladas.

Para Paim (2008, p. 549)

A primeira fase da prevenção, período pré-patogênico, haveria a possibilidade de um desequilíbrio entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, cabendo medidas de promoção da saúde e de proteção específica.

Com o surgimento da medicina preventiva, no período pós-guerra, a menção à promoção da saúde foi incorporada ao modelo da História Natural das Doenças, sendo compreendida como um conjunto de atividades “no nível de prevenção primária” (Leavell e Clark, 1987). No início da década de 70 com a publicação do relatório Lalonde, que descrevia novos horizontes para a promoção da saúde. O documento passou a enfatizar as mudanças nas ações sobre os estilos de vida em decorrência dos riscos a que se expõem por suas escolhas comportamentais (TEIXEIRA, 2006).

A promoção da saúde, como parte da prevenção primária, exerce um modelo que considera os agentes externos e os determinantes de saúde condicionantes para o adoecimento. Desta maneira, as ações se restringem às normas que devem ser adotadas para o bom funcionamento do organismo.

A nova promoção da saúde atua em uma esfera de maior magnitude através do incentivo da criação de espaços favoráveis ao exercício da autonomia do sujeito no processo saúde e doença.

2ª Categoria: Prevenção secundária

A categoria prevenção secundária surge como um dos fatores para se evitar complicações advindas de um estado de doença:

D1:

“... essas anormalidades, pra prevenir complicações relacionadas a ela...”.

“... prevenção de complicações...”.

“... cuidados de enfermagem relacionados quando a criança já apresenta diarreia...”.

“... prevenir a desidratação...”.

“... a criança com desnutrição provavelmente vai ter diarreia, então foi os cuidados preventivos para prevenir outra doença.”

Observo nas falas acima, a necessidade de trabalhar Educação em Saúde a partir de diagnósticos médicos com o objetivo de evitar complicações decorrentes da doença inicial. Neste contexto, o docente justifica a promoção da saúde como prevenir complicações decorrentes de doença limitando-se ao conceito de saúde como ausência de doença.

Durante as entrevistas foi identificado que quando a ementa da disciplina intensifica a necessidade de trabalhar doenças, a promoção da saúde é limitada a prevenir complicações decorrentes das mesmas. As orientações ficam restritas às complicações oriundas da doença e não ao conjunto de fatores que permeia a manutenção da qualidade de vida.

Quando falamos em prevenir, buscamos minimizar os problemas de saúde compreendendo uma visão multicausal, prevalecendo o modelo preventivista de formação.

Os docentes que se limitam a trabalhar apenas complicações decorrentes de doenças acabam por fortalecer o modelo preventivista, além de promover apenas orientações ao paciente que estão restritas à doença. Este modelo ocorre de maneira pontual com roteiro e assunto predeterminado sem valorizar a realidade do indivíduo e ou comunidade.

O futuro enfermeiro deve, em sua vida acadêmica, se mobilizar para desenvolver habilidades, atitudes, valores e conhecimentos para exercer a Enfermagem como profissão capaz de promover a autonomia do ser humano sobre a sua vida, cabendo a ele a tomada de decisão sobre os determinantes de saúde e doença.

3ª Categoria: Ações Integradas

A categoria Ações Integradas foi caracterizada essencialmente pela necessidade do acadêmico compreender que a área da saúde se comunica e se articula com as demais áreas, seja em esfera municipal, estadual ou federal. Com a

utilização e o exercício do conceito ampliado de saúde, torna-se necessário a articulação das diferentes áreas do conhecimento e intersetorialidade para se promover saúde.

As Ações Integradas também são trabalhadas pelos docentes como promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e recuperação. Neste contexto, compreendo que conforme as falas dos docentes, ao iniciarem o semestre, trabalham estes quatro conceitos com os alunos para, posteriormente, iniciarem os conteúdos referentes às patologias descritas no ementário das disciplinas.

D1:

“... promoção à saúde, prevenção de doenças, reabilitação e recuperação...”.

“... acabei trabalhando saúde integral, que eu digo para eles, que envolvem os quatro conceitinhos lá do objetivo que é promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação, então eu trabalhei saúde integral neste sentido, não especificamente o conceito de saúde, mas que é a saúde integral...”.

Uma preocupação dos docentes é utilizar dados dos municípios em que os acadêmicos residem ou trabalham, envolvendo-os em situações reais que buscam identificar possibilidades de resolução.

D2:

“... ações integradas de saúde.”

“A promoção seria trabalhar as questões intersetoriais. Então trabalhar a intersetorialidade, envolvendo outras áreas de conhecimento...”.

“... ações integradas, porque eu vou acabar me remetendo ao que determinou essa condição de saúde.”

“Então os indicadores estão totalmente relacionados com as ações das ações integradas de saúde.”

“... indicadores de saúde das localidades deles, porque são alunos de diversos municípios da região...”.

Outra necessidade evidenciada foi de relacionar o ementário das disciplinas aos programas, políticas do Ministério da Saúde. Com isso, os docentes buscam fortalecer as ações de saúde coletiva, mesmo dentro de disciplinas cujo objetivo seja apenas o conhecimento dos processos fisiopatológicos.

D 4:

“Tanto no aspecto curativo, como de prevenção, promoção, cura e reabilitação, que seria então o que o Ministério da Saúde preconiza lá na política nacional de atenção básica.”

“... intersetorialidade...”

O profissional da área da saúde é um agente político. Dentro de suas várias competências, está a capacidade de articular os conhecimentos, não tão somente de sua área, mas de reconhecer como está posicionada a saúde em seu bairro, município ou cidade. O que permite a ele maior poder na luta pela melhoria da qualidade de vida da população a qual assiste. De outro modo também, demonstrar que a saúde depende de todas as esferas e de todos os sujeitos, individual ou coletivo.

A esse respeito Pasche e Hennington (2006, p.35):

A Constituição Federal de 1988 tomou a integralidade como uma das diretrizes do SUS. Essa definição passou a exigir, entre outros, a organização de serviços e práticas de modo que articulasse as ações preventivo-promocionais com a de cura-reabilitação, cuja integração nos distintos estágios do cuidado favorecesse a produção da saúde. A integralidade, nessa medida, pressupõe a equanimização entre curar e prevenir, superando-se entendimentos que dispõem estes campos como postos, compreendendo-os em sua complementaridade e intercâmbio na produção de saúde.

As ações integradas de saúde provêm da visão integral do ser humano, como um todo indissociável. Estas exigem que as práticas sejam executadas de maneira a proporcionar ações de prevenção e promoção com as de cura e reabilitação, favorecendo a manutenção da qualidade de vida e a geração da saúde.

4ª Categoria: Níveis de complexidade

O nível de complexidade está relacionado ao tipo de assistência prestada ao indivíduo ou coletividade. Nas falas dos docentes foi evidenciado que a construção do conhecimento, de acordo com o planejamento das aulas, ocorre do menos para o mais complexo, relacionado neste mesmo raciocínio aos serviços que o indivíduo deve se reportar para a solução de seus problemas. Outra relação estabelecida é de que a Educação em Saúde estaria limitada ao nível de complexidade.

No dia-a-dia da Graduação em Enfermagem é comum a Educação em Saúde ser classificada como uma disciplina de baixa complexidade. Este fato ocorre pelo julgamento por docentes, que consideram a disciplina menos importante que aquelas que envolvam mecanismos de adoecimento com fatores apenas biológicos.

Exemplificando neste sentido: definir e praticar ações para controlar ou diminuir o número de adolescentes grávidas, seria menos complexo do que tratar uma criança com desidratação. Sabemos que os problemas que atingem a coletividade alcançam a resolução ou controle quando existem conscientização e articulação de um cenário social e político. Em nosso cenário nacional encontramos obstáculos para alcançar o êxito em muitas ações de promoção da saúde. Diferente de tratar uma criança desidratada, que recebendo atenção médica adequada e terapia de reidratação oral terá grande possibilidade de êxito.

A relação que se estabelece, observada da fala dos docentes, é de Educação em Saúde como uma disciplina que se limita a ensinar aos alunos metodologias diferenciadas para educar o indivíduo e comunidade.

Desta maneira, existe também o maior comprometimento implícito dos docentes que trabalhariam os últimos semestres, já que a distribuição das disciplinas segue a ordem de complexidade patológica. Cabe a estes a somatória de informações da Educação em Saúde em sua magnitude.

A Educação em Saúde, independente de nível de assistência, busca fazer com que profissionais e coletividade compartilhem o aprendizado capaz de modificar o conhecimento e contribuam para manutenção da qualidade de vida dos indivíduos.

D1:

“... ele se reporta do nível menos para o mais complexo...”

D6:

“Então assim, eu procuro trabalhar com eles em todos esses aspectos, desenvolvendo sempre atenção primária, a atenção secundária e junto com a Educação em Saúde, pela experiência profissional que eu tenho pelas coisas que eu vejo nos outros colegas...”

5ª Categoria: Patologia da infância

Esta categoria é caracterizada pela afirmação da docente relacionando saúde da criança às doenças de maior prevalência.

D 1:

“... então a gente trabalha a saúde da criança e as patologias da criança que mais ocorre, ou de maior prevalência ou incidência nessa faixa etária...”

Esta fala caracteriza que o docente planeja as suas aulas e os conhecimentos que construirá com os acadêmicos, tendo como base as doenças de maior prevalência. Na Graduação em Enfermagem, além da assistência que o futuro enfermeiro deve prestar acerca das reações humanas, existe uma grande preocupação em reconhecer os processos fisiopatológicos.

Desta maneira, como estes últimos conhecimentos requerem maior tempo de estudo, a disciplina está moldada tendo como base os conhecimentos inerentes à doença.

6ª Categoria: Educação em saúde como orientação ao paciente

A Educação em Saúde é observada na prática dos profissionais da saúde limitada às orientações para o paciente, indivíduo ou comunidade. Estas orientações são construídas com base nas possíveis complicações advindas da doença. O que constato na enfermagem é a ênfase que os docentes de disciplinas que estão relacionadas às etapas do crescimento e desenvolvimento humano, como saúde do adulto, saúde da criança, entre outros, fortalecem a concepção de Educação em Saúde limitada às orientações para alta.

A formação de enfermeiras no Brasil iniciou em uma instituição hospitalar decorrente da necessidade do médico atribuir alguns cuidados dos seus pacientes a outro profissional. As primeiras enfermeiras foram formadas a partir da adaptação do currículo da Graduação em Medicina para a Enfermagem. Neste primeiro momento da história justifica-se a maior ênfase aos cuidados relacionados à doença.

Com o passar das décadas, o crescimento e reconhecimento profissional do enfermeiro no Brasil, associado às necessidades específicas da população Brasileira, foi modificada na formação.

Hoje ainda encontramos dificuldades no reconhecimento social da profissão. Culturalmente estamos associados aos cuidados médicos como ciência dependente. A formação do enfermeiro ainda busca sua identificação própria, que está sendo construída incansavelmente. Dentro das instituições de ensino, ainda existe a necessidade de moldar a face da Enfermagem.

A divisão implícita entre enfermagem hospitalar e enfermagem em saúde coletiva é evidenciada nas falas dos docentes:

D1:

“... eles relacionem a reação humana a algum cuidado...”

“... dar orientações de cuidados...”

“... eles tinham que orientar os cuidados...”

“... que cuidado é orientado para essa criança?”

“... estudar o que orientar...”

“... o que poderia ser orientado de saúde...”

“... orientando cuidados nesse sentido.”

D3:

“... orientar um paciente adequadamente sobre...”

“... uma das maneiras que encontro, é a orientação ao paciente/doente e sua família.”

D5:

“... muitas das nossas intervenções, a questão das orientações né, e aí a gente entende como educação mesmo em saúde é um fazer constante do enfermeiro.”

“... papel de educador através das orientações...”

D6:

“... eu fiz um curativo lá e tal, que eu dei orientações adequadas para determinado paciente né, que esse paciente precisa...”

“Então assim, como eu vou trabalhar com o próprio cliente dentro da educação e saúde? Até ensinando ele, ensinando ele em alguns aspectos, até no seu auto cuidado, como ele deve se cuidar, como ele deve se alimentar, incentivando ele a leitura, leitura de revistas de saúde pra eles ver o comportamento...”

Nestas falas acima, a Educação em Saúde está direcionada às orientações para alta, cuidados relacionados à doença, agravamento de sintomas. Neste contexto, o enfermeiro precisa saber sobre os processos de adoecimento para prevenir complicações. Nesta condição, a Educação em Saúde é caracterizada como orientações ao paciente tendo como eixo norteador a doença e não o indivíduo e suas relações com o meio.

Um dos objetivos da Graduação em Enfermagem é ensinar as técnicas que deverão ser executadas, associando as patologias do paciente que é assistido. Posteriormente ao processo inicial, as orientações ao paciente condicionam o enfermeiro a um sentimento de segmento dos cuidados em ambiente domiciliar. A execução, ou não, de tais orientações ficam sob a responsabilidade do indivíduo e familiares. Cabe somente a eles, dentro deste cenário, a culpa pelo insucesso das ações propostas.

Sob este aspecto também, corremos risco de a Educação ser punitiva, responsabilizando o paciente, caso ele não faça o que foi recomendado, com a progressão e agravamento da doença. Sugiro que o *nó crítico* esteja no incentivo dos limites da Educação em Saúde. Quando o limite imposto, por exemplo, são orientações para alta, possivelmente o futuro enfermeiro espelhado em seus exemplos acadêmicos, reproduzirá em sua prática cotidiana este limite também.

7ª Categoria: Educação continuada

D5:

“... funções de educação continuada da equipe de enfermagem...”.

Esta fala retrata a Educação em Saúde como educação continuada e, o papel do enfermeiro como educador a partir das capacitações para a sua equipe de saúde.

D6:

“Vocês vão ter que fazer as técnicas, vocês vão ter que fazer... mas sempre assim, explicando, tentando ver o que é aquela doença, tentando envolver o próprio paciente, cliente...”.

É responsabilidade do Enfermeiro a capacitação de sua equipe de saúde. Estas capacitações ocorrem em vários momentos: cenário novo de doença, emprego de novas tecnologias, adaptações do processo de trabalho, entre outros.

Desde a vida acadêmica, o jovem enfermeiro deve conscientizar-se desta competência pertinente a sua profissão.

Para Messano (2003, p.1) o papel do enfermeiro na Educação continuada está condicionado a aspectos como:

Embora constem no currículo do curso de enfermagem disciplinas com enfoque na educação, o enfermeiro necessita buscar cada vez mais conhecimentos para ampliar e melhorar a sua atuação. Ele precisa entender como e por que as pessoas aprendem; visto que possui a responsabilidade do treinamento, compete a ele não transmitir conhecimentos, como também facilitar o processo de aprendizagem.

Conforme a autora é importante que o enfermeiro busque em outros meios atualizar-se constantemente para o sucesso de sua atuação profissional. Além disto, é necessário que ele compreenda os mecanismos de aprendizagem partindo do pressuposto da subjetividade do indivíduo.

Para as capacitações e treinamentos que serão necessários, o enfermeiro deverá seguir um planejamento e diagnóstico prévio do cenário em que irá atuar. Estes dados somente serão possíveis se ele observar as fragilidades e potencialidades de todos os membros de sua equipe.

Esta competência desenvolvida pelo enfermeiro não será menos importante que as demais. A problemática está no enfermeiro ficar limitado à significância de Educação em Saúde como educação continuada. Para tanto, os conceitos devem ser esclarecedores já em sala de aula.

8ª Categoria: Conceito dicotômico: Saúde como contrário de doença

Nesta categoria, através das falas, ficou caracterizado que os docentes adotam em suas práticas dois conceitos de saúde. Alguns docentes preferem utilizar o conceito de saúde como ausência de doença pela facilidade de assimilação do acadêmico.

D 1:

“... por isso eu ensino os dois, tanto saúde, quando a doença...”.

“... enxergar cuidados não só relacionados à doença, e sim a saúde...”.

D 2:

“... resgate do conceito de saúde e doença, do conceito tradicional...da OMS...”

“E já o conceito tradicional, sim, então é muito mais fácil pra ele, verem o conceito comum...”

D3:

“... relacionar os processos patológicos e os fisiológicos também, com as questões de saúde e doença.”

“... resgatar o conceito bem simples de saúde e doença, doença como ausência de saúde e saúde como ausência de doença.”

Quando as disciplinas possuem em seu ementário a ênfase nos processos de adoecimento os conceitos de saúde e doença não são ou são pouco problematizados em sala de aula. A preocupação de alguns docentes ainda é a doença e não a manutenção da qualidade de vida.

Esta visão fortalece o modelo biomédico hegemônico centrado apenas na doença e não saúde como resultante de um processo amplo e de autonomia.

Utilizar somente o conceito de saúde como ausência de doença é sintetizar o indivíduo em apenas um hospedeiro para os processos patológicos. É não considerar o ser humano como um ser complexo, que se relaciona com o meio, que sofre influências e influência.

Uma possibilidade para justificar e condicionar os docentes à adoção deste conceito está em reproduzir em sala de aula as experiências que estes tiveram em sua formação. Outra tendência é de limitar a atuação do enfermeiro às situações já diagnosticadas e a seus encaminhamentos. Nesta vertente, o enfermeiro seria um cumpridor de tarefas sem interação positiva com o indivíduo e ou comunidade.

Cabe ao docente explorar o processo dinâmico condicionado ao adoecimento humano, relacionar-se com os diversos determinantes que acompanham as mudanças da humanidade, sair de uma condição confortável e se tornar sujeito ativo neste processo.

9ª Categoria: Saúde integral

Na categoria saúde integral os docentes buscam relacionar as influências do meio, os determinantes de saúde, a realidade local ao estado de saúde do indivíduo e coletividade. Outro aspecto importante, na fala abaixo, é a preocupação de

entender o conceito de saúde do paciente. Esta compreensão faz com que o acadêmico reflita sobre as escolhas tomadas pelo indivíduo referente à sua saúde.

Desta forma, a compreensão do aluno transcende a saúde como ausência de doença e, através de um raciocínio crítico problematiza as questões relacionadas ao estado de saúde de um indivíduo ou coletividade. Com isso, aumentam as possibilidades de um exercício sobre a autonomia do ser humano em seu estado de saúde ou doença.

A utilização de dados reais dos municípios, bairros onde estes acadêmicos residem ou trabalham, possibilita a imersão no cenário atual da saúde. Esta experiência potencializa a tomada de decisão, mesmo que fictícia, em uma sala de aula, por exemplo, mas que se relaciona com os dados da localidade aproximando o acadêmico de cenários que encontrará após sua formação.

D4:

“... qual a importância de promover saúde e prevenir as doenças, principalmente relacionadas aquela problema, aquele foco.”

“Bom a gente trabalhou conceito ampliado de saúde, em que trabalha os determinantes sociais da saúde e focando então a saúde como sendo determinada por múltiplos fatores? Sociais, ambientais... nessa perspectiva.”

D7:

“... nós começamos a fazer este caso e eles me elencaram todas as ações que eles poderiam estar fazendo, não só intervenções de enfermagem técnica,, então eu deixo bem claro para eles que a intervenção é também a possibilidade de escutar o paciente, muitas vezes isso é uma necessidade, então trazer pro aluno tirar essa cultura de que a intervenção é procedimento invasivo ou técnico.”

Na fala acima está retratado que a saúde integral para o docente é constituída por várias ações desde a escuta qualificada, para que o indivíduo possa ser encaminhado aos serviços necessários para resolução de seus problemas. Ainda quando trabalhado na perspectiva de saúde integral, valorizam-se os cenários e suas possibilidades para a promoção da saúde, seja individual ou coletiva.

Estes aspectos exigem do docente maior exercício de cidadania e conhecimento acerca dos processos de trabalho na área da saúde em seus segmentos. Ainda provoca a necessidade de incentivar o acadêmico ao não

conformismo e sim, de incentivar a atitudes positivas e amplas sobre as ações para promover saúde integral.

O que observo, em minha experiência como enfermeira e docente, é que existe um movimento importante de pessoas que procuram a Graduação em Enfermagem para se tornarem profissionais reconhecidos por suas habilidades técnicas. Logo nos primeiros semestres esta cultura é dissolvida para ser construída às competências do enfermeiro.

Este é um momento muito crítico, se considerar que a maioria dos novos acadêmicos a cada semestre já possui a formação de auxiliar ou técnico em enfermagem. A formação tecnicista, associado às experiências de trabalho, torna-se um forte obstáculo para concepção do enfermeiro como agente político.

D7:

“... que hoje se sabe que é tão amplo que ninguém tem saúde, então como que nós podemos trabalhar com que ele contempla maiores tópicos, vamos dizer assim, desse conceito da organização mundial.”

“... é fundamental pro enfermeiro que ele saiba o que é saúde para esse paciente, com base no conceito de saúde do paciente, de bem estar do paciente...”

“É que hoje como se apresenta a sociedade, como nós estamos inseridos, dificilmente, independente da condição financeira, [...] dificilmente as pessoas tem, por exemplo, a possibilidade de lazer [...]. Então eu digo que dificilmente uma pessoa tem saúde, contemplando todos os tópicos, baseados na modificação da nossa rotina, da nossa, como se apresenta hoje, a nossa rotina e a nossa... nossos estilos de vida vão dizer assim, que tem que se adequar.”

A problematização do conceito saúde leva a reflexão e a possibilidade da conclusão que não existe saúde, conforme as falas a cima. A possibilidade de lazer no conceito ampliado de saúde, além de um conjunto de determinantes como posição financeira, acesso a serviços de saúde, moradia, entre outros, contribuem para saúde integral.

Torna-se conflituoso problematizar saúde integral. A grande maioria da população não tem acesso a lazer, como também poderá não ter acesso a uma posição financeira confortável. Em uma primeira concepção, isto poderia rotular a pessoa como doente, cabe ao docente articular com os acadêmicos qual o peso,

valor atribuído pelo indivíduo, a esses determinantes para se considerar um ser saudável ou não.

10ª Categoria: Cuidado centrado na família

A criança doente é um fator de estresse familiar. A preocupação com o desenvolvimento na assistência a criança doente é datado da década de 50, através de um relatório feito pela Organização Mundial de Saúde a respeito da privação materna como fator etiológico perturbador da saúde mental (LIMA, ROCHA, SCOCHI, 1999).

A enfermagem deve compreender que a criança, independente de sua idade, é um membro da família e, este é primeiro grupo social em que ela é inserida após o seu nascimento. O cuidado centrado na família busca harmonizar as relações e criar interdependência entre os membros para a manutenção da qualidade de vida de todos.

Nas relações familiares encontramos forte estímulo para a adesão aos tratamentos, mudança de hábitos de vida, compreensão dos cuidados a serem prestados. A criança é um indivíduo dependente para que a manutenção da qualidade de vida ocorra, para que a recuperação do estado de doença seja revertida e, cabe aos profissionais da saúde e a família proporcionarem e impulsionarem este progresso.

D1:

“... e o cuidado centrado na família, não na criança indivíduo.”

Na fala acima, o docente descreve como trabalha o cuidado com a criança. Parte do princípio que a criança não pode ser fragmentada de sua família e, que o cuidado é para a família e não centrada no indivíduo, criança.

11ª Categoria: Educação sanitária

D1:

“... prevenindo a diarreia no caso de... é,... orientação de cuidados de higiene, saneamento do meio e cuidados pessoais, da criança, pessoais e do meio, então foi orientando cuidados nesse sentido.”

D2:

“... a partir dos indicadores, a partir de todos os levantamentos que se faz na epidemiologia, a educação em saúde pode ser trabalhada de diversas maneiras, e diversos setores, não necessariamente só saúde.”

Diferente da educação em saúde atual a educação sanitária apresenta uma prática fiscalizadora, com campanhas autoritárias impondo medidas técnicas associadas à higiene, saneamento e cuidados pessoais. Nesta prática educativa, o indivíduo assume o papel passivo de cumpridor de normas e torna-se culpado pelas doenças que o acometem. Esta concepção é fundamentada pelo modelo biologicista que cultua a existência de doenças pelo não cumprimento das normas de higiene e das alterações de comportamento.

A educação em saúde no Brasil tem seu início em práticas normalizadoras. Existia a necessidade de domínio sobre a situação sanitária imposta pela economia agroexportadora que exigiam medidas de controle higiênico. Algumas ações da educação sanitária foram: a vacinação compulsória, controle das atitudes moralidades dos pobres, normalização arquitetônica e dos portos (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Neste modelo de educação em saúde, na perspectiva sanitária, o indivíduo é visto como um depositário de conhecimentos sem nenhum conhecimento prévio e, o profissional da saúde considerado educador deposita os seus conhecimentos que são considerados inquestionáveis. Desta maneira, caso o indivíduo adoça ele é considerado o único culpado pelo seu estado de saúde, pois não modificou o seu comportamento.

Para SMEKE e OLIVEIRA (2001, p. 119).

A doutrina higienista, numa perspectiva hierárquica e autoritária de base fascista, o indivíduo deveria adequar-se às prescrições da Educação em saúde por meio do eugenismo. Esse *higienismo da raça* buscava evitar, mediante a cooperação entre ciência, educação, propaganda e legislação, qualquer desordem social ou moral, passando por cima da vontade individual, familiar, ou de quem que fosse.

Esta prática educacional potencializa a ideia do indivíduo como agente passivo, dependente de profissionais de várias esferas para aquisição de saúde. Ao indivíduo cabe aguardar que os problemas sejam resolvidos por terceiros a modificar o seu comportamento. A concepção do indivíduo como agente de transformação

neste contexto é inválida. Seus conhecimentos são desconsiderados, a prática que deve ser executada é aquela ordenada pelos profissionais.

12ª Categoria: Temática focada nos agravos

Quanto à categoria temática focada nos agravos os docentes justificam a necessidade de trabalhar os agravos mais prevalentes, pois acadêmicos e demais docentes consideram mais importantes as doenças e seus processos.

É comum no meio universitário, a cada semestre, os acadêmicos elegerem uma ou mais disciplinas como mais complexas e que, portanto, requerem maior dedicação. Como exemplo posso citar: fisiopatologia, bioquímica, anatomia. Existe a real necessidade de se conhecer os processos patológicos, mas há também a necessidade de problematizar e assistir a coletividade conforme suas características e necessidades articulando com as políticas públicas de saúde.

A totalidade deve ser um constante na grande maioria das disciplinas. Algumas disciplinas, que são a base para os demais conhecimentos, devem ser trabalhadas pontualmente. Mas, as disciplinas que caracterizam a profissão como, por exemplo, Enfermagem na Saúde da Mulher, Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente, entre outras, devem ser constantemente exercitadas como ação reflexiva.

D1:

“...focada nos agravos que a criança apresenta nessa faixa etária [...] identifiquei as doenças/agravos mais prevalentes para a criança e adolescente.”

“Então os agravos que mais aparecem são as doenças oncológicas, as doenças do trato gastrointestinal e doenças do trato respiratório.”

“Então foi neste sentido que a gente trabalhou esses agravos.”

D3:

“Essa disciplina pra eles (Fisiologia e Patologia Humana), no segundo semestre, é considerada, eu percebo isso, como a mais importante, a que eles dão mais ênfase...”

“... e dos próprios docentes, que consideram algumas disciplinas mais importantes que outras, deixando claro em seus discursos a necessidade de que o aluno saiba todos os processos fisiológicos e patológicos, que o aluno seja bom tecnicamente.”

D5:

“... e a gente então trabalhou mais especificamente as reações relacionadas aos sistemas [...] mas eu poderia dizer, eu acho que foi mais fragmentado.”

13ª Categoria: Doença relacionada com condições sócio-econômicas

Esta categoria está associada às patologias, a situação socioeconômica. É comum em um país de desigualdades sociais existirem a prevalência de certas doenças em regiões menos favorecidas. Mesmo dentro de uma mesma região ou município podemos identificar este cenário.

Um dos objetivos de trabalhar esta relação doença/condições sócio-econômicas é fazer com que o aluno exerça a sua capacidade de reflexão e, identifique possíveis estratégias para a reversão do cenário apoiado nas políticas públicas. Além da identificação das doenças e do cenário sócio-econômico, o exercício da escuta qualificada não somente de indivíduos ou coletividades, mas de profissionais da saúde para compreensão da instalação deste cenário.

Considera-se neste aspecto, a importância da mobilização da população para modificação da prevalência de doenças associadas ao cenário socioeconômico com recursos encontrados na localidade e de fácil compreensão e manuseio a todos.

D3:

“É mais evidente esta relação ao que tange a patologia. Por exemplo, dependendo do processo patológico, pode-se relacionar a doença com condições socioeconômicas...”

14ª Categoria: Exigências do mercado de trabalho**D3:**

“... depois na vida profissional, um tipo de enfermeiro totalmente tecnicista, mecanicista, totalmente que sabe todo o processo fisiopatológico da doença, mas não sabe atender o paciente de forma humanizada.”

“Entendo que isso seja reflexo da exigência do mercado de trabalho...”

Como observado na fala acima, o docente refere-se à formação do enfermeiro. Ele aponta um profissional que saberá os processos fisiopatológicos e as técnicas que serão realizadas, mas atende de forma desumanizada. Justifica este retrato profissional como uma exigência do mercado de trabalho, em que todos os dias novas tecnologias surgem para aperfeiçoar o tratamento de um indivíduo, e o enfermeiro além de saber utilizar, deve capacitar sua equipe sobrando pouco tempo para a humanização.

A humanização deve ser exercida em sua plenitude, em cada contato, em cada ação. Não existe um momento para humanizar, nem uma receita para tal.

A Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004, p.09).

A enfermagem, ao longo das décadas, vem se modificando hoje como ciência própria e independente, conquista novos espaços constantemente. O que não podemos deixar de enfatizar e resgatar constantemente é a essência do cuidado de enfermagem pautado do cuidado humano em suas relações.

D5:

“... da Educação em Saúde de uma maneira geral e também com relação a sua equipe né, como que ele acaba buscando na verdade o que essa equipe tá necessitando e, aí intervindo com a educação em serviço.”

Outra inquietação docente é que o enfermeiro esteja constantemente evidenciado as necessidades de capacitações e atualizações de sua equipe de trabalho, cabe ao enfermeiro o desenvolvimento desta competência. Na prática o que ocorre em alguns casos é que o enfermeiro repassa à sua equipe a função de educador, considerando nesta perspectiva a Educação em Saúde para o indivíduo ou família. Toda a equipe é composta de potenciais educadores, mas, o enfermeiro não deve abdicar de sua competência para se dedicar a funções burocráticas apenas.

D6:

“... porque a gente não quer formar; eu principalmente... tecnicistas, então técnicos de enfermagem melhorados, ou o pessoal que realmente eles saibam o que que é o cuidar...”.

Uma das características de quem ingressa na Graduação em Enfermagem é ter a formação prévia de Auxiliar ou Técnico em Enfermagem. Em vários momentos é constatada a concepção que estes novos acadêmicos buscam na graduação, apenas o certificado de enfermeiro e o aperfeiçoamento de suas habilidades técnicas. Na fala acima, observo a preocupação do docente em que realmente este acadêmico compreenda e exercite, já na graduação, as competências do enfermeiro nas aulas práticas e estágios supervisionados.

15ª Categoria: Empoderamento

Na categoria Empoderamento, as falas demonstram a perspectiva que os docentes possuem relacionados a esta palavra. De maneira abrangente, os docentes relacionam Empoderamento à autonomia que o indivíduo adquire após ter conhecimentos. Os conhecimentos aqui citados não estão relacionados à educação bancária, retratados pela educação sanitária, mas sim, a transformação do conhecimento que o indivíduo já possui a partir de suas experiências de vida.

O fortalecimento destes conhecimentos, agregados a participação popular, impulsiona a tomada de decisões assertivas e condizentes com a necessidade da coletividade. É através do Empoderamento que o indivíduo reconhece a sua autonomia no processo de saúde e doença.

A Educação em Saúde torna-se um instrumento para o Empoderamento através da construção de conhecimentos e da tomada de decisão individual e ou coletiva, buscando afirmar o direito à cidadania.

Segundo Carvalho (2005, p.62)

Por meio do “empowerment” a Nova Promoção da Saúde pretende capacitar e (ou) possibilitar (“enable”) que indivíduos e coletivos se preparem para responder, de maneira criativa, aos desafios biopsicológicos e sociais da vida social.

D4:

“... ao empoderamento então dessa população a partir do que; eles estão tendo consciência de que a sua participação é importante nas lutas pela melhoria da saúde...”

“... empoderamento desse conhecimento...”

“... o empoderamento foi trabalhado principalmente na questão da promoção em saúde, promoção e educação em saúde...”

“... empoderará do conhecimento, das práticas que ela pode obter a partir do conhecimento então em saúde ou ela vai ter, vai se empoderar da sua própria saúde.”

“... a partir da reforma sanitária, foi iniciado então a criação dos conselhos de saúde, ou seja, a população se organizava e discutia, então debatia com os representantes da saúde, do governo, da gestão as práticas então que seriam mais adequadas...”

O poder das comunidades para tomada de decisões e implementação de estratégias para manutenção da qualidade de vida é primordial nas iniciativas de promoção da saúde. A participação popular nas decisões a cerca da saúde da comunidade, como também acesso às informações de maneira continuada e as oportunidades de aprendizagem é chamado de empowerment comunitário (CZERESNIA e FREITAS, 2003).

D7:

“... é importante que ela assuma o comprometimento com isso. Que seja o agente mesmo de... o seu próprio transformador.

A associação que os docentes elegem com a palavra Empoderamento está intimamente relacionada à promoção da saúde. Neste sentido, eles buscam fortalecer com os acadêmicos a concepção que é necessária, o indivíduo e comunidade, adquiram conhecimentos, desenvolvam habilidades e atitudes pessoais que favoreçam a manutenção e aquisição de saúde individual ou coletiva. Para que ocorra o desenvolvimento das habilidades e atitudes é imprescindível que as informações sobre saúde, e seus determinantes, sejam amplamente divulgadas e discutidas em qualquer espaço coletivo.

Tema: Método

Após a leitura das entrevistas com os docentes, emergiram categorias que formaram o tema método por caracterizarem aspectos relativos à metodologia de ensino adotada pelos docentes da Graduação em Enfermagem. Segue descrição no quadro 09.

| Categorias | Subcategorias |
|--------------------------|--|
| 1. Problematização | <i>Pergunta e resposta;</i> <i>Dramatização;</i> <i>Estudo de caso;</i> <i>Leitura de texto;</i> <i>Seminário;</i> <i>Vídeo;</i> <i>Construção coletiva.</i> |
| 2. Ementa cheia de temas | |
| 3. Pedagogia tradicional | |

Quadro 09: Categorização das unidades de registros identificadas nas entrevistas com os docentes referentes ao tema método.

1ª Categoria: Problematização

Subcategorias:

Pergunta e resposta;

Dramatização;

Estudo de caso;

Leitura de texto;

Seminário;

Vídeo;

Construção coletiva;

Na categoria Problematização, os docentes revelam os diversos métodos utilizados para a construção do conhecimento. O componente político orienta todo o processo ensino-aprendizagem e está destinado à imersão da prática social. As questões da saúde podem ser problematizadas em diferentes espaços sociais que

objetivam a transformação pessoal e coletiva. Neste contexto, todos os elementos inseridos pertencem somente a um nível de importância.

Sendo problematizada a situação vivenciada, as trocas de experiências no grupo pelo espaço dialógico, direcionam acadêmicos e docentes a níveis mais complexos de consciência da realidade.

Desta maneira a construção do conhecimento se dá na relação, no diálogo, na aproximação de saberes.

D1:

“... com várias estratégias de ensino-aprendizagem, desde pergunta e resposta, dramatização, estudo de caso, leitura de texto, apresentação de seminário, [...] vídeo, [...] construção coletiva...”.

“... eu gosto de trabalhar com a metodologia da problematização...”.

D2:

“... indicadores de saúde das localidades deles, porque são alunos de diversos municípios...”.

“Então fazendo exercícios, fazendo estudos de casos, fazendo discussões em sala de aula...”.

D3:

“Até mesmo a questão de fazer um painel interativo, onde eles consigam visualizar o sistema renal e consigam utilizar esse mesmo sistema que eles montaram uma maquete, um esquema, enfim, pra conseguir orientar outras pessoas...”.

Observo na fala acima a perspectiva da construção de materiais educativos realizados pelos acadêmicos, e este sendo apresentando em sala de aula, mas também com uma segunda possibilidade de utilizar com pacientes na dimensão da educação em saúde.

A possibilidade de trabalhar novos recursos pedagógicos, e estes serem utilizados na prática profissional, desperta um novo olhar sobre a escola. Para SAVIANI (1989, p. 21)

“[...] a aprendizagem seria uma decorrência espontânea do ambiente estimulante e da relação viva que se estabeleceria entre alunos e entre o professor. Para tanto cada professor teria que trabalhar com pequenos grupos de alunos, sem o que a relação interpessoal, essência da atividade educativa, ficaria dificultada; e num ambiente estimulante, portanto, dotado de materiais didáticos

ricos, biblioteca de classe etc. Em suma, a feição das escolas mudaria seu aspecto sombrio, disciplinado, silencioso e de paredes opacas, assumindo um ar alegre, movimentado, barulhento e multicolorido”.

D4:

“... indo a campo fazendo grupos, trazendo a comunidade para dentro da unidade e fazendo também o inverso, indo pra comunidade...”.

“... depois a gente fez uma dinâmica em que o aluno corria então a estratégia da família como o centro da atenção e, todas as possíveis relações com outros setores relacionados à saúde diretamente ou indiretamente... ’

“... a gente fez o fechamento bem interessante com a participação de uma enfermeira especialista em saúde da família...”.

D6:

“... através de leituras dinâmicas, exposição de gravuras, textos que é importante, que eu quero um enfermeiro...”.

“... fazer discussão em sala de aula, fazer debates, seminários, né...”.

D7:

“... capacidade de refletir sobre tudo aquilo que se traz...”.

“... qual é a representatividade, qual o local onde isso acontece, porque muitas vezes existem particularidades da comunidade ou da cidade...”.

Outra característica observada é a possibilidade de promover palestras, debates com profissionais que estão imersos no cenário da saúde. Para o docente e acadêmicos, este é o momento em que os pontos que ainda permaneciam obscuros, relacionados ao cotidiano dos cenários de práticas, podem ser esclarecidos.

2ª Categoria: Ementa cheia de temas

Nesta categoria, os docentes expressam que o ementário das disciplinas está sobrecarregado de temas com isso, existe a necessidade de fragmentar mais o conteúdo, sendo este trabalhado em grau de complexidade.

Para os docentes também esta característica das disciplinas serve como justificativa para utilizar as mesmas estratégias pedagógicas, normalmente aulas expositivas com uso de tecnologias. A organização curricular deve permitir a

navegabilidade por diversas áreas do conhecimento. Disciplinas com pouca carga horária e uma imensidão de conteúdos possibilitam a anulação dos espaços dialógicos e a troca de saberes constante. Neste cenário existe a preocupação contínua do docente em cumprir a ementa programada para disciplina em tempo hábil conforme o semestre acadêmico.

É comum encontrarmos nos discursos de docentes o quanto as aulas tornam-se pouco atrativas pelo excesso de conteúdo e a pouca diversidade de estratégias metodológicas.

D1:

“... a ementa é muito cheia de temas...”.

D3:

“É realmente a disciplina a ementa em si, ela obriga a uma fragmentação...”.

“E na realidade, não consigo ver outra forma didática, que não seja a fragmentada, para trabalhar a disciplina de fisiologia e patologia humana.”

As universidades, ao reformularem ou reprogramarem a grade curricular dos cursos, devem tornar este momento um espaço de trocas de experiências entre docentes, acadêmicos e graduação. Esta é uma oportunidade para definir carga horária, conteúdos e localização da disciplina com objetivo de harmonizar as relações entre os três elementos que constituem a grade curricular.

3ª Categoria: Pedagogia Tradicional

D1:

“... eu acabei fazendo as aulas mais expositivas e dialogadas...”.

D3:

“E a facilidade é que eles estudam um pouco mais, porque a disciplina que eles, pelo menos demonstram querer estudar mais, por mais que lê decorem...”.

“Mas a disciplina exige um pouco que eu seja um pouco mais técnico em relação a isso”.

A pedagogia tradicional, bancária esta presente no cotidiano dos professores desde a primeira escola fundada no Brasil. O método da pedagogia tradicional é fortemente pautado na memorização, a assimilação de conteúdo transmitido pelo docente. Neste aspecto a aprendizagem é receptiva e mecânica, para avaliar a aprendizagem, recorre-se a provas escritas com grande volume de conteúdo que deve ser memorizado.

Nas falas acima os docentes justificam a necessidade de utilizar a pedagogia tradicional, pois se trata das disciplinas com maior volume de conteúdo e considerada pelo universo acadêmico a mais importante. Neste momento fica claro que os docentes são condizentes com esta prática, pois desta maneira conseguirão concluir o conteúdo até o término do semestre.

O *nó crítico* de tal prática está na memorização e na concepção de que o acadêmico é um ser sem conhecimento algum. É notável que após memorizar e reproduzir o conteúdo nas provas aplicadas o aluno esquece o conteúdo que, muitas vezes, é a base para novos conhecimentos nos próximos semestres.

5 SÍNTESE PROPOSITIVA

Este capítulo tem o objetivo de apresentar uma síntese propositiva de mudança da realidade e as proposições resultantes desta pesquisa. A síntese é resultado do conjunto de informações obtidas durante a coleta de dados adicionando-se sugestões/estratégias para mudança da realidade.

Esta síntese propõe estratégias para impulsionar o desenvolvimento de práticas curriculares de **Educação em Saúde** baseado na **Integralidade** em oposição ao **Modelo Biomédico**.

Abaixo no quadro 10 represento esquematicamente: problemas, soluções e estratégias.

| Problemas | Soluções | Estratégias |
|--|--|--|
| Predomínio do modelo biologicista (saúde como contrário de doença). | <ul style="list-style-type: none"> Incentivar a utilização e aplicação em sala de aula e campos práticos do conceito ampliado de saúde e a integralidade na assistência. | <ul style="list-style-type: none"> Debate com a coordenação e docentes em reunião de congregação sobre os resultados da pesquisa; Promover oficinas de problematização dos conceitos de saúde e doença para os docentes debatendo a utilização dos conceitos e do modelo de assistência vigente. |
| Concepção de Educação em Saúde como educação sanitária. | <ul style="list-style-type: none"> Revisão dos conceitos utilizados em sala de aula e campos práticos pelos docentes; Incentivar a utilização em sala de aula e campos práticos ao uso do conceito de Educação em Saúde em uma perspectiva de promoção da saúde. | <ul style="list-style-type: none"> Debate com a coordenação e docentes em reunião de congregação sobre os resultados da pesquisa; Promover oficinas de Educação em Saúde para os docentes debatendo a utilização dos conceitos e do modelo de assistência vigente. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Debate com a coordenação e docentes em reunião de congregação sobre os resultados da pesquisa; |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Conhecimentos trabalhados em sala de aula estão focados nas patologias.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Revisão das ementas das disciplinas da Graduação em Enfermagem. | <ul style="list-style-type: none"> • Resgatar a ciência própria da Enfermagem que é o cuidado ao ser humano em situações de saúde ou doença. • Após a visita do MEC, que esta programada para o segundo semestre do corrente ano, convocar os docentes para a revisão das disciplinas da Graduação em Enfermagem. |
| <p>Ementas com excesso de conteúdo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Revisão das ementas das disciplinas da Graduação em Enfermagem. | <ul style="list-style-type: none"> • Debate com a coordenação e docentes em reunião de congregação sobre os resultados da pesquisa. • Após a visita do MEC, que esta programada para o segundo semestre do corrente ano, convocar os docentes para a revisão das disciplinas da Graduação em Enfermagem. • Proporcionar através do plano de ensino aprendizagem continuidade nos conteúdos trabalhados favorecendo a integração entre as disciplinas. |
| <p>Pouca diversificação dos cenários de práticas</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a inserção precoce dos acadêmicos nos cenários das práticas de saúde. | <ul style="list-style-type: none"> • Debate com a coordenação e docentes em reunião de congregação sobre os resultados da pesquisa; • Rever o Plano Político Pedagógico da Graduação em Enfermagem de forma a articular, já nos primeiros semestres, a inserção dos acadêmicos nos cenários de práticas com ênfase na saúde pública; • Realizar convênio com a Secretaria Municipal de |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>Saúde propondo aulas práticas nas unidades básicas de saúde e policlínicas como também em Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar oficinas com os docentes propondo ultrapassar as barreiras da sala de aula para o aprendizado; • Realizar visitas com os acadêmicos a diversos bairros com o objetivo de proporcionar vivências na atenção primária à saúde. |
| <p>Utilização da pedagogia tradicional</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a utilização da pedagogia problematizadora. | <ul style="list-style-type: none"> • Debate com a coordenação e docentes em reunião de congregação sobre os resultados da pesquisa; • Incentivar a construção de oficinas pedagógicas para os docentes, coordenada pelo serviço de pedagogia da Instituição de Ensino. Trabalhar as diversas práticas pedagógicas incentivando a adoção da pedagogia problematizadora. |

Quadro 10: Apresentação da Síntese propositiva

Fonte: Dados da pesquisa.

Modificar as práticas curriculares vigentes apoiadas no modelo biomédico/biologicista compreende articular conhecimento de vários segmentos dentro do Curso de Graduação em Enfermagem. Desta forma, o exercício da visão ampliada de saúde sob o eixo da integralidade traduz em uma busca constante da promoção da saúde como um processo contínuo e dinâmico. Para que tais modificações aconteçam faz-se necessário o reconhecimento da coordenação do curso e dos demais docentes sobre tais evidências constatadas durante a aplicação da pesquisa, além do firme propósito de desejar tais mudanças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a formulação da síntese propositiva encerro minha pesquisa delineando alguns pontos significativos como pesquisadora.

A escolha pelo tema teve o firme propósito de demonstrar a tendência da Educação em Saúde apoiada no modelo biomédico/biologicista, como foi comprovada através da aplicação da pesquisa. Torna-se relevante documentar a transformação pessoal ocorrida ao longo das aulas oferecidas pelo Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Como docente da disciplina Educação em Saúde e enfermeira considerava que as práticas curriculares utilizadas na disciplina eram suficientes para semear no acadêmico a perspectiva da Educação em Saúde transformadora, capaz de *empoderar* indivíduos e comunidade.

Impulsionada pelos docentes e disciplinas oferecidas no mestrado foi possibilitado a transformação docente/enfermeira da disciplina Educação em Saúde, que em uma perspectiva de Integralidade é possível, hoje, oferecer aulas consideravelmente substanciais. Contudo, considero relevante a modificação das demais práticas curriculares para a concretude do objetivo maior, formação de recursos humanos para saúde apoiada em modelos positivos de transformação da realidade.

Oportunizando o reconhecimento do curso pelo Ministério da Educação – MEC, previsto para o segundo semestre de ano de 2010, será possível rever a grade curricular da Graduação em Enfermagem, posteriormente ao laudo avaliativo. Este será um momento *sui generis* onde a possibilidade de mudanças ficará vigente caso seja sinalizada.

A Instituição de Ensino Superior, especificamente a coordenação da Graduação em Enfermagem poderá realizar um planejamento com oficinas de modo a transformar as práticas curriculares, direcionando-as para uma perspectiva problematizadora e condizentes com o perfil e necessidades de saúde da população brasileira. Desta maneira, a formação do acadêmico de Enfermagem estará atendendo as solicitações do modelo de assistência integral/integralidade o qual sustenta as práticas de saúde do SUS.

Constarei ao longo da aplicação da pesquisa registrada, através das falas dos docentes, que os modelos das práticas de saúde reproduzidos em sala de aula

ainda são reflexos do que estes docentes tiveram em sua formação. Ou seja, reflexo do modelo biomédico/biologicista.

Desta maneira esta pesquisa contribuirá para reformulação curricular da Graduação em Enfermagem e servirá para reestruturar as práticas de saúde construídas em sala de aula e em campos de aulas práticas/estágios com docentes e acadêmicos.

Finalizo esta pesquisa confiante que contribui para reformulação das práticas curriculares para ensinar Educação em Saúde da Graduação em Enfermagem, sendo este um passo inicial para transformação da realidade da formação de recursos humanos para área da saúde.

A determinação com o qual iniciei o mestrado é mesma com o qual o finalizo. Tal determinação faz contemplar um horizonte de passos infinitos em busca da sabedoria, capaz de contribuir para mudanças na formação de recursos humanos para área da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência nacional da saúde**. Relatório final Brasília, 1986. 21 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/bibliotecc/realatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 29 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html. Acesso: 03 março 2010

BRASIL, Ministério da educação e cultura. Conselho Federal de educação. **Currículo mínimo do curso de enfermagem**. Parecer 314/94 Brasília, 1994.17p (mimiogr.)

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde PRÓ-SAÚDE**. Brasília: MS, 2005.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de janeiro, Fiocruz, 2003.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

CASTRO, A. MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DANIELSKI, K. **O currículo integrado em enfermagem** – um estudo sobre a universidade regional de Blumenau. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2009.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck**. 2000. 207f. tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GERSCHMAN, S. **A democracia inclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GEOVANINI, T. SCHOLLER, S. D.; MOREIRA, A.; MACHADO, W. C. A. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção**: critérios para avaliação. Saúde em Debate, 2002.

GISI, M. L.; ZAINKO, M. A. S. Universidade e construção do projeto político pedagógico dos cursos. In: SAUPE, R. **Educação em enfermagem**: da realidade construída a possibilidade em construção. Florianópolis: editora da UFSC, 1998. P. 87-114.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa editora, 1997.

LIMA, R. A. G de; ROCHA, S. M. M; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, abr. 1999. Disponível em: < http://WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000200005&Ing=PT&nrm=isso>. Acesso em: 23 abril 2010.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V. L.; BORBA, M. R. O pensar e o fazer da prática pedagógica: a busca de uma nova enfermeira. In: SAUPE, R. **Educação em enfermagem**: da realidade construída a possibilidade em construção. Florianópolis: editora da UFSC, 1998. P. 164-183.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MESSANO, G. C. Conhecendo os principais aspectos do aprendizado do adulto. In: COLMAN, F. T. **Tudo o que o enfermeiro precisa saber sobre treinamento**: um manual prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MOREIRA, A. A profissionalização da enfermagem. In: OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2007. P. 98-119.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde (SUS) In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OGUISSO, T. **Trajetória e legal da enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2007.

OMS: **Carta de Ottawa**, Canadá, 1986. <http://www.ptacs.pt/document/cartadeotawa.pdf>. Acesso em 03/03/2010.

PAGLIOSA, F. L. e DA ROS M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, 2008 (492-499). Disponível em: http://www.ibsaude.org.br/admin/noticias/168/13_relatorio_flexner.pdf. Acesso em 10/05/2010 às 10:35h.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

PASCHE, D. F. e HENNINGTON, E. A. O sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

PEDROSA, J. I. D. D. **Promoção da saúde e educação em saúde**. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

POLIT, D. F. e HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROCHA, J. H. **A saúde você: proposta e transformação do setor saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Imagem Virtual editorações, 1992.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SANTOS, E. F. dos. et al. **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2002. .

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. São Paulo: Cortez, 1989.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepção de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo. 4 ed. 2002.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICOVSKY, M. A. R.; LAUTERT, L. A. A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. In: SAUPE, R. **Educação em enfermagem**: da realidade construída a possibilidade em construção. Florianópolis: editora da UFSC, 1998.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 01

PROTOCOLO PARA ANÁLISE AMOSTRA DOCUMENTAL

1. Documento:

2. Conteúdo explícito:

3. Conteúdo implícito:

4. Cenários de práticas:

5. Referencial teórico:

7. Outras observações:

APÊNDICE 02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Título do Projeto: **Práticas Curriculares de Educação em Saúde no Curso de Graduação em Enfermagem.**

Pesquisadores Responsáveis: **Ana Paula Kühl Caldonazo e Luiz Roberto Agea Cutolo**

Telefone para contato: **(47) 8445-1391 anapaulakuhl@yahoo.com.br**

Considerando a realidade da população brasileira e da dinâmica do movimento da Reforma Sanitária, atrelado a história da formalização do cuidado da enfermagem torna-se comum enfermeiros assumirem as competências de educador/docente nos cursos de graduação em enfermagem. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa é **identificar práticas curriculares para ensinar educação em saúde nas diferentes disciplinas da graduação em enfermagem.** Para tal, será utilizada como referência a abordagem qualitativa. Sua contribuição na pesquisa será disponibilizar o plano de ensino-aprendizagem referente a disciplina a qual você é docente na graduação em enfermagem. Posteriormente a leitura será necessário um encontro para aplicar uma entrevista semi-estruturada a fim de certificar-me de alguns dados contidos nos planos de ensino-aprendizagem. Estas informações serão analisadas, classificadas e categorizadas a luz de referenciais teóricos da área.

Desta maneira seguindo a linha de pensamento que considera a educação em saúde como parte de um todo indissociável, é que este projeto irá se desenvolver, analisando quais as práticas curriculares utilizadas para o ensino da educação em saúde nas diferentes disciplinas da graduação em enfermagem. Estudo este que contribuirá para a reflexão dos docentes de diferentes faculdades sobre o ensinar educação em saúde. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos e garante o caráter sigiloso de identidade, bem como o direito de desistir e retirar suas informações concebidas a qualquer tempo. O participante poderá entrar em contato com os pesquisadores a qualquer tempo para solicitar esclarecimentos, dar sugestões e fazer contribuições. Os resultados desta pesquisa serão divulgados e informados aos participantes através da reunião de congregação da Graduação em Enfermagem da Instituição de Ensino Superior a qual sediará a pesquisa.

Nome do Pesquisador: Ana Paula Kühl Caldonazo

Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG ou CNPJ _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo. Fui devidamente informado e esclarecido sobre o projeto, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi - me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data:

Nome:

Assinatura:

Telefone para contato:

APÊNDICE 03**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS**

Eu, Ana Paula Kühn Caldonazo, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada, **Práticas Curriculares de Educação em Saúde no Curso de Graduação em Enfermagem** declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00 e 304/00 do CNS/MS**), e assumo, neste termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletados no(s) prontuários do (s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos. Assumo ainda neste Termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Declaro ainda que os dados da pesquisa ficaram arquivados com a pesquisadora.

Itajaí, _____ de _____ de 2009.

Ana Paula Kühn Caldonazo

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)