

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SAÚDE DO TRABALHO**

**RONI REGINA MIQUELLUZZI**

**OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE NO CURSO TÉCNICO DE**  
**ENFERMAGEM DO IF-SC**

**Itajaí (SC), 2010**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**RONI REGINA MIQUELUZZI**

**OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE NO CURSO TÉCNICO DE  
ENFERMAGEM DO IF-SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Stella Maris Brum Lopes.  
Co-orientadora: Profa. Dra. Juliana Vieira de Araujo Sandri.

**Itajaí (SC), 2010**

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SAÚDE DO TRABALHO**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação “*Os sentidos da integralidade no Curso Técnico de Enfermagem do IF-SC*”, elaborada por *Roni Regina Miquelluzzi*, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, defendida em 24 de novembro de 2010, na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, SC.

Comissão Examinadora:

---

**Profa. Dra. Stella Maris Brum Lopes (Orientadora)**

Universidade do Vale do Itajaí

---

**Profa. Dra. Juliana Vieira de Araujo Sandri (Co-orientadora)**

Universidade do Vale do Itajaí

---

**Profa. Dra. Kenya Schmidt Reibnitz**

Universidade Federal de Santa Catarina

---

**Profa. Dra. Águeda Lenita Pereira Wendhausen**

Universidade do Vale do Itajaí

**Dedico aos meus queridos filhos, Luiza e Gustavo, com alegria e amor; e aos meus pais, Ingeburg e Valentim, pela vida, educação e amor.**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me acompanharam durante mais esta importante conquista de minha vida, em especial a:

A Deus pela possibilidade e por ter me iluminado durante o trajeto.

À Dra. Stella Maris Brum Lopes, que orientou o trabalho com paciência e carinho, respeitando minhas limitações e dificuldades.

À Dra Juliana Vieira de Araujo Sandri professora co-orientadora pelo apoio e atenção.

Aos meus filhos Luiza e Gustavo pela compreensão de minhas ausências.

Aos meus pais e irmãos Marly, Marlene e Edson, mesmo distante se fizeram presente.

Ao Instituto Federal de Santa Catarina e Univali por esta oportunidade.

Aos colegas do curso pela amizade.

Aos professores do IFSC- campus de Joinville que concordaram em fazer parte da pesquisa e pelo apoio.

À amiga Rosane que compartilhou idéias para enriquecer a pesquisa.

Ao querido Valmor pelo incentivo, força e paciência em todos os momentos.

À Josiane Steil Siewert pela disponibilidade e elaboração do abstrat.

À amiga Noemia Brall pela disponibilidade para correção de português e pelo carinho.

À Angela Morel Nitschke pela formatação com atenção e muita dedicação.

A amiga Cléia Bawmgarten por facilitar as trocas ou substituir as aulas na minha ausência.

Enfim, a todos que de uma forma ou outra contribuíram a esta pesquisa.

**“... Queira!  
Basta ser sincero  
E desejar profundo,  
Você será capaz de sacudir o mundo  
Tente outra vez!  
Não diga que a batalha está perdida  
Se é de batalhas que se vive a vida.  
Tente outra vez...” (Raul Seixas).**

## RESUMO

MIQUELLUZZI, Roni Regina. **Os sentidos da integralidade no curso técnico de enfermagem do IF-SC**, 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Programa de Pós-graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2010.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, o que se materializa através da proposta do Sistema Único de Saúde – SUS. Para dar conta desse novo modelo, foram instituídos seus princípios e as suas diretrizes e, dentre um dos princípios do SUS, a integralidade, procura ver a pessoa como um todo, resolvendo os seus problemas de forma integral pela equipe de saúde na qual se insere o profissional de nível técnico. A integralidade é um princípio que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença através da promoção, proteção, recuperação e reabilitação. O objetivo desse estudo é compreender a concepção da integralidade existente no curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Santa Catarina – Campus de Joinville. É um estudo de abordagem qualitativa descritiva exploratória. Foram sujeitos do estudo 13 docentes Enfermeiros efetivos do curso Técnico de Enfermagem e o Projeto Pedagógico do Curso Técnico de Enfermagem do IF-SC do campus de Joinville – SC. A coleta de dados foi realizada através de análise documental do projeto pedagógico do curso e da entrevista individual semiestruturada que apresentava questões referentes aos sentidos da integralidade e sua aplicação na formação. A análise foi realizada por meio dos conteúdos, nos quais se identificou os três sentidos: atributos dos profissionais de saúde associado à atitude, ou seja, a boa prática médica; organização dos serviços e práticas de saúde e, integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde. O sentido de maior ocorrência está relacionado com a boa prática médica, e de forma ainda incipiente, identificaram-se os sentidos relacionados às respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos. Os docentes referem a maior valorização dos aspectos relacionados aos procedimentos técnicos, porém há relatos de práticas humanizadas e holísticas à saúde do paciente, o trabalho em equipe e uma visão ampliada da saúde. Ao término desse estudo, verifica-se que a formação tendo a integralidade como eixo norteador, ainda é uma proposta desafiadora, pois significa romper com o modelo tradicional para envolver e ressignificar o processo ensino/aprendizagem e renovar os conceitos e a forma de ensinar.

**Palavras-chave:** Integralidade, Sistema Único da Saúde, Técnico de enfermagem – Formação profissional.



## ABSTRAT

MIQUELLUZZI, **Roni Regina**. **The Meanings of Integrality in Nurse Technician Course of IF-SC**, 2010. 99 f. M. Sc. Dissertation (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Programa de Pós-graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2010.

From the Federal Constitution of 1988, health has become a right for everybody and duty to State, due to Brazilian Unified Health Care System (SUS) proposal. To handle this model were imposed the principles and guidelines of SUS. One of them is Integrality, which has the objective to consider the person in biological, psychological and social dimensions in the health disease process, solving his/her problems with in an integral approach by the health team where the nurse technician being part of. The aim of this study was to understand the conception of integrality in Nurse Technician Course of Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC) – Campus Joinville. This Master Thesis used a descriptive exploratory qualitative approach. The sample was constituted with 13 teachers of the Nurse Technician Course and with the documentary analysis of the Nurse Technician Course. The technique used to collect data was the documentary analysis of the Nurse Technician Course Curriculum and the individual semi structured interview with the teachers. The questions were about the meanings of integrality and its formal application. The Content Analysis was done, in which were identified three Meanings: Health Professionals characteristics, associated with attitude, in other words, good medical practice; service organization and health practices, integrality and policies to specific groups, as government responses to health problems. The Meaning that most appeared was good medical practice, and in an undeveloped way, was identified the meanings related to government responses to specific health problems, or the need of specific groups. The teachers said that the aspects related to the technical procedures were more valued, but there are reports of a humanize and holistic health practice, team work and a broader vision of health. At the end of the study, it was showed that formation based on integrality is still a challenge, because it means breaking with the traditional model and involves reframe the teaching/ learning process, renewing the concepts and way of teaching.

**Key words:** Integrality; Brazilian Unified Health Care System (SUS); Nurse technician; Formation professional.

## LISTA DE FIGURAS

|                             | P. |
|-----------------------------|----|
| Figura 1: Módulo I .....    | 43 |
| Figura 2: Módulo II .....   | 46 |
| Figura 3: Módulo III .....  | 48 |
| Figura 4: Módulo IV .....   | 50 |
| Figura 5: Módulo V .....    | 54 |
| Figura 6: Módulo VI .....   | 55 |
| Figura 7: Módulo VII .....  | 64 |
| Figura 8: Módulo VIII ..... | 65 |
| Figura 9: Módulo IX .....   | 70 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
|  | P. |
| Quadro 1: Sentidos da Integralidade .....                      | 38 |
| Quadro 2: Módulos e Unidades Curriculares correspondentes..... | 41 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|         |   |
|---------|---|
| ABNT    | Associação Brasileira de Normas Técnicas            |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial                      |
| CCIH    | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar         |
| CEAP    | Centro de Educação e Assessoramento Popular         |
| DST     | Doenças sexualmente transmissíveis (DST)            |
| IF- SC  | Instituto Federal de Santa Catarina                 |
| LDB     | Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional       |
| MEC     | Ministério da Educação                              |
| NOB/RH  | Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos     |
| ONGs    | Organizações não governamentais                     |
| PAC     | Projeto de Ação Comunitária                         |
| PAISC   | Programa de assistência integral à saúde da criança |
| PAISM   | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  |
| PPC     | Projeto Pedagógico do Curso                         |
| PROSAD  | Programa saúde do adolescente                       |
| SEMTEC  | Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica   |
| SIAB    | Sistema de Informações da Atenção Básica            |
| SIM     | Sistema de Informações de Mortalidade               |
| SINAN   | Sistema de Informação de Agravos de Notificação     |
| SISVAN  | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional       |
| SNS     | Sistema Nacional de Saúde                           |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                              |
| UNIVALI | Universidade do Vale do Itajaí                      |

## SUMÁRIO

|  | P.        |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                    | <b>18</b> |
| <b>2.1 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde .....</b>      | <b>18</b> |
| <b>2.2 Integralidade e seus sentidos .....</b>                       | <b>21</b> |
| <b>2.3 O Profissional Técnico de Enfermagem.....</b>                 | <b>25</b> |
| 2.3.1 Caracterização .....   | 25        |
| 2.3.2 Formação do Profissional .....                                 | 28        |
| 2.3.3 Formação Profissional e a Integralidade .....                  | 32        |
| <b>3 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>                                 | <b>36</b> |
| <b>3.1 Contexto do estudo.....</b>                                   | <b>36</b> |
| <b>3.1.1 Apresentando o Curso Técnico de Enfermagem .....</b>        | <b>37</b> |
| <b>3.2 Instrumentos de pesquisa.....</b>                             | <b>39</b> |
| <b>3.3 Desenvolvimento da pesquisa.....</b>                          | <b>39</b> |
| <b>3.4 Aspectos éticos.....</b>                                      | <b>42</b> |
| <b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>                       | <b>43</b> |
| <b>4.1 Os sentidos da integralidade identificados no curso .....</b> | <b>43</b> |
| <b>4.2 A Integralidade como eixo transversal.....</b>                | <b>74</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                  | <b>83</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>87</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>   | <b>94</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

O Técnico de Enfermagem é considerado um profissional que tem competência técnico-científica e humanística, comprometido com uma prática voltada ao cuidado em Enfermagem, podendo atuar em diferentes setores, tanto na saúde individual quanto na coletiva, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e reabilitação no processo saúde - doença (IF-SC, 2009a).

No Instituto Federal de Santa Catarina (IF-SC) o Curso Técnico de Enfermagem tem duração de dois anos, distribuído em nove unidades curriculares durante quatro semestres letivos. O currículo tem 1800 horas, sendo 960 horas teóricas e práticas, 640 horas de estágio supervisionado subsequente à teoria e, ainda, 200 horas no Projeto de Ação Comunitária - PAC (IF-SC, 2009a).

O referido Instituto foi criado em Florianópolis por meio do decreto nº. 7.566, de 23 de setembro de 1909, pelo presidente Nilo Peçanha, como Escola de Aprendizizes Artífices de Santa Catarina. É uma instituição pública federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC) por meio da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC). Com sede em Florianópolis, tem por finalidade a formação e qualificação de profissionais no âmbito da educação profissional e tecnológica, nos diferentes níveis e modalidades de ensino, para os diversos setores da economia. Tem como propósito, também, incentivar a pesquisa aplicada e promover o desenvolvimento tecnológico de novos processos, produtos e serviços, em estreita articulação com os setores produtivos e a sociedade, especialmente de abrangência local e regional, oferecendo mecanismos para a educação continuada (IF-SC, 2009b).

Em Joinville, o IF-SC iniciou sua atuação em 1994 - após convênio com o Hospital e Maternidade Dona Helena - com o Curso Técnico de Enfermagem, que funcionava apenas como uma Gerência Educacional de Saúde, ligada ao Campus Florianópolis. E foi apenas a partir de agosto de 2006 - com o Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica do país -, que a Gerência Educacional de Saúde de Joinville passou a ser uma Unidade de Ensino, ampliando suas atividades e implantando novos cursos na área da indústria, a saber, os cursos

de eletrônica e de mecânica industrial. Atualmente, além dos cursos técnicos, oferece cursos superiores na área de tecnologia em Mecatrônica Industrial e em Gestão Hospitalar (IF-SC, 2009b).

A formação dos profissionais dos cursos técnicos no IF-SC passou a ser objeto de reflexão a partir das novas reformulações do MEC e do Conselho Nacional de Educação (CNE), tendo como princípio a formação de um profissional com perfil voltado às necessidades atuais da população. Para preparar adequadamente esses profissionais, o Ministério da Educação propôs a reformulação do ensino brasileiro através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9394/1996 (BRASIL, 2000). A partir dessas reformulações, as escolas estão tendo maior autonomia para construir seus currículos, desde que observem as disposições constantes nas leis e referências que norteiam a formação.

Para o Curso Técnico de Enfermagem, o MEC/SETEC, nas discussões com o Ministério da Saúde e em consonância com os princípios e diretrizes dos SUS, definiu um perfil baseado em competências e habilidades comuns a todos os profissionais da saúde incentivando a integralidade como eixo norteador na formação (BRASIL, 2000).

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) Técnico de Enfermagem foi reformulado por diversas vezes desde sua criação, em 1994. No início do curso, o PPC foi construído com desenhos curriculares em forma de disciplinas, como: anatomia, introdução à farmacologia, psicologia, clínica médica e cirúrgica, fundamentos de enfermagem, entre outras.

A primeira reformulação foi no ano de 2000 baseando-se na nova proposta do Ministério da Educação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico, segundo o Parecer CNE nº. 16/99. Foi definido um ensino baseado num desenho curricular por competências e módulos compostos pelas unidades curriculares. Alguns fatores, como por exemplo, a falta da capacitação dos docentes e de estrutura da própria escola, e por se tratar de uma gerência localizada distante dos demais departamentos da escola, dificultou colocar em prática tais mudanças (BRASIL, 2000).

Em relação ao desenho curricular ser estruturado em módulos e unidades curriculares (disciplinas), por exemplo, a anatomia é aprendida dissociada da clínica médica, da clínica cirúrgica, da semiotécnica, das políticas públicas. Essa prática é contrária ao que alerta o Parecer CNE nº. 16/19, no qual as disciplinas devem se

“compor de forma integrada, de modo a romper com a segmentação e o fracionamento, uma vez que no desenho profissional o indivíduo atua integralmente” (BRASIL, 2000, p. 214).

Nas atuais reformulações curriculares estão sendo envolvidos todo o corpo docente e os outros profissionais da instituição. Tal fato se deve às experiências das reformulações de 2002 e 2005, aos docentes com maior experiência e à própria escola que está mais bem estruturada. Destaca-se que em 2009, todos esses atores já haviam participado nas reformulações curriculares daquele ano. Essas reformulações aconteceram frente às novas exigências do mercado de trabalho, pelos relatos que as instituições da saúde forneceram sobre o perfil dos profissionais e baseando-se nas experiências e necessidades dos diferentes setores de saúde da cidade de Joinville.

Na reestruturação do PPC em 2002, para definição do novo perfil profissional, utilizou-se a ferramenta DACUM (Developin a curriculum), a qual possibilitou a discussão, em um seminário, sobre o perfil do Técnico de Enfermagem no contexto social. Participaram profissionais da saúde das instituições públicas e privadas (CEFET-SC, 2002). Essas discussões geraram mudanças importantes na formação dos profissionais, acabando por inserir, nas competências e bases tecnológicas, as necessidades apontadas pelos diferentes setores da saúde, haja vista que o Curso Técnico de Enfermagem é considerado um curso de referência na região.

A saúde e o modo de vida das pessoas, percebidos como necessidade, foram se modificando de forma significativa com o desenvolvimento tecnológico e científico. Após a Reforma Sanitária brasileira e, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ocorreram várias mudanças no setor da saúde. No próprio artigo nº. 196 da Constituição, a saúde passou a ser “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Desse modo, em decorrência de um conceito ampliado de saúde, esse fenômeno passou a ser pensado para além do biológico. A saúde começa a ser compreendida como um processo ligado às condições de vida das pessoas, levando-se em conta os seus fatores determinantes e condicionantes. A consequência dessa modificação foi a necessidade de mudanças nas políticas de saúde e, também, no modelo assistencial vigente que, até então, era fragmentado



com planos no aspecto curativo, hospitalocêntrico, privatista e de baixa resolutividade (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Diante desse novo modo de pensar saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) institui pela Constituição de 1988 e homologa pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, princípios e diretrizes doutrinários, dentre eles, a integralidade.

É um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 1990, p. 192).

Para a consolidação do SUS, um dos maiores desafios é a formação de profissionais para atuar de acordo com o modelo assistencial desejado. Para Ceccin e Feuerwerker (2004), as instituições formadoras têm mantido modelos de ensino essencialmente conservadores, ou seja, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos, na utilização de tecnologias altamente especializadas e dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Na trajetória da autora deste trabalho, atuando como enfermeira há 20 anos e há 13 anos como docente do Curso Técnico de Enfermagem, ela observa que a assistência à saúde não se adequa aos princípios da integralidade. Nestes 20 anos de existência do SUS ela percebe a existência de uma dissonância entre o discurso e a prática que vem sendo desenvolvida.

Esclarece-se ainda que a experiência profissional da autora na área da saúde, anterior à docência, foi como Enfermeira assistencial em hospitais públicos e privados. Neste período, seus questionamentos quanto aos cuidados integrais às pessoas internadas eram constantes, o que a levava a buscar atender não somente as necessidades relacionadas à doença.

Embora o cuidado integral fosse relevante na prática profissional da autora do presente estudo, foi nas aulas do mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – onde se discutiam o tema integralidade em saúde, que ela se atentou a outros sentidos sobre a temática, como por exemplo, a formação de profissionais do curso Técnico de Enfermagem na configuração dos princípios do SUS.

Diante deste contexto e associado às reflexões oportunizadas pelo programa de mestrado, surgiram algumas inquietações que estimularam a construção deste projeto, tais como: O ensino do curso Técnico de Enfermagem está realmente voltado para uma política de formação que atenda às necessidades apontadas pelo sistema de saúde? O educador está preparado para as mudanças no enfoque e nas práticas educativas que atendam as novas exigências, bem como voltado para os princípios e diretrizes do SUS? Como um enfermeiro com vivência no modelo biomédico, hospitalocêntrico forma alunos técnicos de Enfermagem para trabalhar com o princípio da integralidade?

Essas problematizações justificam este trabalho e geram a sua pergunta norteadora: qual o sentido da Integralidade abordado no curso Técnico de Enfermagem do IF-SC de Joinville?

A partir dessa indagação, o objetivo geral do presente estudo é compreender o sentido da integralidade existente no curso Técnico de Enfermagem do IF-SC – Joinville, e os objetivos específicos são: identificar no Projeto Pedagógico do Curso Técnico de Enfermagem a existência de manifestações do princípio da integralidade; verificar o sentido da integralidade atribuído pelos docentes do curso Técnico de Enfermagem; e, relacionar elementos do Plano Pedagógico e docente, identificando o sentido da Integralidade.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Esta revisão buscou subsídios teóricos nas Políticas Públicas referentes ao ensino do Curso Técnico de Enfermagem, à luz das Diretrizes Curriculares e do princípio da integralidade.

### **2.1 A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde**

O movimento da Reforma Sanitária - do qual fizeram parte a população, os profissionais da saúde, o movimento sindical entre outros - nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como uma forma de oposição à ditadura. O objetivo do movimento era romper com o modelo assistencial que priorizava o indivíduo desvinculado do meio no qual estava inserido, e encontrar um que atendesse às necessidades da população sem distinção de raça, gênero, faixa etária e renda. Esse movimento fortaleceu-se com o processo de democratização e também com o agravamento da crise na saúde (CEAP, 2005).

A expressão da Reforma Sanitária foi utilizada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, para expressar o conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações necessárias na área da saúde para a melhoria das condições de vida da população (AROUCA, 1998 apud FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1998).

O movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram sobre um novo modelo de saúde para o Brasil, garantindo mediante a Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1998).

A partir da Constituição Federal, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, através da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentada através das leis nº. 8080 e nº. 8.142, ambas de 1990, denominadas Leis Orgânicas da Saúde (CEAP, 2005).

A nova constituição - conhecida como “Constituição Cidadã”, tendo em vista que nela se encontram explicitados os muitos direitos de cidadania (MATTOS, 2006) - estabelece princípios e diretrizes operacionais para organizar a saúde no país. E para esta organização, num país do tamanho do Brasil, há que se considerar as diferenças culturais, econômicas e sociais.

A partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde, a saúde passa a ser concebida como um direito de todos e um dever do Estado, porém, tal ideia consolida-se apenas na Constituição Federal de 1988. Com essa Constituição, o Estado passa a ser responsável pelos recursos financeiros, e por garantir o direito à saúde a toda população através de políticas sociais e econômicas, tendo como objetivo a redução do risco de doenças e outros agravos, e acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde (MATTOS, 2001).

Uma das conquistas do movimento da Reforma Sanitária brasileira foi o reconhecimento da saúde enquanto direito de cidadania comum a todas as pessoas e a criação do sistema Único de Saúde. Portanto, o SUS é resultado de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular e da sociedade buscando seus direitos pelos movimentos que se organizaram e lutaram (MATTOS, 2006).

Essa ideia é complementada por Vital (2007) quando diz que a Reforma Sanitária buscou a democratização do acesso à assistência à saúde, além de formar uma consciência sanitária para que a sociedade entendesse a saúde como direito de todos e dever do Estado, e não apenas como ausência de doenças, fortalecendo o setor público em oposição ao modelo privilegiado do setor privado.

Conforme Mattos (2006), a Reforma Sanitária faz parte de um processo social na construção do SUS. O conceito de saúde foi ampliando e passou a ser um direito de cidadania e dever do Estado por meio de um projeto social amplo e democrático, que objetivou reduzir as desigualdades sociais considerando-se a igualdade do direito na assistência em saúde e participação social nas políticas e estratégias de saúde (MATTOS, 2006).

Segundo a Nova Constituição, em seu artigo nº. 196:

Saúde é um direito de todos e um dever do Estado assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com ampliação do conceito de saúde, vinculado ao direito de cidadania em seu sentido mais abrangente, a saúde passou a ser entendida como resultante de fatores condicionantes e determinantes, dentre eles: a alimentação, a moradia, o saneamento, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Neste sentido, entendeu-se que o resultado da organização social da produção pode gerar grandes desigualdades nos níveis da vida (MELO; CUNHA, 1998).

Pessini (2002), por sua vez, também tece algumas considerações a respeito da saúde que estão intimamente relacionadas ao desenvolvimento econômico e social. Ou seja, além das condições biológicas de cada um, a saúde das pessoas depende de como elas estão inseridas no trabalho, pois como trabalham e o quanto ganham, irão determinar as condições de vida das pessoas, e conseqüentemente, melhorar a saúde delas.

Segundo Pereira (2008), a ampliação do conceito da saúde restringiu a expansão da assistência médico-hospitalar como a cultura da medicalização, a realização de exames utilizando equipamentos de última tecnologia e a diminuição do consumo de drogas industrializadas.

Associado a ampliação do conceito, a constituição também estabeleceu princípios e diretrizes para a construção do SUS, segundo o art. nº 198 da Constituição Federal:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, p. 4-5).

## 2.2 A integralidade e seus sentidos

A integralidade é um dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, definido na Constituição Federal de 1988, art. 198, como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Atendimento integral é atender as necessidades dos indivíduos de uma forma ampliada e centrada na pessoa e não somente na doença ou nos aspectos biológicos. Portanto, ele deve assegurar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde para articular com outras políticas públicas buscando assegurar atuação entre outros setores de diferentes áreas. Desse modo, permite realizar ações contínuas e articuladas entre serviços preventivos e curativos, e que não esteja focada apenas no sujeito, mas também, na família e comunidade, pressupondo uma atenção integral e não um recorte de ações ou doenças (BRASIL, 2009).

O termo integralidade surgiu a partir do movimento sanitário na década de 80, e continua sendo uma das bandeiras de luta. Mattos (2004) afirma que a integralidade, embora seja um dos princípios e diretrizes do SUS, é o de menor visibilidade na trajetória do sistema e de suas práticas.

A integralidade para Mattos (2004) continua sendo uma "bandeira de luta", porque expressa um conjunto de valores ideais para uma sociedade mais justa e solidária. O autor ainda refere-se à integralidade como um termo "polissêmico", pela multiplicidade de sentidos, que designam atributos e valores desejáveis do sistema e

das práticas de saúde. Espera-se continuar a construção do SUS, considerando-se o princípio da integralidade, de forma a melhorar as formas de atendimento e de trabalho que já vêm sendo realizados. A integralidade é vista como parte de uma "imagem objetivo", por tentar indicar as direções que queremos para transformação da realidade. Contudo, Mattos (2006) destaca que não convém definir totalmente a integralidade pela possibilidade de excluir alguns dos sentidos do termo dos que lutam por uma sociedade mais justa.

A abordagem em relação aos **sentidos da integralidade** é organizada por Mattos (2006) nas seguintes dimensões: atributos das práticas profissionais, prestação de serviços e políticas públicas, que serão caracterizadas resumidamente a seguir.

O **primeiro sentido** da integralidade que incide sobre as práticas dos profissionais de saúde é caracterizado por atitudes que se manifestam por:

- recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, ressaltando tanto as dimensões biológicas quanto às psicológicas e sociais;
- não responder apenas ao sofrimento manifesto pelo paciente, mas também, apreciar fatores de risco que não estão envolvidos no sofrimento concreto do paciente e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressam em sofrimento.
- abertura para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar — como a simples necessidade da conversa (tecnologias leves);
- buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta, o que pode ser a marca maior desse sentido de integralidade;
- manter uma postura profissional, pois em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho;
- currículos menos reducionistas e fragmentários, integrando a teoria e a prática e modificando a aceção do que era básico, isto é, introduzindo outros conhecimentos relativos ao adoecimento, à sociedade e aos contextos culturais.

O **segundo sentido** da integralidade está relacionado à organização dos serviços e processos de trabalho em saúde e se caracteriza por:

- condições de atendimento oferecido ao usuário: deve dirigir-se a unidades diferentes conforme suas necessidades, à assistência médica ou às práticas da saúde pública;
- superação da fragmentação das atividades no interior da unidade: mudanças neste sentido são ilustradas pela introdução de prontuários unificados, horizontalização dos programas anteriormente verticais, isto é, pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a quem atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do ministério;
- organizar o trabalho de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde dessa população, apreendidas epidemiologicamente;
- os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem e não somente para responder às doenças de uma população, assumindo uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde;
- processo do trabalho em equipe.

O **terceiro sentido** está relacionado às configurações que tratam de atributos que envolvem a capacidade dos governos responderem a certos problemas de saúde ou necessidades de grupos específicos, tais como:

- responder a certos problemas de saúde pública, tanto da prevenção como das possibilidades assistenciais;

Exemplo:

- a) *Programa de prevenção do câncer de mama*: - restauração de mamas das mulheres que realizam mastectomia em função da doença; - viabilizar o acesso às técnicas de diagnóstico precoce; - e assegurar a todas as



mulheres que fazem o diagnóstico, o acesso às formas de tratamento de que necessitam.

- b) *Programa da AIDS* – é o que mais se aproxima do princípio da integralidade, pois há distribuição gratuita de antirretrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas.

- abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades.

Mattos (2006) expressa que todos esses sentidos da integralidade, orientando às práticas, as organizações do trabalho ou das políticas, impedem a prática do reducionismo, a recusa à objetivação dos sujeitos e permite a abertura para o diálogo. O autor ainda ressalta que a integralidade é um valor que merece ser defendido em relação a todas as práticas de saúde, e não apenas em relação às práticas de saúde do SUS.

Na busca de um entendimento sobre integralidade, Pinheiro, Silva e Machado (2008, p.133) explicitam que:

é um conjunto de ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema. Para que ocorra efetivamente um sistema de saúde integral, é necessária a articulação entre a micro e a macro política e não apenas do espaço singular dos serviços e ações setoriais, mas de articular entre serviços e intersetoriais. Nesse sentido, o acesso da população a todos os níveis de complexidade é uma condição para que haja integralidade.

Diante do exposto, entende-se que a integralidade é um importante orientador das práticas e de grande relevância nas políticas de saúde e da reforma do Sistema de Saúde no Brasil.

Porém, para que a integralidade seja consolidada, Pinheiro e Ceccim (2006), expressam que é necessário conhecer melhor as experiências do ensino para integralidade e de uma educação permanente em saúde. Os autores destacam que para uma prática com uma abordagem integral, é preciso deixar de ser profissional ou estudante desta ou daquela profissão, de ser paciente, e também, não aceitar os padrões de subjetividade hegemônicos e as práticas tradicionais, mecanicistas,

biologicistas, medicalizadora e procedimentos centrado (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p.16).

Os autores em citação explicitam que a integralidade, como diretriz, deve contemplar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde - doença, através das ações que respeitem a integralidade e individualidade do ser humano e deve ser incorporada progressivamente como uma nova cultura de educação profissional.

## **2.3 O Profissional Técnico de Enfermagem**

### **2.3.1 Caracterização**

O Técnico de Enfermagem é um profissional que pertence à área da saúde e está inserido na equipe de enfermagem sob supervisão do enfermeiro, comprometido com a prática voltada para o cuidar em saúde.

Embora a profissional Técnico de Enfermagem exista há bastante tempo, a regulamentação para o exercício profissional foi efetivada em 1986, através da Lei nº 7.498/86 e regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406/87, no qual consta:

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:  
§ 1º Participar da programação da assistência de Enfermagem;  
§ 2º Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;  
§ 3º Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;  
§ 4º Participar da equipe de saúde.  
(BRASIL, 2007).

O técnico de Enfermagem, sendo integrante da equipe da enfermagem e, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), Resolução 311/2007, tem como princípios fundamentais:

- comprometer-se com a saúde da família e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;
  - atuar e desenvolver ações de promoção, recuperação da saúde, prevenção de doenças e reabilitação à sociedade, quer no âmbito individual quanto no coletivo, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais;
  - participar como integrante da equipe de saúde que visem a satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade de assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde;
  - respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões;
  - exercer suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética;
  - exercer suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.
- (BRASIL, 2007).

Neste contexto, é possível afirmar que o Técnico de Enfermagem é responsável em prestar cuidados à pessoa, considerando-a em sua integralidade. E, atuar, em diversos campos e práticas exige dele uma visão ampliada de saúde e o reconhecimento dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do processo saúde doença (BRASIL, 2000).

Leopardi (1999) defende que a enfermagem é responsável pelo cuidado direto da pessoa em toda a sua integralidade como ser biológico e social e, que todo trabalho desenvolvido na saúde é considerado essencial para vida humana, realizado por profissionais que têm conhecimento e técnica, e que são desenvolvidas de diversas maneiras e consideradas sempre especiais.

Desse modo, a enfermagem é considerada uma profissão necessária que realiza amplas atividades e deve ser entendida não somente pelo fazer a técnica, mas pelas ações baseadas com fundamentação técnico-científica específica, e uma visão ético-política para uma melhor qualidade assistencial (FIGUEIREDO, 2003).

Dentro deste contexto da Enfermagem, o Técnico de Enfermagem atua em diversos setores e serviços, mas o que se encontra é o maior número desses profissionais nas unidades de pacientes internados e, para prestar a assistência de qualidade, existe uma preocupação em adotar métodos de trabalho que sejam adequados às necessidades de cada local (TIMBY; SMITH, 2005).

Embora existam diversos métodos de trabalho, a prática realizada sempre priorizou o atendimento curativo, fragmentado, centrado na produção ou na técnica desarticulada das queixas ou necessidades da pessoa internada.

Buscando um método que seja contrário à fragmentação do cuidado, atualmente, preconiza-se o método integral em que o profissional assume a assistência de um grupo de pessoas de forma integral, realizando todos os cuidados (sinais vitais, higiene e conforto, curativos, medicações e outros), ou seja, centrado no paciente como um todo (TIMBY; SMITH, 2005, p. 10-11). Esse método, na assistência de Enfermagem aproxima mais o profissional da pessoa internada estabelecendo maior vínculo e garantindo uma continuidade da assistência, uma vez que, para Leopardi (1999), a pessoa internada não perde sua característica humana de totalidade.

A assistência da atenção à saúde, pelos profissionais Técnicos de Enfermagem, vem superando o atendimento exclusivamente no hospital. Nesse sentido, notam-se atuações, por parte desses profissionais, em diferentes setores como, por exemplo, em creches, nas unidades de saúde, nas empresas, em domicílios, entre outros.

Essa nova visão e as exigências atuais do mercado do trabalho levaram às redefinições do perfil dos trabalhadores de serviços da saúde, como as que se apresentam nos objetivos abaixo:

- articular sua atividade profissional com as ações dos demais agentes da equipe, assim como os conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter multiprofissional da prática;
- deter melhor qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de relações interpessoais. Visto que, atualmente a postura ética, os valores e princípios referente a atitude dos profissionais, não acompanharam a evolução científica e tecnológica. Necessita-se o resgatar no perfil dos trabalhadores de saúde os aspectos comportamentais e questões éticas evitando a disparidade já existente entre conhecimentos/habilidades técnicas e as atitudes no perfil desses profissionais (BRASIL, 2000, p. 14).

Diante do exposto, pode-se afirmar que na educação profissional dos Técnicos para Saúde, mais especificamente na Enfermagem, vem acontecendo mudanças de pressupostos e de paradigmas para atender as demandas oriundas do

mercado atual (BRASIL, 2000). Além disso, a Reforma Sanitária também contribuiu para este novo perfil, mais integral.

### 2.3.2 Formação do Profissional

A profissionalização da Enfermagem no Brasil surgiu por intermédio da sistematização do ensino na prática do cuidar que era realizada por pessoas sem preparo técnico (MOREIRA; OGUSSO, 2005) e que passou por diferentes períodos, ao longo dos anos, mudando seu contexto histórico de acordo com a necessidade de cada época.

Na educação técnica a ampliação para três os níveis de ensino da educação nacional, o nível primário, o médio e o superior aconteceu apenas em 1961, na promulgação da Lei 4024, chamada de Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDB). O artigo nº. 47 contempla a formação de técnicos em diferentes áreas, descrevendo em seu parágrafo único: os cursos técnicos de nível médio, não especificados nesta lei, serão regulamentados nos diferentes ensinos, permitindo desse modo, a abertura para o Curso Técnico de Enfermagem (FIGUEIREDO, 2003).

Entretanto, as primeiras iniciativas para abertura de curso de nível técnico nessa área aconteceram em 1966, sendo a primeira, o Sistema Federal de Ensino, seguido da escola de Enfermagem Anna Nery. Em 1971, a nova LDB sob a Lei nº. 5692/71 estabeleceu como obrigatória a habilitação juntamente com o ensino do segundo grau e, somente em 1986, a categoria foi regulamentada através da Lei 7.496 (FIGUEIREDO, 2003).

A partir do século XIX, a enfermagem transforma sua prática com base mais científica, desenvolvida inicialmente a partir da atuação Florence Nightingale, na guerra da Criméia, por meio de melhorias das condições dos hospitais. Essas melhorias contribuíram para a redução das infecções de forma considerável, o que se tornou possível pelas melhores condições de higiene das pessoas e dos ambientes, entre outros cuidados.

Neste período, surgiu a divisão técnica do trabalho instituindo as *lady-nurses* (as enfermeiras), as quais eram encarregadas de administrar os setores, e as nurses que prestavam o cuidado propriamente dito, como forma de organização das atividades. Nessa época, o tratamento das doenças privilegiava o hospital como

local ideal e o médico era considerado como uma espécie de “divindade”, sendo os demais profissionais apenas suporte no tratamento. Ou seja, a Enfermagem como responsável pela organização e realização do serviço na dependência da decisão médica e com conotação de uma profissão nobre (BELATTO; TAKEDA, 1997). De acordo com o autor referenciado, dessa forma surge a dicotomia entre a cura (do médico) e do cuidado (da enfermagem) e, entre o administrar (das *lady-nurses*) e o cuidar (das *nurses*). Essa dicotomia tem repercussão na enfermagem até os dias atuais.

O trabalho de assistência de enfermagem, na década de 1930, caracterizava-se pelo método *funcional* ou *por tarefas*, ou seja, tarefas distintas eram designadas a um pessoal específico, como por exemplo, um cuidava da higiene, outro arrumava os leitos, um terceiro realizava a troca de todos os curativos, um quarto, administrava os medicamentos e outro cuidava dos sinais vitais. Esse método baseou-se nos modelos americanos tendo em vista a produtividade, a diminuição de pessoal e de custos (MAGALHÃES; JUCHEM, 2000). Contudo, fragmentava a assistência e não estabelecia nenhum vínculo o que é fundamental para um cuidado mais integral, embora essa prática do cuidado a pessoa e por tarefas ainda perdure até hoje em muitas instituições de saúde.

O mundo globalizado, aliado ao desenvolvimento tecnológico e científico, tem assumido várias dimensões, fazendo com que as pessoas busquem continuamente novos conhecimentos e novas tecnologias. Essas mudanças trazem repercussões econômicas, sociais e políticas. Por outro lado, as novas tecnologias exigem profissionais cada vez mais qualificados que, juntamente com o conhecimento técnico-científico, se apresentem como profissionais críticos, criativos, flexíveis e capazes de identificar e criar novas situações intervindo adequadamente no processo de trabalho (BRASIL, 2000).

Para que essas transformações ocorram, o processo educativo é uma ferramenta importante. Cabe à escola preparar as pessoas tanto para atender às demandas necessárias quanto formar cidadãos competentes para atuarem de forma crítica e responsável na atual sociedade (BRASIL, 2000).

Historicamente, a formação profissional realizava práticas puramente técnicas tendo como único objetivo inserir a pessoa no mercado de trabalho onde passava a realizar atividades fragmentadas, unicamente de “mão-de-obra”. Até década de 70, formação limitava-se ao treinamento para produção em série e de forma

padronizada para que o profissional desempenhasse tarefas simples e rotineiras, haja vista que não havia necessidade de competências mais complexas, uma vez que, havia separação entre quem planejava e quem executava (BRASIL, 2000).

As novas tecnologias exigem profissionais cada vez mais qualificados, que de simples tarefeiro e cumpridor de ordens passem a exercer funções cada vez mais complexas, tornando-se pessoas mais reflexivas e críticas e, exercendo funções tanto instrumentais quanto intelectuais (BRASIL, 2000).

Portanto, a concepção atual orienta para uma educação tecnológica que supere os conteúdos fragmentados e pontuais de ensino para uma integração renovada do saber pelo fazer, do repensar o saber e o fazer enquanto objetos permanentes da ação e da reflexão crítica, sobre a ação no contexto onde estão inseridos (BRASIL, 2009).

Manfredi (2002) afirma que o modelo de ensino tradicional não satisfaz mais as necessidades atuais da sociedade e que são necessárias mudanças e adequações no sistema educativo para que, melhorando a oferta às novas exigências econômicas e sociais, possam acompanhar o crescimento das tecnologias atuais e o mercado de trabalho.

Pode-se dizer que o sistema educacional está “historicamente localizado e circunstanciado”, e ocorrem internamente complexos movimentos de construção e reconstrução determinados por fatores econômicos, sociais, políticos e culturais, definidos por novos contextos e diferentes atores sociais (CEFET-BH, 2008, p.6). Nesse sentido, as políticas educacionais devem estar sintonizadas com as mudanças sociais, com os desafios de inclusão e com as novas formas de reestruturação produtiva. Desse modo, o ensino passa a ser uma ferramenta importante para as mudanças nos processos de trabalho e para a educação. Isso implica, porém, em ressignificar novos conceitos e práticas (CEFET-BH, 2008).

A educação profissional está claramente caracterizada na LDB Lei nº. 9.394/96, cap. III, art. 39, regulamentada pelo Decreto Federal 2.208/97 como: “a educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva” (BRASIL, 2004).

A referida lei prevê a reforma da educação profissional dos cursos técnicos de nível médio, determinando a separação quando deveria ser cursada

concomitantemente ou após o término do ensino médio com organizações curriculares independentes. A partir do ano 2000, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) orienta para uma organização curricular dos cursos baseado em competências profissionais (BRASIL, 2004).

Atualmente, os cursos na área da saúde estão em processo de reformulação de seus currículos para se adequar às novas exigências das Diretrizes do Ministério da Educação e Cultura. Por outro lado, a reforma sanitária, juntamente com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº. 9.394/96) - regulamentada pelo Decreto Federal nº. 2.208/97, tem exercido influência no sentido de repensar a saúde. Para tanto, vem estabelecendo diretrizes gerais para educação, flexibilizando os currículos e estimulando reflexões sobre o trabalho e as necessidades de mudanças na educação profissional em saúde, ressignificando, dessa forma, seu compromisso social (BRASIL, 2000).

Nesta perspectiva, as mudanças na reforma da educação brasileira sugerem novos conceitos e princípios compatíveis com o modo de vida da sociedade contemporânea. De acordo com a LDB, essas reformas determinam um modelo de educação centrado na competência, essencial à formação de profissionais aptos para seu exercício, associado à sensibilidade e à prontidão para as mudanças (BRASIL, 2000).

Diante dessa nova realidade, a formação profissional para saúde tem sido discutida nas políticas públicas para formação de recursos humanos com profissionais mais competentes para que possam atender as necessidades do usuário e o sistema de saúde vigente.

É necessário superar o modelo de ensino, que ainda predomina na formação para saúde, baseado no modelo tradicional, com concepções conservadoras, caracterizada pela transmissão de informações, de treinamentos práticos de tecnologias e conteúdos biomédicos, de forma fragmentada e dicotomizada. Tal modelo se utiliza preferencialmente dos hospitais como cenários de aprendizagem para a avaliação, a quantificação das informações técnico-científicas e desarticuladas do contexto (PINHEIRO, CECCIM, 2006). Os autores ainda acrescentam que esses modelos tradicionais de ensino expressam a reprodução do conhecimento técnico-científico que os docentes possuem em suas áreas de especialidades.



As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais que orientam mudanças na formação para os cursos na área da saúde, enfatizam a integralidade na atenção. Para Pinheiro e Ceccim (2006) as diretrizes curriculares atuais para a formação na área da saúde, mostram caminhos e, flexibilizam a organização dos cursos e um maior comprometimento das instituições com o SUS.

### **2.3.3 A Formação Profissional e a Integralidade**

Para formar profissionais que atendam todas as necessidades dos usuários, foi construída uma Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS, a NOB/RH, que prevê um ensino voltado para tecnologias, tanto para a atenção individual de saúde quanto coletiva, para o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis com o SUS, ainda, uma política de formação de docentes (PINHEIRO, CECCIM; 2006).

Conforme NOB/RH, em seu Art. 27:

a política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:  
 Inciso I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal;  
 Inciso IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.  
 Parágrafo Único - Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.  
 (BRASIL, 2002, p.420).

De acordo com Pinheiro e Ceccim (2006), para trabalhar com conceito da integralidade exige-se uma formação integral, além da técnica e da profissional. É formar para a cidadania e estabelecer saberes e prática que superem os modelos de ensino e serviços centrados em procedimentos fragmentados, que consideram o físico e a doença como eventos apenas biológicos.

Em pesquisas realizadas em relação a educação profissional de nível médio, na área da saúde foi demonstrada insatisfação, apontando os cursos como de má qualidade, a infra-estrutura deficiente, os currículos com ênfase em um fazer

fragmentado e dicotomizado do saber e, os docentes muitas vezes sem experiência ou sem efetiva atuação no mercado de trabalho e de estágios. Diante do contexto, o parecer CNE nº16 expressa que é necessário “alterar radicalmente o panorama atual da educação profissional brasileira, superando de vez as distorções” (BRASIL, 2000, p. 17).

Para superar essas distorções, um dos desafios do ensino é a atualização dos currículos para uma educação profissional que contemple as dimensões políticas, sociais e produtivas do trabalho através de uma assistência humanizada. Dessa forma, a organização curricular, além de possuir as competências gerais propostas pelo MEC, deve implementar as competências específicas de acordo com as demandas individuais, sociais e as necessidades locais (BRASIL, 2000).

Para Silva et al (2008), as instituições de ensino são vistas como espaços sociais, possuindo um currículo formal e explícito, e outro oculto. O currículo formal é definido pela equipe ou pelas autoridades educacionais, enquanto que o currículo oculto é a prática em sala de aula aliada aos elementos definidos no currículo, com valores e subjetividades do educador.

O autor salienta que, embora os docentes contribuam na elaboração do currículo, nem sempre o colocam em prática em sala de aula, pois poderão priorizar assuntos ou excluir alguns saberes contidos no currículo. Acrescenta que o enfoque aos temas dependerá da maneira como o professor ensina, do conhecimento que tem sobre os assuntos e da experiência que ele adquiriu ao longo de sua vida profissional.

Na concepção de Saippa-Oliveira et al. (2006, p. 205) “o currículo seleciona, valoriza certos componentes em relação a outros e também oculta certos aspectos da cultura que rodeia a instituição de ensino”. Dessa forma, vem ao encontro do que afirma Silva et al (2008, p. 17) que as relações sociais estabelecidas no processo ensino-aprendizagem “são significativas de valores, crenças e influências, muitas vezes, ausentes no currículo formal”.

Manfredi (2002) reconhece que os docentes têm um papel fundamental no processo de mudança social. É necessário criar espaços formativos permanentes para que possam refletir sobre as questões da educação e construir novas formas de pensar sobre o papel do educador, criar novas práticas, saberes e valores, reafirmando-se como sujeitos políticos e pedagógicos. Freire (1991, p. 58), afirma

que “gente se faz educador, a gente se forma como educador, na prática e na reflexão sobre a prática”.

Conforme Mattos et al (2007), a organização curricular para formação dos profissionais da saúde ao longo dos anos tem sido influenciada pelo modelo biomédico, baseado numa visão cartesiana, dividindo corpo e mente e, visto como máquina composta de “órgãos”. Acrescenta que nas doenças, o tratamento é realizado por meio de um conhecimento fragmentado, em forma de disciplinas e especialidades, priorizando os problemas individuais aos coletivos, sem levar em conta os aspectos psicológicos, sociais, ambientais, afetivos e culturais.

No processo ensino-aprendizagem, o currículo não deve ser um conjunto isolado e estático de informações e, deve estar em constante movimento para buscar mudanças a partir das reflexões e necessidades da comunidade escolar (Koifman; 1998 apud SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006).

De acordo com SAIPPA-OLIVEIRA et al (2006, p. 210),

deve haver uma relação mais estreita entre conteúdos que são trabalhados no currículo e necessidades do estudante, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações cotidianas. Para isso é necessário trabalhar com estudantes a capacidade de estabelecer relações entre informações que recebem e que trazem consigo ou constroem entre si, e as relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições.

Outro fator importante em um currículo é o enfoque interdisciplinar e integrado no processo ensino-aprendizagem, que só acontece através da integração da teoria e prática e, da reflexão e interpretação do contexto, tornando importante a relação entre ensinar e aprender. Um fator negativo para mudanças no ensino é o docente proteger seu espaço em relação a horário, território, especialização, assumindo uma postura individualista e autocentrada (SILVA et al, 2008).

Além disso, para que as mudanças na formação em saúde aconteçam é necessário considerar o conteúdo, o método e a práxis indissociáveis porque a maneira como os educadores ensinam é tão importante quanto os conteúdos e o que queremos ensinar (KOIFMAN et al, 2006).

Historicamente, no ensino da educação de enfermagem tem predominado o modelo biomédico, cuja formação está centrada no indivíduo, na doença, na cura e na assistência hospitalar. Para romper com esse enfoque tradicional na formação profissional do técnico de enfermagem, *as novas Diretrizes* propõem mudança numa

*perspectiva* para além do conhecimento tecnicocientífico, isto é, que tenha compreensão política e possa intervir na realidade social (BRASIL, 2000).

Ceccim, Feuerwerker (2004), salientam que a reforma da educação necessita semelhante processo de movimento social realizado na reforma sanitária e na concretização do SUS, para que tenha avanços no campo de formação profissional, mesmo que mudanças significativas já tenham ocorrido.

Ainda, referenciando os mesmos autores, a formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras só fazem sentido quando: têm relevância social e formam segundo as necessidades sociais por saúde da população e sistema de saúde; no ensino, reconhecem os dirigentes e os docentes como atores das instituições formadoras; e articulam o movimento estudantil com o ator político nas construções e inovações de ensino e de sentidos de saúde (CECCIN, FEUERWERKER, 2004).

Esse modelo encontra-se tanto no sistema privado quanto público e pode ser identificado nas instituições formadoras, nos currículos quando os conteúdos são dispostos em disciplinas, desarticulados e descontextualizados, a prática posterior à teoria e tendo os hospitais como espaços ideais para o aprendizado (BRASIL, 2000).

## **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1 Contexto do estudo**

Para alcançar os objetivos do presente trabalho, essa pesquisa fundamentou-se no percurso metodológico com abordagem qualitativa descritiva exploratória. A pesquisadora optou por esse método porque ele permite a obtenção de algumas informações importantes, de significados e de considerações sobre os sentidos da integralidade presente nos discursos dos docentes do Curso Técnico de Enfermagem do IFSC, no campus de Joinville.

Gonçalves et al. (2004) explicita que a pesquisa qualitativa permite conhecer o sentido dos fenômenos no mundo social através da aproximação do pesquisador com o fenômeno, dessa forma, compreendendo as características observadas e relacionando-as com a realidade no contexto social.

Marconi e Lakatos (2007) reforçam que a pesquisa qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos descrevendo a complexidade do comportamento humano.

Para melhor e maior abrangência na amplitude da descrição, explicação e compreensão do foco em estudo foi utilizada a triangulação de dados, a qual fundamenta-se no princípio de que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e vínculos culturais com a realidade social (TRIVIÑOS, 1987).

Na técnica da triangulação, a etapa da coleta de dados e análise de dados se retroalimentam constantemente. Elas são consideradas como um tríptico enfoque de um fenômeno social, de maneira que a idéia do sujeito e de um documento, por exemplo, devem ser imediatamente descritos, explicados e compreendidos desde que seja possível pela técnica da triangulação (TRIVIÑOS, 1987). Portanto, o estudo resultou da associação dos resultados obtidos pela análise discursiva e análise de documentos.

A coleta de dados foi realizada no Instituto Federal de Educação Tecnológica Federal de Santa Catarina – IF-SC, campus de Joinville. O IF-SC é uma instituição pública federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC) por meio da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC). No momento existem três cursos de ensino técnico e dois cursos de ensino tecnológico, sendo que o objeto de estudo está relacionado ao Curso Técnico de Enfermagem.

### **3.1.1 Apresentando o Curso Técnico de Enfermagem**

Na análise documental utilizou-se o Projeto Pedagógico do Curso Técnico de Enfermagem (PPC). O Projeto Pedagógico na escola é um instrumento “importante para a organização e acompanhamento do processo educativo, porque se destina, sobretudo, orientar o processo ensino-aprendizagem [...]” (SANTOS, 2002, p. 2).

O curso Técnico de Enfermagem está estruturado em IX módulos curriculares, organizados de forma sequencial com aulas teóricas, práticas no laboratório e estágios supervisionados. O Projeto Pedagógico do Curso Técnico de Enfermagem foi reestruturado em 2009, baseado nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional definidos na reforma da educação profissional através das Leis e Diretrizes e Bases da Educação 9394/1996 (BRASIL, 2000).

Por conta de uma série de mudanças que ocorreram na educação nos últimos anos e pela nova legislação, os sistemas de ensino têm introduzido maior autonomia e flexibilidade, principalmente em relação à avaliação do desempenho dos alunos. Diante desse contexto e a partir da matriz de referência, o ensino do curso Técnico de Enfermagem e demais cursos do Instituto Federal de Santa Catarina – IF-SC estão alicerçados num trabalho por competências, habilidades e bases tecnológicas. Essa metodologia permite e facilita o aprender a aprender e a dinâmica do ir e vir, do construir e reconstruir, do aprender e do reaprender (IF-SC, 2009a, p. 124).

Na concepção de Prado (2007), o ensino por competências tem como propósito a construção do conhecimento do discente fundamentado por disciplinas juntamente com a inter e transdisciplinariedade. De acordo com a autora, o processo proporciona meios ao discente para construção de seus próprios saberes, identificando e solucionando problemas através das informações recebidas e compreensão do contexto social, político e cultural.

O processo de trabalho em saúde requer inúmeras competências e habilidades para que haja um atendimento com padrão de qualidade, conforme exigidos na área da saúde. Entende-se por competência a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, etc.) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações. As bases tecnológicas são consideradas como “um conjunto sistematizado de conceitos, princípios e processos tecnológicos resultantes, em geral, da aplicação de conhecimentos científicos ao processo de trabalho na área”, (BRASIL, 2000, p. 27), os quais dão suporte às competências profissionais. Habilidade é o conhecimento (saber) que se tem para realizar determinada atividade e refere-se a um saber-fazer relacionado com o contexto, e não apenas uma ação motora.

As bases tecnológicas do Curso Técnico de Enfermagem estão distribuídas de acordo com os seguintes módulos (IF-SC, 2009):

| <b>Projeto Pedagógico de Curso</b> |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Módulos</b>                     | <b>UNIDADES CURRICULARES</b>  |
| <b>I</b>                           | Fundamentação e contextualização do processo de trabalho em saúde<br>Informática aplicada na saúde I                                  |
| <b>II</b>                          | Semiotécnica da Enfermagem<br>PAC I   |
| <b>III</b>                         | Estágio em Semiotécnica da Enfermagem   |
| <b>IV</b>                          | Informática aplicada na saúde II<br>PAC II<br>Enfermagem em Clínica Médico – cirúrgica<br>Enfermagem em Centro Cirúrgico              |
| <b>V</b>                           | Estágio em Enfermagem em Clínica Médica – cirúrgica e Enfermagem em Centro<br>PAC III   |
| <b>VI</b>                          | PAC IV<br>Enfermagem Obstétrica<br>Enfermagem Neonatal<br>Enfermagem Pediátrica<br>Enfermagem em Saúde Coletiva                       |
| <b>VII</b>                         | Estágio em Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Neonatal, Enfermagem Pediátrica e<br>Enfermagem em Saúde Coletiva.<br>PAC V              |
| <b>VIII</b>                        | Enfermagem em Emergência<br>Enfermagem em UTI<br>Enfermagem em Saúde Mental<br>PAC VI   |
| <b>IX</b>                          | Estágio em Enfermagem em Emergência, Enfermagem em UTI e Enfermagem em Saúde<br>Mental<br>Gestão do Trabalho em Enfermagem<br>PAC VII |

**Quadro 1: Módulos e Unidades Curriculares correspondentes**

### **3.2 Instrumentos de pesquisa**

Para análise documental, utilizou-se a Matriz Curricular do Projeto Pedagógico do Curso Técnico de Enfermagem do campus de Joinville-SC. O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) é um instrumento utilizado pela escola, para organização do trabalho pedagógico, estabelecendo metas, objetivos, estratégias metodológicas, recursos humanos e materiais e as formas de avaliação. Para a análise deste estudo foi utilizado somente a Matriz Curricular. Neste documento buscou-se identificar os sentidos da integralidade baseados no conjunto de sentidos da integralidade propostos por (MATTOS, 2006).

Para complementar a análise documental, este estudo também foi desenvolvido por meio de entrevistas semi-estruturadas com 13 (treze) enfermeiros que atuam como docentes do curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal de Santa Catarina. Todos os docentes que compõem o quadro permanente da instituição foram convidados para participar da pesquisa, considerando a importância da interdisciplinaridade para o ensino da integralidade. Todos os convidados aceitaram o convite. Em fase de pré-teste, o instrumento foi aplicado inicialmente com enfermeiros docentes contratados da mesma instituição, e depois sofreu adequações.

### **3.3 Desenvolvimento da pesquisa**

Inicialmente foi solicitada autorização para coleta de dados à direção do IF-SC e ao Conselho Superior, o órgão máximo da instituição, de caráter deliberativo e consultivo. Após autorização da direção, do colegiado superior e aceite dos docentes, as entrevistas foram agendadas de forma individual entre novembro e dezembro de 2009.

As entrevistas semi-estruturadas se pautaram no num roteiro, conforme Apêndice A, o qual apresenta questões relevantes ao tema, com vistas a conhecer a opinião dos docentes garantindo a livre expressão dos entrevistados. Cada entrevista durou em média 30 minutos e foram gravadas com um gravador de voz portátil digital, após autorização do entrevistado e sendo posteriormente transcrita de forma integral.



Para identificação do conjunto dos sentidos da integralidade foram avaliados do PPC os itens correspondentes às competências e bases tecnológicas de cada módulo.

Os dados foram analisados através da análise temática. Minayo (2004) defende que fazer uma análise temática denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso do documento e das entrevistas. Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas:

**1ª Pré-análise** – consiste na escolha dos documentos a serem analisados, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado por meio da elaboração de instrumentos que orientem a interpretação final.

Analisou-se a matriz curricular do PPC tendo como foco principal da análise, de acordo com os objetivos, as competências e as bases tecnológicas de cada módulo do curso Técnico de Enfermagem. E no que tange as entrevistas foi feito recorte de trechos para serem utilizadas na triangulação dos módulos.

**2ª Exploração do material** – nesta segunda etapa, a exploração do material consisti-se na operação de codificação. Primeiramente, há recortes do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento. Após, escolhem-se as regras de contagem, construindo índices que permitem alguma forma de quantificação. Para finalizar, classificam-se e agregam-se dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandam a especificação dos temas.

Neste trabalho, para analisar o material e identificar o sentido da integralidade, foram utilizadas as competências e as bases tecnológicas de cada módulo teórico, pois são os conteúdos os elementos importantes e que auxiliam a análise das competências profissionais arroladas.

Inicialmente, elaboraram-se indicadores baseados nos três grandes conjuntos de sentidos do princípio da integralidade de acordo com Mattos (2006, p. 44-63). Esses conjuntos receberam a numeração conforme cada sentido, sem dar a importância de classificação de ordem ou de valoração:

- (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática profissional.
- (2) Organização dos serviços e práticas de saúde;
- (3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde.

Ao ser realizada a leitura e o início da codificação dos achados nos documentos, verificou-se que muitos dos itens contidos, tanto nas competências quanto nas bases tecnológicas de cada módulo, poderiam ser classificados com mais de um sentido da integralidade. Desta forma, entendeu-se como importante não destacar somente um sentido em cada item avaliado, mas todos eles. Sendo assim, optou-se por agrupar os sentidos da integralidade em sete (07) agrupamentos diferentes, os quais foram identificados por cores diferentes. Ver quadro abaixo:

| <b>Grupos</b>  | <b>Sentidos</b>   |
|----------------|---|
| <b>Grupo 1</b> | (2) Organização dos serviços e práticas de saúde<br>(3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde.   |
| <b>Grupo 2</b> | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.   |
| <b>Grupo 3</b> | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.<br>(2) Organização dos serviços e práticas de saúde   |
| <b>Grupo 4</b> | (2) Organização dos serviços e práticas de saúde  |
| <b>Grupo 5</b> | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica<br>(3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde  |
| <b>Grupo 6</b> | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.<br>(2) Organização dos serviços e práticas de saúde<br>(3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde |
| <b>Grupo 7</b> | (3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde  |

**Quadro 2: Sentidos da Integralidade.**

Fonte: Documentos do PPC do Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal de Educação Tecnológica Federal de Santa Catarina – IF-SC, campus de Joinville – 2009.

**3ª Tratamento dos resultados obtidos e interpretados** – Os resultados brutos foram reagrupados e, nesta dissertação, optou-se por apresentar o sentido de maior ocorrência em cada unidade curricular associado a trechos das entrevistas dos docentes atuantes no curso possibilitando, assim, a triangulação dos dados (APENDICE D).

Os dados foram analisados com base no referencial teórico e, para manter o sigilo dos participantes da pesquisa, foi adotada a denominação D1, D2, D3, consecutivamente.

As unidades curriculares dos estágios foram analisadas junto à unidade curricular teórica respectiva, pois neles estão descritas as mesmas competências e bases tecnológicas.

### **3.4 Aspectos éticos**

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) para apreciação e conhecimento dos objetivos e proposta metodológica, e recebeu o parecer favorável em 29/09/2009 sob o nº433/09.

As questões éticas foram estabelecidas através da autorização formal dos participantes que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (Apêndice B). Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre a liberdade de desistirem do estudo a qualquer tempo se assim desejassem, sobre a garantia do anonimato e do sigilo das informações colhidas, além do acesso aos resultados da investigação. Para realização do estudo foi solicitada autorização formal à Direção e ao Colegiado Superior, explicando os objetivos do estudo, para o acesso ao Projeto Pedagógico do Curso e a realização das entrevistas. (Apêndice C).

Ao término da dissertação ainda será realizada a devolutiva dos resultados aos sujeitos da pesquisa e à instituição. Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não serão utilizados os nomes dos participantes em nenhum momento e, após a coleta de dados, seu relato será entregue para o seu parecer final, estando livre para argumentar, interferir ou recusar as informações, como também desistir de participar do estudo em qualquer momento.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo está organizado em duas partes: Os sentidos da Integralidade identificados no Curso e a Integralidade como tema transversal.

### 4.1 Os sentidos da integralidade identificados no curso

Para apresentar os sentidos da integralidade identificados no curso, inicialmente será apresentada brevemente a característica do módulo e suas unidades curriculares. Nas unidades curriculares será exposto o sentido de maior ocorrência, associando-o a trechos das entrevistas relacionadas a cada unidade. Os quadros exemplificam as unidades curriculares que compõe os módulos.

O **Módulo I** é teórico e possui uma carga horária de duzentas horas (200 horas) contemplando duas unidades curriculares, representadas abaixo:

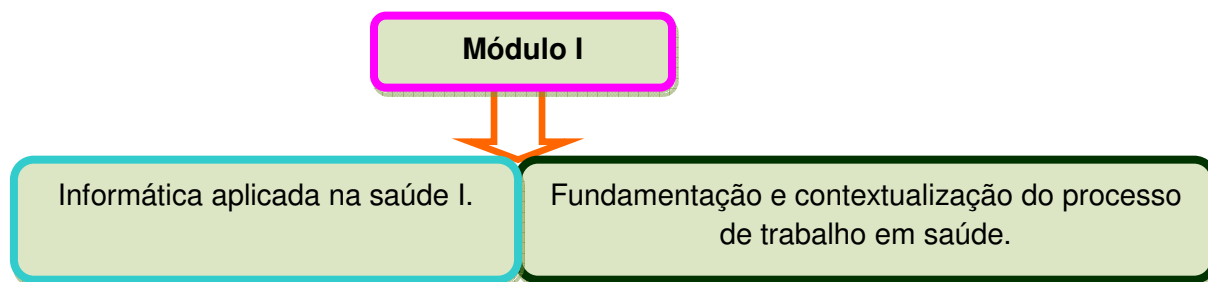


Figura 1: Módulo I.

A unidade **Fundamentação e Contextualização do Processo de Trabalho em Saúde** tem os seguintes eixos temáticos: organização do processo do trabalho em saúde e promoção da biossegurança em saúde; promoção da segurança do trabalho nas instituições de saúde; educação para saúde; noções de atendimento pré-hospitalar e, introdução à anatomia e fisiologia humana.

Nesta unidade curricular, o discente desenvolve competências que orientam ações para conhecer as necessidades de saúde da população bem como manter a saúde da população sadia por meio de ações educativas individuais e coletivas,

objetivando melhoria da qualidade de vida e do autocuidado. Portanto, esta unidade curricular é imprescindível para desenvolver as competências inerentes ao técnico de enfermagem, haja vista que ela pretende fundamentar toda a base teórica necessária que fornecerá subsídios para os demais módulos e, conseqüentemente, ao exercício profissional.

Com relação ao Módulo I, encontramos na Unidade Curricular **Fundamentação e Contextualização do Processo de Trabalho em Saúde** o quantitativo de quarenta e quatro (44) itens que corresponde ao **Grupo 2**, exclusivamente, os sentidos da integralidade denominado de atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática profissional.

Identifica-se nas bases tecnológicas um olhar fragmentado para o sujeito. Exemplo disso são as bases relacionadas à nutrição, dissociadas da pediatria ou das políticas públicas, como saúde da criança, saúde da mulher e, saúde do trabalhador e idoso.

Em outros momentos há uma aproximação da boa prática nas bases tecnológicas quando se busca:

- Trabalho em equipe, o conhecimento do sistema de saúde, o ambiente e sua relação com o processo saúde-doença.
  - Identificação dos fatores determinantes da qualidade de vida, a educação em saúde, o saneamento básico e do meio, cuidado nutricional, atividade física e mental.
  - Conflitos entre a dimensão pública e privada.
  - Negociação do trabalho na área de saúde.
  - Carta dos direitos do paciente.
- (IF-SC, 2009a, p. 26-28).

Nos exemplos acima, identifica-se a busca de um olhar mais ampliado em direção a própria prática profissional e às condições de vida da pessoa sob cuidado.

Na unidade em que se trabalha a **Informática Aplicada na Saúde I**, o discente desenvolve as competências para o uso de tecnologias da informática. Nela há conteúdos específicos em relação à informática, tais como:

- Conhecer a evolução histórica do computador e observar as suas amplas utilidades na atualidade;
  - Manusear o computador em seus aspectos básicos, incluindo sistema operacional;
  - Utilizar a Internet para recebimento e envio de e-mail e informações;
  - Confeccionar textos simples utilizando software livre.
- (IF-SC, 2009a, p. 31).

A relação entre a computação e a saúde aparece em:

- Compreender os conceitos envolvidos na utilização de sistemas de informação em saúde, incluindo registros de informações de pacientes, utilizando os sistemas hospitalares disponíveis, principalmente no acesso aos resultados de exames laboratoriais e informações de pacientes;
- Conhecer aspectos da Informática em Saúde, principalmente processamento de imagens médicas, registro clínico eletrônico, uso do computador no ensino da saúde e sistemas de apoio à decisão (IF-SC, 2009a, p. 40-41).

O domínio desta linguagem e ferramenta possibilita a troca de informações em uma época de constantes mudanças e implantações, como por exemplo, a construção do prontuário eletrônico, a obtenção de informações sobre dados epidemiológicos, o Cartão Nacional de Saúde, além da sua inserção social nos campos especiais em que vier a atuar, conforme argumenta D4:

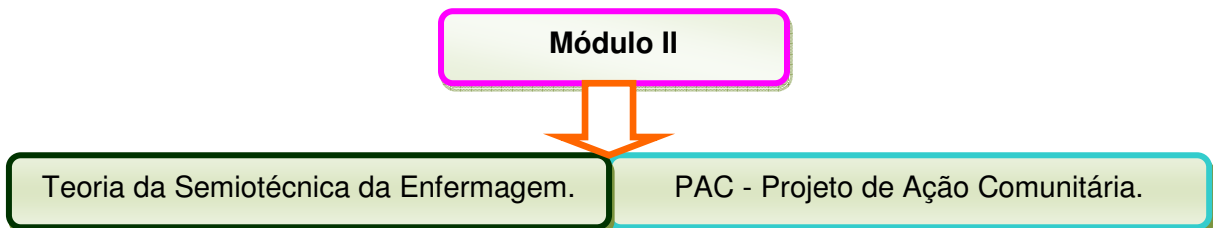
*atualmente, se a pessoa não tem conhecimento de informática, ela não é incluída do meio, se ela é excluída do meio de convivência, ela pode se sentir mal com isso, achar que não serve para sociedade, não vai conseguir acompanhar os filhos na escola, não vai conseguir trabalhar, fazer os trabalhos de aula, que pode gerar frustração (D4).*

Conforme exemplifica o docente, a informática além da inserção social permite ao discente a construção de conhecimento através da pesquisa e o acesso às informações de indicadores da saúde, ao sistema de informação e registro em saúde, e aos padrões de qualidade em prestação de serviços em saúde. Os indicadores de saúde e as informações pelo Ministério da Saúde compreendem: o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN.

O processo de informação e comunicação permeia todas as atividades do profissional ligadas à atenção a saúde como, por exemplo, obter e armazenar informações sobre pacientes, ler literaturas científicas, selecionar procedimentos diagnósticos, organizar e planejar uma aula, entre outros (CARVALHO JUNIOR, 2004). Porém, para o autor, a ausência de recursos financeiros suficientes para aquisição da tecnologia necessária, os pequenos espaços nos currículos para

inclusão, e a ausência de docentes e funcionários disponíveis com conhecimento na área, dificultam a introdução da informática nos currículos.

O **Módulo II** possui carga horária de cento e sessenta horas (160 horas), contemplando duas unidades curriculares, representadas abaixo:



**Figura 2: Módulo II.**

A unidade curricular da teoria da **Semiotécnica da Enfermagem** tem como objetivo contextualizar o processo de trabalho específico da Enfermagem, bem como as técnicas básicas executadas pelos profissionais de Enfermagem.

Nesta unidade curricular verificamos os sentidos da integralidade de forma única. Sendo assim, foi encontrado o quantitativo de onze (11) itens correspondente ao **Grupo 2**, exclusivamente, o sentidos da integralidade denominado de atributos dos profissionais de saúde associado à atitude, ou seja, a boa prática profissional.

Identifica-se um olhar fragmentado, hospitocêntrico e biologicista para o sujeito, como por exemplo, nas bases tecnológicas: *os hospitais como ambiente de trabalho e o funcionamento da CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar*, dissociadas da semiologia e saúde coletiva (IF-SC, 2009a).

Uma aproximação da boa prática identifica-se na competência:

Princípios da Semiotécnica na Enfermagem para prestar assistência em todas as situações, de acordo com a sua competência legal, de modo a desenvolver ações com atendimento seguro e a melhorar a qualidade de vida da pessoa (IF-SC, 2009a, p. 33).

O exemplo citado anteriormente mostra um olhar mais ampliado em direção a própria prática profissional e às condições de vida da pessoa sob cuidado.

A semiotécnica aborda, tradicionalmente, estudos e métodos das técnicas para prestar os cuidados à pessoa, objetivando a segurança, o conforto e a economia, tanto para a pessoa atendida, quanto para a instituição e para o

profissional, garantindo agilidade e a manutenção dos princípios científicos (GARCIA; MURTA; 2009).

Atualmente propõe-se que se privilegie um olhar holístico à saúde do paciente, mas nos discursos dos docentes nas entrevistas e, observando a prática dos profissionais de saúde e discentes, valorizam-se mais os aspectos relacionados aos procedimentos técnicos em detrimento da valorização da pessoa e do cuidado integral, de acordo com D14 e D9:

*a gente formada na faculdade se preocupa muito em fazer procedimentos, fazer correto, não estamos amadurecidos o suficiente para entender o processo, a gente vai amadurecendo conforme os anos de profissão e não sei te dizer essa questão do curso, porque é um curso de dois anos se ele em dois anos pequena duração, e não sei se sai amadurecido, pra entender mas sei que se trabalham as questões (D14).*

*Acredito que o dia a dia vai proporcionar o olhar clínico ao profissional, mas vejo que muitos alunos ainda não têm essa visão de um todo do paciente, Vai lá, arruma a cama rapidinho com a preocupação de fazer a técnica. Na avaliação, digo que precisam melhorar o item das necessidades humanas básicas, porque com a técnica é maior do que com o paciente, quer fazer a medicação certa, às vezes a professora está vendo, arrumar aquele leito perfeito esticadinho... fazer a técnica às vezes, é maior do que a preocupação com a assistência do paciente... A preocupação da técnica acredito que leva ao cuidado mais fragmentado e não ao foco da integralidade (D9).*

Os docentes demonstram a preocupação exagerada com a técnica e apontam a dificuldade de se entender o processo. O docente D14 relaciona essa dificuldade à falta de amadurecimento do discente. Henrique e Aciole (2004) também afirmam que esta dificuldade existe, mesmo que tenham sido abordados na teoria os aspectos relacionados com o cuidado com a pessoa como um todo, o respeito à subjetividade, as crenças, os hábitos de vida, as relações familiares, o trabalho e outros cuidados.

A postura do discente em privilegiar a técnica é um empecilho à construção da integralidade, já que o profissional pode, no seu encontro com a pessoa que sofre reconhecer outras necessidades ou fatores de risco de doenças não manifestadas no momento (MATTOS, 2006).

Paralelamente aos que vêem a técnica como prioritária nas práticas do aluno, encontramos outras posturas:



*Eu acho que depende do professor, do peso que o professor dá para as ações do cuidado, porque é lei, todos sabem da lei, mas nós temos um Sistema Único da Saúde que também sabe que existe a lei, fala da lei, mas nem sempre ela é cumprida (D2).*

O entrevistado D2 exemplifica que a construção da integralidade depende do docente e no peso que dá às ações do cuidado, descritas ou não na unidade curricular, ou seja, vai depender de como orienta e de como se compromete com a materialização das práticas de saúde. De acordo com Koifman et al (2006), a maneira de agir dos futuros profissionais na saúde é influenciada pelas relações estabelecidas entre professor e aluno, nos processos educativos em qualquer cenário de aprendizagem.

O **Módulo III** corresponde a Unidade Curricular do Estágio em Semiotécnica da Enfermagem e possui uma carga horária de sessenta horas (60 horas), contemplando uma unidade curricular, representada abaixo:

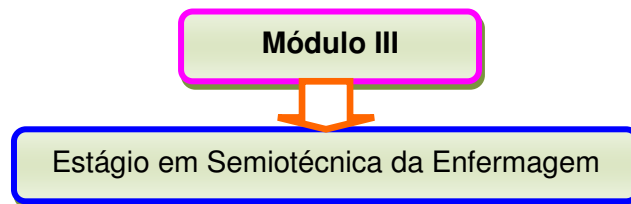


Figura 3: Módulo III

Na unidade curricular do **Estágio em Semiotécnica** o discente desenvolve, na prática, as técnicas que foram apresentadas no módulo II e, como ambos possuem as mesmas competências e bases tecnológicas. Essas foram descritas no módulo II da Semiotécnica.

Após a teoria da semiotécnica, são realizados os estágios em práticas em laboratório, preferencialmente em hospitais e pronto-atendimentos, contemplando o processo de trabalho específico da enfermagem e as técnicas básicas executadas pelos profissionais de enfermagem, que foram apresentadas na Unidade Curricular Teórica (IF-SC, 2009a, p.15).

Identifica-se um olhar fragmentado e hospitocêntrico, por exemplo, quando as práticas de semiotécnica são realizadas em sua maioria em hospitais ou pronto-atendimentos, apontando uma visão mais tecnicista e curativa, sendo que estes

profissionais também são absorvidos nas unidades básicas de saúde e, portanto, estes serviços também poderiam fazer parte desse estágio.

Diante deste contexto, podemos observar que esta matriz segue a formação tradicional na qual se priorizam as técnicas. Há uma dicotomia entre a teoria e a prática, contrariando o que se preconiza atualmente, que é um aprendizado que incorpore a relação ensino-serviço, sem dicotomizar teoria e prática.

Com relação aos estágios, os hospitais ainda constituem cenários de aprendizagem preferidos de muitas escolas de saúde. Esse modo de realizar a prática traz conseqüências, como descrevem D11 e D2.

*O modelo de nosso curso é um modelo extremamente hospitalocêntrico, talvez pela nossa formação, talvez porque a gente tem, quase todas nós, trabalhamos anteriormente na assistência hospitalar, delineou o perfil do nosso curso, hospitalocêntrico, o saudável, a saúde, baseada na doença mesmo (D11).*

*Uma característica de nosso curso desde o início é formar o aluno para trabalhar em ambiente hospitalar, para sanar as demandas (D2).*

Os docentes exemplificam as conseqüências da formação do aluno voltada para a atuação em ambiente hospitalar. O uso do termo "hospitalocêntrico" é utilizado para designar um dos traços do modelo assistencial predominante, que caracterizava a prática dos serviços de saúde centrados nos hospitais (MATTOS, 2006).

Contudo, a assistência de enfermagem pode acontecer em várias instâncias, como em hospitais, creches, pronto-atendimentos, unidade básica de saúde, entre outros. O que se identifica é que os estágios supervisionados do curso, em sua maioria, são realizados em ambiente hospitalar e pronto-atendimentos logo após o embasamento teórico, com exceção do estágio de Saúde Coletiva que é realizado nas unidades Básicas de Saúde. Esse modo de realizar os estágios é contrário ao que Ceccim; Carvalho (2006, p. 27) afirmam que "as redes sociais devem ser igualmente cenários de vivência e de aprendizagem, por pertencerem aos itinerários terapêuticos reais e ampliarem a apropriação sobre os sentidos do viver".

Nesta perspectiva, a construção do curso segue uma abordagem clássica de ensino em que as práticas são em hospitais, e o conhecimento é fragmentado e compartimentalizado, caracterizando a formação dos profissionais com visão

hospitalocêntrica (PINHEIRO; CECCIM, 2004). Esse modelo contraria a proposta da reforma curricular que enfatiza o ensino nos ambulatórios e nas comunidades, permitindo mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes (MATTOS, 2006).

O **Módulo IV** é teórico e possui uma carga horária de trezentas horas (300 horas) contemplando quatro unidades curriculares, representadas abaixo:

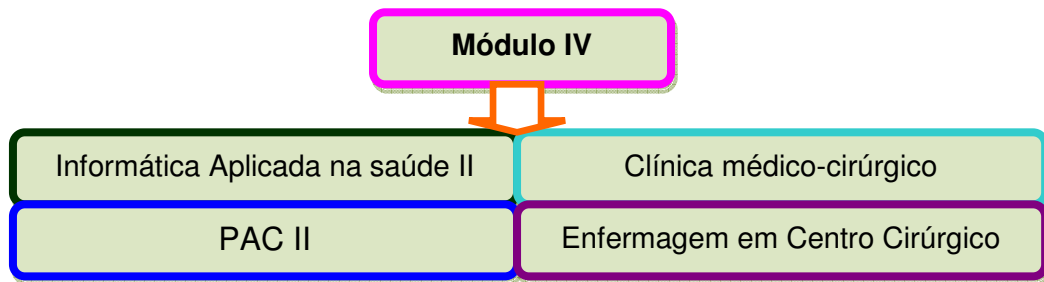


Figura 4: Módulo IV.

A unidade curricular de **Informática Aplicada na saúde II** trata de conteúdos específicos para a iniciação à informática e foi apresentado na unidade curricular de **Informática Aplicada na saúde I**.

A unidade curricular de **PAC II - Projeto de Ação Comunitária II**, trata de conteúdos específicos, que versam sobre as metodologias e as técnicas, e os diferentes enfoques na pesquisa. Será apresentado no final do módulo.

Na unidade curricular de **Enfermagem em Clínica Médico-cirúrgica**, o discente conhece as principais enfermidades que acometem o ser humano em todo o seu ciclo vital, com um enfoque voltado também para o cuidado da pessoa idosa, bem como os cuidados pré e pós-operatórios.

Nesta unidade encontramos o quantitativo de dezenove (19) itens que correspondem ao **Grupo 2**, exclusivamente, os sentidos da integralidade denominado de atributos dos profissionais de saúde associado à atitude, ou seja, a boa prática profissional.

Identifica-se nas bases tecnológicas um olhar fragmentado e biologicista para o sujeito, como por exemplo, nas bases relacionadas a clínica médica, quando estuda as doenças, a anatomia, a fisiologia e as intercorrências cirúrgicas, dissociadas da semiotécnica e das políticas públicas.

E outros momentos há uma aproximação da boa prática quando se busca:

- Assistência de Enfermagem a ser prestada à pessoa cuidada na clínica médica e cirúrgica, prestando sempre um atendimento com qualidade;
- Os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa em seu contexto familiar e social;
- Características gerais do ser humano sadio dentro de uma visão holística, considerando as fases de desenvolvimento orgânico e emocional;
- Assistência de enfermagem e as relações interpessoais com a pessoa hospitalizada, família e a equipe multidisciplinar;
- Humanização no preparo da pessoa para a cirurgia (IF-SC, 2009a, p. 49-50).

Nos exemplos acima, identifica-se a busca de um olhar ampliado em direção à própria prática profissional e às condições de vida da pessoa sob cuidado.

O curso está estruturado em unidades curriculares, sendo que no primeiro módulo o aluno tem anatomia de alguns sistemas e, no segundo, em clínica medica-cirúrgica ele terá o estudo das doenças. Esta divisão traz algumas consequências como comenta D5:

*Integralidade, dentro da clínica médica, é uma questão que acho falho, porque neste módulo tem clínica médica, clínica cirúrgica e centro cirúrgico, o que aconteceu, eu trabalhei muito individual, quando eu trabalho o sistema renal, eu poderia ter trabalhando junto com o professor de clínica cirúrgica, o que aconteceu, fiz revisão da anatomia do sistema renal, que já tiveram no primeiro módulo, e entrei para as patologias do sistema renal, só que o colega da clínica cirúrgica vai trabalhar às vezes o pós-operatório, um transplante renal, porque não trabalhar no mesmo momento que estou abordando o sistema renal na clínica médica. Então o que aconteceu o semestre que passou estava trabalhando o sistema renal e o colega que estava em clínica cirúrgica estava trabalhando as cirurgias do digestório, isso para o aluno fica muito fragmentado, dividido (D5).*

O docente acima aponta como difícil a construção da integralidade e da interdisciplinaridade, quando refere que para ensinar deve fazer uma revisão da anatomia quando poderia ser tudo num único momento, ou seja, um aluno abordando as doenças de um sistema, enquanto o colega abordaria as questões cirúrgicas de outro sistema. Ceccim e Carvalho (2006) afirmam que o predomínio dos aspectos biológicos, frente às outras disciplinas, é histórico na formação dos profissionais de saúde, ficando a semiologia distante dos estudos de fisiologia e anatomia.

Historicamente, na assistência de Enfermagem, a prática vem sendo fragmentada e tecnicista com pouca articulação com as queixas ou necessidades do paciente. Atualmente, há lugares utilizando o método integral em que o profissional se responsabiliza por um grupo de pessoas, realizando todos os cuidados (sinais vitais, higiene e conforto, curativos, medicações e outros) centrados no paciente como um todo (TIMBY; SMITH, 2005, p. 10-11). Visualiza-se neste método a aproximação entre o profissional e a pessoa internada, estabelecendo maior vínculo e garantindo uma assistência à pessoa como um todo, conforme D9 e D5:

*falo aos alunos, o doente não é só uma cabeça, não cuidem só da doença dele, tem que ajudar no banho, vê se consegue andar direito, se consegue se alimentar, muitas vezes tem que dar comida na boca, nesse sentido, não posso só ver a doença dele, os sintomas da saúde mental, tento trabalhar com integralidade, sei que ainda pode faltar muitas coisas , mas ver ele como um todo... ele tem coração , tem vontades, necessidades...(D9).*

*Vamos cuidar de uma pessoa que tem um exemplo recente, uma pessoa com diabetes mellitus tipo I, descompensada, já tem perda muscular, ele teve outros agravantes, como infecção urinaria, então, qual que é o problema dele, não adianta cuidar só da diabetes, tem todo um problema social por trás, a mãe dele é falecida, é separado, o pai dele mora na mesma cidade mas não tem contato, mora com o irmão mais novo, não tem emprego, não tem o que comer, ele não tem cuidado. Integralidade é a gente olhar, ver ele como um todo, não adianta, quando vai para o hospital tentar melhorar a diabetes, mas daqui a pouco ele vai embora, teve num outro momento, chegou em casa a luz elétrica estava cortada, onde ia guardar a insulina? Não tinha o que comer, a diabetes descompensou, ele voltou e ficou internado (D5).*

As declarações exemplificam o cuidado com a pessoa de forma integral e não só da doença que ela apresenta. Devem-se levar em consideração os fatores condicionantes e determinantes no processo saúde-doença, como no exemplo acima, os fatores sociais. A saúde no conceito ampliado é resultado de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes como moradia, alimentação, saneamento básico, ambiente, trabalho e renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais.

Esse conceito reconhece a pessoa como um ser integral no seu biopsicossocial com uma doença ou lesão, bem mais do que simplesmente um aparelho ou sistema biológico (MATTOS, 2006).

Na unidade curricular de **Enfermagem em Centro Cirúrgico** é o momento em que o discente irá conhecer os cuidados para as principais cirurgias, os cuidados de assepsia cirúrgica, a central de material e esterilização e, os cuidados imediatos prestados ao paciente na sala de recuperação pós-anestésica.

Esta Unidade Curricular apresentou quatorze (14) itens que correspondem ao **Grupo 2**, referente ao sentido da integralidade, denominado de atributos dos profissionais de saúde associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.

Identifica-se nas bases tecnológicas um olhar fragmentado e biologicista para o sujeito, como por exemplo, na base a *Assistência de Enfermagem à pessoa cuidada no Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pos- Anestésica*, dissociada da clínica médico-cirúrgica, que aborda as doenças e cuidados pré e pós-operatório.

Nesse momento se percebe uma aproximação da boa prática ao buscar:

- Assistência à pessoa cuidada no CC e SRPA, prestando um atendimento de qualidade;
  - Fatores determinantes da qualidade de vida das pessoas em todas as fases de sua vida, em seu contexto familiar e social;
  - Assistência de Enfermagem e as relações interpessoais com a pessoa hospitalizada, família e a equipe multidisciplinar;
  - Promoção da saúde integral da pessoa idosa;
  - Humanização no atendimento pós-operatório;
  - Interagir com a equipe multiprofissional.
- (IF-SC, 2009a, p. 55-56).

Os exemplos acima indicam um olhar ampliado à saúde individual e coletiva, e a preocupação com o trabalho em equipe.

O centro cirúrgico é considerado um ambiente complexo e de intenso fluxo destinado para realizar intervenções cirúrgicas.

*Um paciente foi operado, havia fraturado a perna e constava em sua ficha que era alérgico a todos os tipos de medicamentos inclusive analgésicos, menos tylenol. Fizeram a cirurgia dele e medicaram... Então, se o paciente tem alergia, o que se pode fazer por essa pessoa para dar dignidade e o direito de um pós-operatório com tranquilidade? Porque é um direito, não só se preocupar com a perna curada, fixada, que confie na equipe, que receba orientação e a família seja orientada também... esse mesmo paciente saiu da sala só com prescrição de tylenol, já sentindo formigamento e dor, pois havia feito anestesia raquidiana, aí perguntei? Por que não colocam um catéter epidural para ter um pós-operatório com tranquilidade... pois a resposta que recebi é que isso não é uma rotina e só poderia ser feito em determinados pacientes.*

*Integralidade para ele? Onde está então o direito? Cuidar da perna, mas ele não é só uma perna (D2).*

*Tem que enxergar além daquela perna quebrada, o paciente não pode ser uma perna quebrada, ele é uma pessoa, que tem hábitos alimentares, que ele pode se negar a tomar uma medicação, que ele pode sim negar a comer, desde que se investiga o porquê dessa negação e mostrar para o aluno que isso é importante, a gente não pode simplesmente julgar aquela pessoa porque não quis a medicação ou não quer aquela alimentação (D7).*

D2 e D7 defendem que a pessoa deve ser vista em todos os aspectos e não somente a “perna quebrada”. O sentido da integralidade está relacionado à atitude desejável a todos os profissionais da saúde, caracterizada em recusar a reduzir o paciente apenas a um aparelho ou a um sistema biológico que supostamente produz o sofrimento ou a queixa desse paciente (MATTOS, 2006).

O **Módulo V** é teórico e possui uma carga horária de cento e quarenta e oito horas (148) contemplando duas unidades curriculares, representadas abaixo:

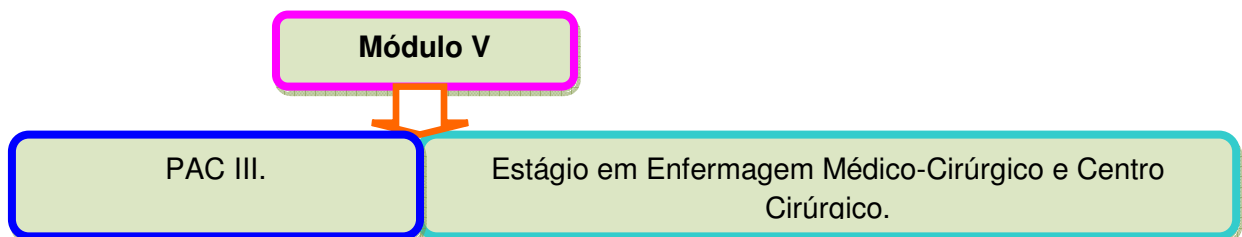


Figura 5: Módulo V.

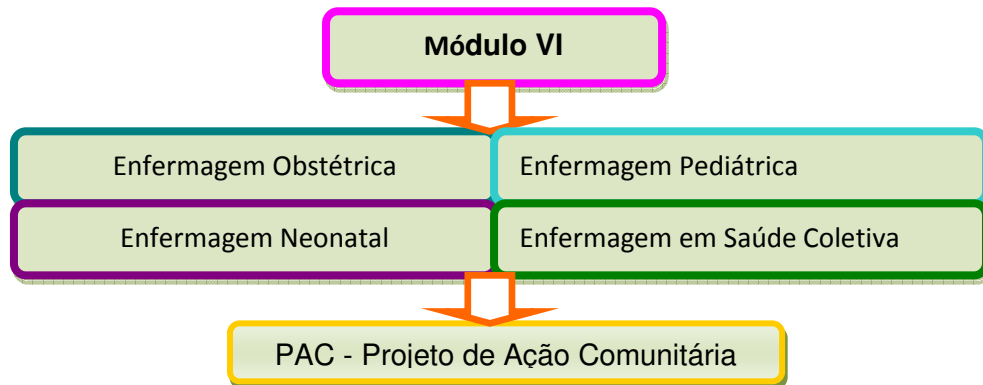
O **módulo V** corresponde aos **Estágios Supervisionados de Enfermagem Médica-Cirúrgica e Centro Cirúrgico**, em que o discente desenvolve, na prática, as competências conquistadas no módulo IV. Como ambos os estágios possuem as mesmas competências e bases tecnológicas, esses foram avaliados nesse módulo teórico.

Pode-se perceber que o ensino é fragmentado também na prática durante os estágios, dificultando a questão da integralidade e interdisciplinaridade, como se posiciona o docente, abaixo ao relatar que os estágios de clínica médica e de clínica cirúrgica são realizados em diferentes setores:

*em campo de estágio continua fragmentado, em um setor o professor trabalha com o aluno visando a clínica médica e, em outro setor, outro professor visa a clínica cirúrgica (D5).*

A unidade curricular de **PAC III - Projeto de Ação Comunitária III** trata de conteúdos específicos, que versam sobre as metodologias e técnicas, e os diferentes enfoques na pesquisa. Ele será apresentado no final do módulo IX.

O **Módulo VI** é teórico e possui uma carga horária de duzentos e noventa e seis horas (296 horas) contemplando quatro unidades curriculares, representadas abaixo:



**Figura 6: Módulo VI.**

O **Módulo VI** corresponde às aulas teóricas e práticas com as unidades curriculares a seguir.

Na unidade curricular de **Enfermagem Obstétrica** é apresentada ao discente a contextualização da saúde da mulher como um ser integral, por meio da promoção, da prevenção e do cuidado de enfermagem em todo o processo gravídico-puerperal. Nela os alunos conhecem os cuidados prestados à saúde da mulher, a detecção precoce do câncer de colo uterino e de mama, das DST/AIDS e outras afecções ginecológicas. Ainda conhecem a assistência à maternidade, as opções de natalidade e os métodos contraceptivos.

Nessa unidade curricular encontramos o quantitativo de sete (7) sentidos que correspondem ao **Grupo 2** relativos ao conjunto de atributos dos profissionais de saúde, associados à atitude, ou seja, a boa prática profissional.

Identifica-se nas competências e bases tecnológicas um olhar biomédico para o sujeito nas bases:

- Identificar e desenvolver ações individuais e coletivas voltadas à prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino, câncer de mama e doenças ginecológicas;
- Identificar e desenvolver as ações voltadas ao planejamento familiar, assistência pré-natal desde o início da gravidez, parto e puerpério (IF-SC, 2009a, p. 70).



Nos itens acima, observa-se a saúde da mulher como objeto em sua dimensão procriativa, voltada ao ciclo gravídico-puerperal, aos problemas diretamente relacionados com o útero (gravídico ou não) e com as mamas, assim como ao planejamento familiar (MATTOS, 2006). Há maior valorização aos aspectos ligados ao sistema anatômico e às doenças da mulher do que em relação aos aspectos sociais, conforme o comentário:

*sobre a saúde da mulher, tem que trabalhar anatomia do processo de pré natal e, sendo nosso público na maioria mulheres, então, no processo de ser mulher, falam de suas experiências, infecção urinária, gestação, como foi a experiência de parto, qual era a expectativa dela antes e depois de cada relato, vou trabalhando o assunto (D12).*

O docente refere que para ensinar sobre saúde da mulher deve ser abordada a anatomia e, utiliza as experiências vivenciadas pelos discentes em relação ao ciclo gravídico-puerperal e outros problemas, como a infecção urinária. Em relação a valorizar as experiências de vida dos discentes, Silva Jr, Pontes e Henriques (2006) consideram que, no processo ensino-aprendizagem, devem ser considerados os sentidos e as práticas cuidadoras que os discentes trazem de suas experiências de vida e, a partir da problematização dessas experiências, trabalhar o que desconhecem. Dessa forma, os discentes conseguem relacionar as informações em diferentes contextos e situações do seu dia a dia como profissional.

Nesse sentido, até a década de 80, a atenção à saúde da mulher limitava-se ao período gravídico-puerperal. A partir dessa data, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi fortemente influenciado pelo movimento feminista em sua elaboração no âmbito do Ministério da Saúde. Porém, persiste nesse programa a forma reducionista pela qual eram vistos os problemas da saúde da mulher, quando tratavam os problemas relacionados ao sistema reprodutivo sem considerar os contextos culturais em que estavam inseridas e outras especificidades do adoecimento (MATTOS, 2006).

É importante salientar que, para assistir a mulher de forma integral, deve-se considerar as questões de saúde que acometem todas as pessoas e as específicas relacionadas à mulher. Isto é, considerar no processo de saúde e adoecimento os aspectos históricos, sociais, políticos e culturais, como por exemplo, as

desigualdades sociais e a sobrecarga de trabalho das mulheres. Geralmente as mulheres trabalham fora de casa contribuindo no orçamento ou como única renda familiar, além de cuidarem da casa, da educação dos filhos e outras questões relacionadas ao gênero, à raça, à cor, à classe ou à geração.

Portanto, para que se efetive uma atenção integral à saúde torna-se importante desenvolver ações e contribuir para que a mulher participe nas decisões relacionadas à sua saúde, respeitando-se a diversidade de formação, a cultura, a classe social, a etnia e a sua opção sexual. É necessário também, prover políticas efetivas que melhorem a qualidade de vida, reduzindo os altos índices de desemprego, de violência, do uso de drogas e da pobreza de forma geral, pois é somente desse modo que se conseguirá romper com a assistência baseada no modelo biomédico e reducionista (LOPES, 2006).

Como se pode observar, a integralidade está relacionada aos cuidados da saúde da mulher para muito além de sua perspectiva de apenas se tornar mãe ou cuidar do útero grávido ou de suas mamas, fazendo com que a maternidade seja uma de suas muitas opções (MATTOS, 2006).

Identifica-se uma aproximação da boa prática nas bases tecnológicas quando se busca:

“Parto e nascimento humanizado; Aleitamento materno”  
(IF-SC, 2009a, p. 71).

Atualmente, é constante o uso do termo *humanização da assistência*, termo que é bem mais amplo do que só ser *simpático*, *amável* ou chamar a pessoa pelo nome.

O avanço do conhecimento técnico e científico como aparelhos de diagnóstico e técnicas avançadas de tratamentos, fez com que se perdesse o contato humano em toda intervenção de atendimento à saúde. Para resgatar a assistência humanizada, profissionais e usuários devem considerar os aspectos físicos, subjetivos e sociais no atendimento à pessoa, complementando com os aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (BRASIL, 2010).

Porém, percebe-se uma desumanização por parte dos profissionais da saúde quando supervalorizam a técnica e/ou a doença em detrimento da valorização de outros fatores, como os aspectos emocionais, suas crenças, seus valores, seus

direitos à informação e/ou seus direitos de serem ouvidos e atendidos com educação.

Portanto, uma atenção humanizada não é excluir os aspectos técnicos nem científicos e sim, incluir a promoção do bem estar da pessoa como um todo, atendendo as suas necessidades e esclarecendo as suas dúvidas e ainda, permitir que expresse seus sentimentos. Desse modo, será possível resolver ou minimizar parte das queixas ou demandas dos usuários por meio da escuta qualificada, da compreensão e do acolhimento. Por outro lado, haverá a consideração e o respeito por parte dos usuários para com os profissionais que os estão atendendo.

O atendimento e o acesso humanizados são obrigações do SUS e englobam todos os profissionais da saúde e seus usuários. Kunkel e Ferla (2004) questionam as práticas humanizadas que fragmentam o usuário em um conjunto de áreas de especialidades ou em órgãos e sistemas, levando-o a buscar ora um especialista ora outro, sem muitas vezes solucionar o problema ou sequer ser ouvido.

Para um cuidado humanizado deve-se resgatar o respeito à vida humana, considerando os aspectos sociais, éticos e psíquicos presentes nas relações humanas.

No agrupamento dos sentidos na unidade Curricular de **Enfermagem Neonatal** temos o quantitativo de dezessete (17) referente ao **Grupo 2**, que corresponde ao conjunto de sentidos de atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática profissional.

Revela-se um olhar humanizado nos objetivos das competências e bases tecnológicas, como se vê a seguir:

- Identificar ações de orientação, acompanhamento e supervisão das puérperas e familiares referentes aos cuidados com o recém nascido, para promover a qualidade de vida da comunidade;
  - Método canguru;
  - Proteção aos órgãos dos sentidos;
  - Identificar e desenvolver ações voltadas ao atendimento do recém nascido normal desde o nascimento até a alta, visando à prevenção, ao diagnóstico precoce, a segurança e à humanização;
  - Conhecer as malformações congênitas, visando aos cuidados específicos de Enfermagem para o atendimento ao recém nascido e seus familiares;
  - Nutrição do RN – Importância do aleitamento materno.
- (IF-SC, 2009a, p. 73-74).

**Enfermagem Neonatal** é uma especialidade em que o discente conhece tanto os aspectos saudáveis quanto os cuidados na unidade de terapia intensiva neonatal do recém-nascido. Os cuidados de enfermagem incluem os cuidados relacionados às alterações biológicas e comportamentais do neonato nas primeiras horas de vida, como por exemplo, exame físico e ajuda na adaptação do recém-nascido e da família, atendendo as suas necessidades.

*Integralidade é atender o ser humano em sua totalidade, olhar não só aquilo que a gente vê, mas também o que não se vê que está em volta dele, não deixar nenhum desses fatores fora, ter um olhar holístico de forma que você possa congrega tudo isso. Vou dar um exemplo, de uma mãe que recebo, uma puérpera com seu recém-nascido, em primeiro lugar, colocar ela em contato com seu filho pra mamar, e assim, providenciar roupa, providenciar a chegada do pai, a vinda dos irmãozinhos, dos familiares, providenciando água e lanhe após o parto, orientando, e atender o filho dela de forma que ela possa ver o que está sendo feito com a criança, manter a par de todas as técnicas que estamos fazendo e os cuidados necessários com a puérpera (D11).*

O docente salienta que a integralidade é atender a pessoa sob o olhar holístico, termo utilizado que contempla o cuidado à pessoa considerando o todo, isto é, aos aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos, além de incluir a família nesse atendimento. O que se observa na base tecnológica é um olhar compartimentalizado para o sujeito, como por exemplo, as bases relacionadas à assistência em neonatologia dissociadas da obstetrícia e das políticas públicas.

Na Unidade Curricular de **Enfermagem Pediátrica** considera-se o aspecto do crescimento, do desenvolvimento e da assistência à saúde desde a infância até a adolescência.

Nesta unidade tem-se o quantitativo de quatro (4) pertencentes ao **Grupo 2**, que correspondem à atributos dos profissionais de saúde associados à atitude, ou seja, a boa prática profissional.

Identifica-se na base tecnológicas que indicam uma aproximação da boa prática como quando se busca:

- Conhecer e participar dos programas governamentais nas diretrizes para a atenção à saúde da criança e do adolescente, visando a orientá-los e os seus familiares;
- Identificar os parâmetros de crescimento e desenvolvimento infantil nas diferentes faixas etárias, os sinais e os sintomas que indiquem

alterações fisiológicas, psicológicas e patológicas e suas necessidades nutricionais;

- Saúde integral da criança e do adolescente: aspectos históricos, o papel da família, cuidados na atenção à criança e ao adolescente, o processo saúde-doença, a hospitalização da criança e da família;

- Cuidados com a criança sadia: banho diário e de sol, cólica, chupetas e sucção de polegar, controle dos esfíncteres, dentição, higiene das mãos, falta de apetite, limites da educação, agressividade e prevenção de acidentes;

- Humanização na infância e na adolescência: cuidados com a criança hospitalizada, acompanhante, comunicação, toque e recreação em pediatria (IF-SC, 2009a, p. 75-76).

Na unidade curricular de **Enfermagem Pediátrica** o discente adquire as competências relacionadas aos aspectos do crescimento, do desenvolvimento e da assistência à saúde desde a infância até a adolescência, tendo como objetivo promover o crescimento e o desenvolvimento das crianças e, melhores condições de saúde tanto psíquicas como físicas e sociais. Essa unidade realiza uma articulação entre políticas, aspecto técnico e social diferenciadas das outras unidades como destaca o relato abaixo:

*Quando você cuida de uma criança, não vai cuidar só da doença dela, vai olhar no geral, quem é a mãe, o pai, de onde vem, como ela foi aceita pela família, se isso está interferindo, qual o motivo de estar internada, se o motivo foi por uma doença comum, uma doença hereditária, ou se manifestou ou foi causada por quem cuida. Isso é integralidade, não só a doença, ela quebrou uma perna, vou cuidar só da perna dela, porque será que ela quebrou a perna? Será que ela caiu, será que alguém a derrubou, ou será que quebraram, aí vai ver o social, também, a situação financeira, se ela é alimentada, olha a pele, os cabelos, os dentes são cuidados, se é uma criança chorosa, tem medo da mãe, tem medo do pai, de quem ela tem medo, é apegada à enfermagem, é carente, como ela é? D8*

Na mídia ouvem-se diariamente os relatos quanto aos descuidos com crianças e adolescentes relacionados à falta de alimentação, à violência física, moral e sexual, à exploração do trabalho infantil, ao uso de drogas, às péssimas condições de moradia e de saúde.

*Cuidar como ser total e integral... não só da perna quebrada, ver em todos os ângulos para ver se precisa de mais cuidados maiores, como assistia social, psicológica, terapêutica, carinho, ajuda e apoio, ou até denunciar se for por agressão física a um órgão que*

*seja responsável para tomar uma atitude para o bem estar dela (D8).*

O discurso exemplifica o cuidado da criança como um ser integral, atentando-se ao seu biopsicossocial e não apenas a sua doença ou lesão. Nesse contexto, observam-se atitudes e valores com o objetivo de assegurar a integridade da criança, substituindo o enfoque da assistência baseada apenas na doença para novas práticas do cuidado, contemplando a criança e toda sua história de vida.

Na unidade Curricular da **Enfermagem em Saúde Coletiva**, o discente adquire competências relacionadas às formas de trabalho de educação, promoção e prevenção em saúde na população em geral, às formas de trabalho da vigilância epidemiológica a controles de endemias e epidemias.

Nesta Unidade Curricular encontramos o quantitativo de oito (8) pertencentes do **Grupo 6**, no qual se agrupam todos os sentidos: atributos dos profissionais de saúde associado à atitude, ou seja, a boa prática profissional; organização dos serviços e práticas de saúde e; integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde.

Em relação a boa prática identificamos:

- Relevância do trabalho em equipe de forma interdisciplinar, identificando o papel de cada participante da equipe no processo de trabalho na educação básica da saúde coletiva, individual e ambiental;
- Políticas públicas de saúde vigente, processo de construção do SUS (IF-SC, 2009a, p. 82).

Em saúde coletiva, o trabalho em equipe também é fundamental no desenvolvimento das atividades com as famílias e com a comunidade. No trabalho em equipe multiprofissional é importante que cada membro conheça sua função sem deixar de considerar as funções dos outros membros do grupo, devendo flexibilizar a divisão do trabalho preservando as diferenças técnicas, para buscar a integralidade nas ações através das articulações contínuas do seu trabalho com os demais. (RODRÍGUEZ, 2002).

Quanto à organização dos serviços e práticas de saúde, busca-se nas bases:

- Identificar a estrutura organizacional do sistema de saúde vigente, bem como compreender o papel do Estado e de outros setores na

implementação das políticas públicas, observando os princípios éticos (IF-SC, 2009a, p. 79).

Esse conjunto de sentidos estava relacionado à dicotomia entre a assistência preventiva e a assistência curativa, quando se pensava que as necessidades das práticas de saúde coletiva e das práticas assistenciais hospitalares eram bastante distintas. Essa estrutura dicotomizada do sistema de saúde foi criticada porque resultava da impressão de que a prioridade da política de saúde vigente era a assistência médica previdenciária, em detrimento da saúde pública (MATTOS, 2006).

A segunda perspectiva de crítica ao arranjo institucional dicotomizado em serviços de saúde é de que estavam centrados nos hospitais, e a saúde pública centrada, principalmente nos Centros de Saúde, levando a população necessitada a dirigir-se à diferentes unidades conforme suas fossem suas necessidades ou em relação à assistência médica ou às práticas da saúde pública (MATTOS, 2006).

Essa dicotomia ainda pode ser percebida nos dias atuais:

*Na saúde coletiva... a gente trabalha muito a promoção, prevenção à saúde, os agravos à saúde, promoção a saúde entra mais os aspectos alimentação, exercícios físicos, bem estar social, e a atual unidade curricular que trabalho mas é possível trabalhar nas outras. A gente trabalha na população em saúde coletiva, e na população a gente cria vínculo com a família, conhece a família, conhece as questões sociais que envolvem aquele indivíduo, que é uma visão diferente quando a gente esta dentro do hospital, o nosso atendimento é exclusivamente ao individuo geralmente a visão é esta, é o indivíduo, e com objetivo curativo, não como de acompanhamento como se tem na saúde coletiva (D13).*

*Em saúde coletiva, lecionei e a prática da integralidade é maior, pois o paciente está saudável, quero dizer, não hospitalizado ou acamado, você faz visita domiciliar, vai à busca, vai fazer orientações, tem maior integração com o paciente, a família, vê onde mora, as condições de vida dele, sabe de onde vem, sabem por que ele não toma medicação que e para tomar, como por ex. a insulina e descobre que sequer tem geladeira dentro de casa, a parti que você sai do mundo hospitalar como eu que vivo muito no hospital, na saúde coletiva você percebe mais, se integra muito mais com a comunidade (D6).*

Os docentes explicitam a dicotomia existente entre a assistência preventiva e a assistência curativa quando exemplificam que é possível trabalhar a promoção e a prevenção em saúde coletiva, mesmo quando a assistência no hospital está

centrada no indivíduo com abordagem curativa, indicando, desse modo, que a integralidade na atenção a saúde não é transversal .

Para Mattos (2006) o princípio de integralidade não acontece porque há uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais.

Para a integralidade e as políticas voltadas para grupos específicos busca-se nas bases:

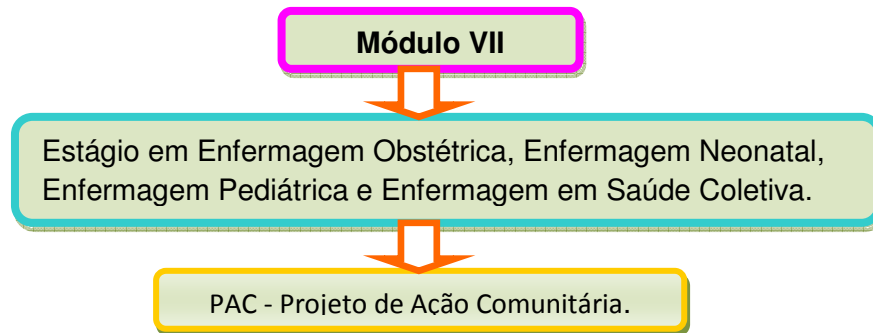
- Identificar as condições de vida que interferem no aparecimento e desenvolvimento das doenças sexualmente transmissíveis (DST), da infecção pelo HIV/AIDS e da tuberculose e hanseníase. –
- Conhecer os programas DST/AIDS e outros programas de saúde voltados à mulher, idosos e outros grupos específicos de sua comunidade.
- Programa Básico: saúde da mulher (pré-natal, preventivo, puerpério, planejamento familiar, climatério), Programa de assistência integral à saúde da criança (PAISC, SISVAN, teste do pezinho), Programa saúde do adolescente (PROSAD) e Projeto Acolher: um compromisso da Enfermagem com o adolescente brasileiro, programa saúde da família, programa do agente comunitário de saúde, programa nacional de imunização, Estatuto do Idoso, Programas de Saúde do Idoso (IF-SC, 2009a, p. 81-82).

Nos exemplos das bases tecnológicas acima se identificam sentidos da integralidade que tratam de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou grupos específicos, e muitas das respostas governamentais assumem formas denominadas programas, e os tradicionais programas verticais exemplificam isso. Em relação aos programas verticais, a autora do presente estudo concorda com Mattos (2006), quanto a idéia sobre a falta de integralidade para pessoa que tem, por exemplo, diabetes com tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do Sistema de Saúde para resolver seu problema, onde muitas vezes não consegue resolvê-los. O autor toma como exemplo a AIDS, em que a resposta governamental mais se aproxima do princípio da integralidade por ter de abarcar tanto a perspectiva preventiva quanto a perspectiva assistencial.

A Unidade Curricular **PAC IV** prevê a continuidade das atividades de pesquisa, com trinta e seis horas (36 horas) destinadas a construção do projeto serão descritas no último módulo.

O **Módulo VII** é teórico e possui uma carga horária de cento e oitenta e oito horas (188 horas) contemplando duas unidades curriculares, representadas abaixo:





**Figura 7: Módulo VII.**

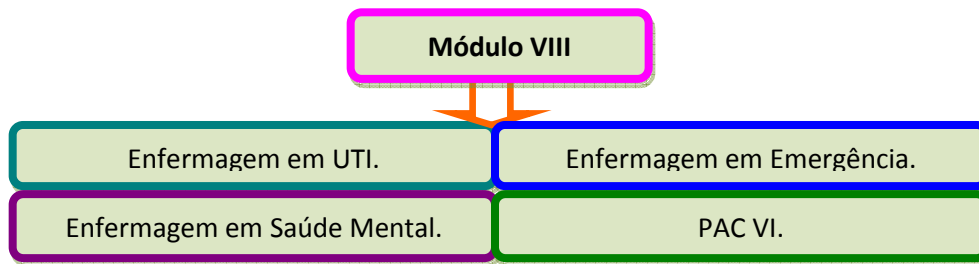
O Módulo VII contempla as unidades curriculares de Estágio em Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Neonatal, Enfermagem Pediátrica e Enfermagem em Saúde Coletiva. Os Estágios são desenvolvidos em maternidades, hospitais, exceto o estágio da unidade curricular da Enfermagem em Saúde Coletiva que é desenvolvido em unidades básica de saúde e, como possuem as mesmas competências e bases tecnológicas do módulo teórico, estas foram descritas no módulo teórico correspondente a cada unidade curricular.

*No cuidado de um aluno a uma gestante em sala de parto, é importante que ele crie um vínculo, para que ele possa interagir e intervir onde não está muito segura, ainda, verbalizando todas as ações que ira desenvolver e dialogando, isso é, deve conhecer o que a pessoa sabe para poder depois intervir em todos os sentidos, e onde não pode, encaminhar conforme a necessidade (D12).*

O docente salienta um sentido importante da integralidade quando coloca que para entender e atender as reais necessidades da pessoa é preciso estabelecer um vínculo. O vínculo é a relação de confiança estabelecida entre a pessoa e o serviço. Para Mayema et al. (2007) é um processo no qual se conquista a pessoa através de uma postura dialógica e solidária utilizando-se da empatia e produzindo, desse modo, saúde e autonomia dos sujeitos em relação a sua própria saúde.

Nesse módulo a unidade curricular do PAC V terá quarenta e oito horas (48 horas) para iniciar a execução do projeto que será descrito no ultimo módulo.

**O Módulo VIII** é teórico e possui uma carga horária de cento e oitenta e oito horas (188 horas) contemplando quatro unidades curriculares, representadas abaixo:



**Figura 8: Módulo VIII.**

Na unidade curricular da **Enfermagem em Emergência**, encontramos o quantitativo de 16 (dezesesseis) do **Grupo 2**, que correspondem ao conjunto de sentidos, aos atributos dos profissionais de saúde associado à atitude, ou seja, a boa prática profissional.

Identifica-se nas bases tecnológicas um olhar fragmentado para o sujeito, por exemplo, nas bases relacionadas à definição, ao acolhimento e aos critérios para a classificação de risco (cores) no processo de triagem, nos serviços de emergência dissociado das políticas públicas (IF-SC, 2009a).

Pesquisas empíricas mostram que muitas pessoas buscam os serviços de emergência quando poderiam ter seus problemas resolvidos em unidades Básicas de Saúde, porém quando buscam os serviços são informados da inexistência de vagas, da falta de profissionais ou do número insuficiente de profissionais para atender as demandas. Ilustrando essa afirmação, tem-se, por exemplo, uma mãe que tem seu filho apresentando uma temperatura corporal elevada, buscando um atendimento na unidade básica de seu bairro é informada que neste dia não haverá pediatra, porque ele só atende em dias alternados, com certeza levará seu filho à emergência do hospital naquele dia.

Nesse sentido, compreende-se a necessidade em estabelecer políticas públicas que contemplem o cidadão enquanto ele está saudável, e profissionais suficientes na atenção básica para o atendimento. Isso é o que se pode denominar integralidade e, não esperar que adoença para sofrer as mazelas de uma espera em um Hospital.

Em outros momentos há uma aproximação da boa prática quando se busca nas bases tecnológicas:

- Princípios de bioética nos cuidados de pacientes em estado grave;
- Cuidados e procedimentos de Enfermagem utilizados nos atendimentos de urgência e emergência.

- Comunicação e ética nos serviços de emergência.  
(IF-SC, 2009a, p. 104).

Na unidade curricular da **Enfermagem em Emergência** o discente desenvolve competências relacionadas ao atendimento às vítimas de acidentes ou outros agravos à saúde que necessitam de cuidados em caráter de urgência ou emergência, objetivando eliminar ou minimizar os riscos de vida, evitar complicações corrigindo as causas e efeitos dos agravos.

*Procuro trabalhar muito com humanização, costumo falar aos meus alunos, o sistema de assistência a enfermagem, que é o SAE, anteriormente a esse sistema, visava muito a questão tecnicista, tem que saber fazer, hoje, a questão da humanização, novamente a questão pessoal. Integralidade numa emergência, é comum chegar à emergência desabando, chorando e se abrem por inteiro, orientar, deixar informado, então, prestar assistência a família também é muito importante, não só o paciente (D10).*

O docente aponta cuidados em situação de emergência considerando um atendimento humanizado e integral e, atentando-se aos aspectos que envolvem a pessoa, como por exemplo, mantendo contato enquanto realiza os procedimentos ou informando sobre o que está acontecendo, respeitando, dessa forma, a privacidade e dignidade da pessoa e, não simplesmente, focando o trauma ou a doença.

Informar a um acompanhante que ficou fora da sala de atendimento sobre a evolução do paciente, ilustra a integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde (MATTOS, 2006).

Na **unidade curricular de terapia intensiva (UTI)** é contextualizada a assistência de Enfermagem ao paciente grave visando minimizar os riscos e agravos, evitar maiores complicações e promover a sua recuperação.

Na unidade curricular da **Enfermagem em UTI** encontramos o quantitativo de doze (12) do **Grupo 2**, que correspondem ao conjunto de sentidos (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.

Identifica-se na base tecnológica que indica um olhar fragmentado para o sujeito, por exemplo, as bases relacionadas à UTI dissociada de nutrição, políticas públicas, visão holística e trabalho em equipe.

Em outros momentos há uma aproximação da boa prática quando se buscam princípios de bioética nos cuidados de pacientes em estado grave: ações no atendimento ao paciente grave durante sua permanência na unidade de terapia intensiva (IF-SC, 2009a).

Na unidade curricular de **Enfermagem em UTI** desenvolvem-se competências relacionadas à assistência de enfermagem à pacientes em estado grave ou de risco e a manipulação de aparelhos complexos que estes utilizam quando necessário. O cuidado à pessoa, nesse setor, tem como objetivo observar e manter as funções básicas, porém visando os cuidados como conforto físico, mental e espiritual conforme o comentário abaixo:

*Com o paciente, fazemos cuidados integrais, cuidar dele integralmente, no caso, a higiene corporal, medicação, controle, balanço hídrico, aspirar em caso de coma, ele não vai estar dialogando conosco, mas oriento os alunos que sempre expliquem o que estão fazendo com ele, curativos ou outros cuidados. No período que estamos cuidando dele, todos os cuidados integrais são realizados, desde higiene, alimentação, observação das eliminações entre outros cuidados. A família tem horário para visita, e apenas orientamos quando ficam de braços cruzados podem chegar perto, tocar, falar mesmo que esteja em coma, o máximo que podemos fazer é isso e ao perguntarem sobre o estado de saúde não podemos falar pois eles tem horário para falar com o medico (D6).*

O docente exemplifica um aspecto importante: a pessoa internada em UTI e assistida com um cuidado menos tecnicista e mais humanizado e holístico, mesmo quando não está dialogando, os procedimentos realizados são explicados reconhecendo dessa forma, que a técnica é necessária, mas de forma isolada não é suficiente para recuperação da pessoa.

Neste contexto, o cuidado é entendido como uma dimensão da integralidade e atributo quase exclusivo de algumas profissões. Na enfermagem o “cuidado” é essencial na compreensão do perfil e do processo ensino-aprendizagem para a formação profissional, mostrando uma preocupação com o sujeito, considerando-se princípios como saber ouvir, respeitar e acolher (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006). Contudo, o cuidado ainda privilegia práticas centradas em procedimentos técnicos, em detrimento do sujeito na construção de um cuidado integral que não é exclusiva da prática da enfermagem, mas de todas as profissões da saúde.

*UTI é um ambiente estressante, para o profissional gera um stress muito grande, ele tem que se manter saudável, para que ele possa cuidar bem do paciente, então você acaba falando sobre as questões de alimentação, ate as questões de postura, porque a gente lida com pacientes muito pesados pelas condições físicas do próprio paciente, se ele não manter hábitos saudáveis, ele vai ter problemas de coluna, vai faltar no serviço, se ele não tiver uma mente preparada, porque lida muito com a morte ele vai ter problemas de depressão, então automaticamente você acaba tendo uma relação com isso (D6).*

O docente aponta a UTI como um ambiente estressante. O stress gerado neste setor é para toda a equipe de saúde, porém, bem mais para enfermagem por cuidar da pessoa de forma e tempo integral.

Tanto os profissionais da enfermagem que cuidam da pessoa por tempo integral, como também os discentes, pelos primeiros contatos com esses pacientes, são afetados pelo estresses, por realizarem procedimentos mais complexos. Aliados ao trabalho pesado e cansativo, como por exemplo, a higiene e conforto, o auxílio na alimentação e o transporte, convivem diariamente com a dor e a angústia, tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos familiares (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

Na unidade curricular da **Enfermagem em Saúde Mental** encontramos o quantitativo de treze (13) pertencentes do **Grupo 2** que correspondem ao conjunto de sentidos e atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.

Identifica-se uma aproximação da boa prática como quando se busca:

- Políticas públicas e princípios que regem a assistência à saúde mental, identificando os diversos níveis de atuação e as alternativas de tratamento;
- Ações de caráter individual e coletivo da assistência à saúde mental, visando à recuperação, o controle dos sintomas e a re-inserção na família e na comunidade de pessoas portadoras de transtornos mentais;
- Ações que visem a romper com as barreiras culturais;
- Princípios que regem a assistência à saúde mental;
- Medidas de prevenção dos transtornos mentais;
- Características do ser humano dentro de uma visão holística; as diversas modalidades de terapia ocupacional: ludoterapia, musicoterapia, atividades físicas e artísticas, horticultura e jardinagem;
- Técnicas de comunicação terapêutica individual e coletiva. (IF-SC, 2009a, p.108-110).

Nos itens acima se identifica um olhar para um cuidado ampliado, integral, holístico e o uso de tecnologias leves, contribuindo, dessa forma, para o debate da reforma, enfocando os desafios do modelo assistencial e o combate ao estigma.

Na Unidade Curricular de **Enfermagem em Saúde Mental** as competências desenvolvidas no discente visam manter e recuperar sua integridade mental, emocional e o equilíbrio na relação com o meio que vive (BRASIL, 2000). Na atenção inclui-se conhecer os sinais e sintomas dos quadros agudos e crônicos, conhecendo as alternativas de tratamento, manter a comunicação adequada e a interação com a pessoa, sua família e a equipe de saúde.

Historicamente, a pessoa que apresentasse um comportamento diferente das demais era considerada um “louco” e excluído do meio em que vivia. Esse modo de agir foi se modificando através dos tempos, resultado de conquista dos movimentos sociais pelos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Atualmente, procura-se prestar uma assistência de Enfermagem à pessoa portadora de algum transtorno mental não só atendendo as necessidades relacionadas à doença conforme o comentário:

*O doente não é só uma cabeça, não cuidem só da doença dele... na psiquiatria trabalhamos a com a integralidade, chegamos ao estágio pela manhã, vemos o paciente, administramos o medicamento, ajudamos no banho, se tem pedículos tratamos com medicamento, conversas terapêuticas, sentamos com ele, jogamos dominó, participamos das terapias ocupacionais (D9).*

Na opinião deste docente, o cuidado não deve ser direcionado só para a doença, mas também, para seu biopsicossocial. A integralidade, nesse exemplo, é entendida como a associação do cuidado tradicional e somático a uma abordagem psicológica e social.

Na **unidade curricular do PAC VI** o discente finaliza a execução do projeto, que será descrita no final da unidade sobre o PAC.

O **Módulo IX** é teórico e possui uma carga horária de duzentas e sessenta horas (260 horas) contemplando quatro unidades curriculares, representadas abaixo:

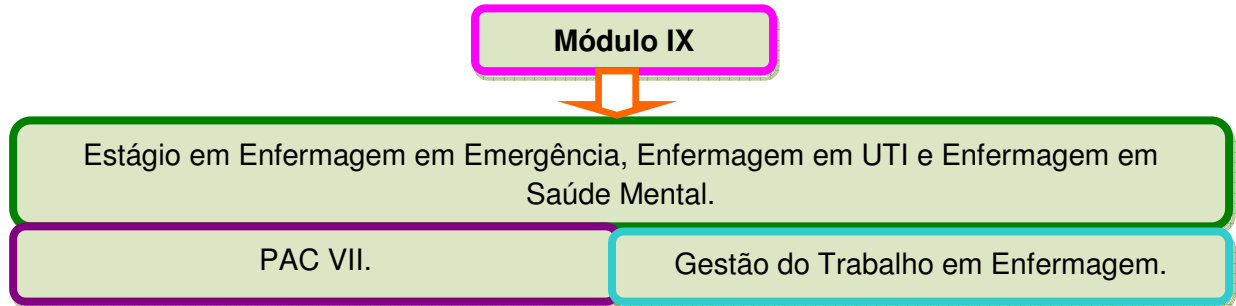


Figura 9: Módulo IX.

O **Módulo IX** corresponde aos estágios supervisionados em Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Emergência, Unidades hospitalares e ambulatoriais de atendimento ao paciente mental. Os estágios são realizados em hospitais, sendo que o estágio em Enfermagem em Saúde Mental é realizado no hospital e no CAPS, realizando as atividades de acordo com as competências adquiridas no módulo teórico. Pelo fato de ambos possuírem as mesmas competências e bases tecnológicas, elas foram descritas no módulo teórico correspondente a cada unidade curricular.

*No CAPS é uma situação intermediária, ele vai todos os dias, trabalhamos muito a orientação, como deve fazer em casa, com relação aos cuidados com a higiene que tem em casa, com a sua saúde, sua auto-estima e orientação para tomar medicamento e o autocuidado, é uma maneira um pouco diferente de abordagem, não que a gente não faça isso no setor quando está internado. A família é envolvida, muitas vezes os familiares não dão assistência ao paciente, muitas vezes as famílias; é difícil afirmar isso, mas muitas doenças vêm das famílias, a família mal desestruturada pode desencadear surtos ao invés de evitar (D9).*

O depoimento acima exemplifica a importância do cuidado com a pessoa portadora de transtornos mentais para sua reinserção social, buscando sua autonomia e sua cidadania. Esse modo de cuidar em enfermagem ultrapassa o cuidado baseado na função apenas de conter e isolar e os tratamentos biológicos ou somáticos, para um cuidado mais integral à pessoa e sua família (ESPINHOSA, 2002).

Os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial constituem importantes mecanismos no cuidado à saúde mental da pessoa, porque aliados ao tratamento clínico, favorecem a reinserção social através do trabalho, do lazer, dos direitos da cidadania, permanecendo junto à família e em sua comunidade.

O PAC VII com trinta e duas horas (32 horas) efetua o relatório final e a apresentação do projeto para a comunidade.

Nas unidades curriculares do **Projeto de Ação Comunitária (PAC)** são desenvolvidas competências de conteúdos específicos, que tratam as metodologias e técnicas e, os diferentes enfoques na pesquisa e tem como objetivo um ensino contextualizado e científico, envolvendo o discente nos diversos segmentos da sociedade.

Nas unidades curriculares do Projeto de Ação Comunitária, distribuídos ao longo do curso, têm-se conteúdos específicos em relação à pesquisa tais como:

[...] partes que compõem um trabalho acadêmico (introdução, desenvolvimento e conclusão) (IF-SC, 2009a, p. 40).

[...]

Normas ABNT, Teorias científicas sobre o desenvolvimento do conhecimento científico; Tipos e desenhos teóricos de pesquisa; Normas de Comitês de Ética, preparo dos termos de consentimento livre e esclarecido, encaminhamento e aprovação de trabalhos nos comitês, CONEP (IF-SC, 2009a, p. 61).

A relação entre o projeto de pesquisa e a saúde aparece em:

Conhecer os diferentes enfoques na pesquisa na área da saúde  
Refletir sobre o trabalho científico e a importância da pesquisa para a ação em saúde.

Conhecer as diretrizes básicas para elaboração de trabalho científico e atuação do profissional junto à sociedade.

Desenvolver a pesquisa como instrumento de ação reflexiva, crítica e ética. (IF-SC, 2009a, p. 59-60).

O eixo temático do Projeto de Ação Comunitária - PAC está inserido na matriz curricular e distribuído nos módulos curriculares do curso, somando um total de 200 horas. O projeto é desenvolvido em equipe envolvendo quatro discentes, cujo tema é escolhido por eles, conforme as linhas de pesquisas que são: Educação, Saúde Coletiva, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde do Adulto, oportunizando ao discente, desse modo, o seu envolvimento com problemas sociais.

Para a execução do PAC o projeto deverá ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com a qual a Instituição mantém convênio, cujos resultados são apresentados em Seminário Científico, aberto à comunidade em geral (IF-SC, 2009a).



*No PAC, para os técnicos de enfermagem, vejo dois motivos que considero importante: a relevância social dos projetos desenvolvidos, como por exemplo, orientação das doenças transmissíveis, orientei um projeto onde um dos objetivos foi analisar o conhecimento que os profissionais dos salões de beleza tinham quanto as hepatites e em segundo lugar, conhecer a metodologia científica referente aos projetos de pesquisa, esse conhecimento facilita ao aluno continuar outros projetos e quando prosseguir com os estudos(D9).*

O docente exemplifica a relevância social do PAC para a comunidade e ressalta o conhecimento que os discentes adquirem utilizando a metodologia científica enquanto realizam a pesquisa. Os projetos de Ação Comunitária são considerados relevantes cenários de aprendizagem ampliada e diversificada tendo em vista a articulação entre discentes e a comunidade, configurando, desse modo, espaços interdisciplinares.

Para o ensino fundamentado na integralidade os cenários de aprendizagem são fundamentais para a articulação do ensino com a atenção realizada nos serviços de saúde. Para Macedo et al. (2006) os diferentes cenários permitem desenvolver ações intersetoriais, oportunizando aos discentes negociar com outras instâncias e conhecer outros espaços como as Organizações Não Governamentais - ONGs, escolas, conselhos de saúde, praças publicas, organizações comunitárias entre outros.

A unidade curricular **Gestão do Trabalho em Enfermagem** é dividida entre teoria e estágio com setenta e seis horas no total. Nessa Unidade Curricular encontramos o quantitativo de 9 (nove), referentes ao **Grupo 4**, que correspondem ao conjunto de sentidos de Organização dos serviços e práticas de saúde.

Identifica-se nas bases tecnológicas que indicam um olhar fragmentado, por exemplo, conhecer a estrutura, a organização e o funcionamento das diferentes instituições de saúde, quando desenvolvem o estágio preferencialmente em hospitais e, não em outras instituições da saúde como unidades básicas de saúde.

Esse exemplo identifica um olhar voltado para assistência hospitalocêntrica, onde se valorizam mais as práticas assistenciais em detrimento das práticas preventivas.

Tradicionalmente, os estágios são obrigatórios e subsequentes à teoria, realizados, predominantemente, nos hospitais. Trata-se de uma prática comum,

sendo que o curso em estudo também está organizado nesse modelo. Para Macedo et al (2006) as práticas nos hospitais são vistas apenas como um recorte da vida cotidiana das pessoas e, levar o discente ao serviço de saúde não faz com que esses serviços sejam cenários de aprendizagem se visto como cenários de treinamento em habilidades e familiarização com rotinas.

Há uma aproximação da boa prática nas bases tecnológicas quando se busca:

- Conhecer a organização, estrutura e funcionamento da Enfermagem dentro das instituições de saúde (hospital, clínica, ambulatório, posto de saúde, pronto atendimento, entre outros).
- Busca parâmetro para avaliação da qualidade da assistência de Enfermagem (IF-SC, 2009a, p. 120-121).

Os itens acima apontam que o discente tem conhecimento de como se organizam os serviços de Enfermagem nas diferentes instituições de saúde e se preocupa com uma assistência de Enfermagem com qualidade, quando busca parâmetros para a avaliação.

Nesta unidade curricular o discente conhece a dinâmica do processo do trabalho na atenção de enfermagem nas diferentes instituições de saúde. Embora nas bases tecnológicas esteja explícito conhecerem a organização das diferentes instituições de saúde, os estágios são desenvolvidos nos hospitais, baseados nas competências adquiridas durante o módulo teórico, conforme apontado pelo entrevistado:

*O principal objetivo é conhecer a dinâmica administrativa que envolve toda assistência ao paciente.*

*[...] ênfase ao aluno importância de que, além de fazer técnicas, a enfermagem também faz serviços burocráticos, como por exemplo, encaminhar as solicitações aos serviços e ou a pessoa para os exames de meios de diagnóstico. Também, a necessidade em valorizar a comunicação intersetorial muitas vezes pergunta por que aquele enfermeiro ou não sai do telefone ou dos prontuários ou o técnico de enfermagem não sai do balcão, dizem isso, pois não sabem que ele está fazendo os encaminhamentos burocráticos necessários que fazem parte do cuidado, toda a parte burocrática como o preparo, o encaminhamento do paciente.*

*Ênfase a importância de cada pessoa na instituição, a valorização de quem presta os cuidados direto ao paciente quanto indireta. Ex.: do RX, laboratório, faturamento...*

*É importante para o técnico de enfermagem para atuar nos finais de semana e período noturno em que os serviços de apoio não se fazem presentes. Outro exemplo que dou, discutimos muito sobre recursos humanos, para que eles não trabalhem muitas extras para*

*poderem prestar uma assistência de qualidade, a importância dos recursos materiais quanto a otimização do uso e também tem que dar parecer sobre a qualidade dos materiais utilizados (D9).*

O docente afirma que o discente na unidade curricular de Gestão conhece a dinâmica administrativa que envolve toda a assistência à pessoa e, conseqüentemente, passa a valorizar os demais serviços e outros profissionais envolvidos na assistência. Além disso, realiza a maioria da burocracia na ausência dos profissionais em plantões noturnos e nos finais de semana, quando esses profissionais não estão presentes.

Para Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2006) a formação em saúde é muito mais ampla do que apenas o manejo de técnicas, procedimentos e instrumentos. O dia a dia do profissional de saúde não está apenas em saber fazer técnica, mas apresenta dimensões nas quais se expressam valores de ordem moral ou ética, ideológica ou econômica e, quanto melhor a compreensão da sociedade onde se insere maior a capacidade profissional de trabalhar em equipe.

#### **4.2 A integralidade como eixo transversal**

Ao trabalhar com o tema integralidade reconheceu-se que deve ser um tema transversal. Nas entrevistas com os professores a necessidade da transversalidade torna-se evidente.

*Acredito que os currículos não nos proporcionam muito a integralidade, já tentamos arrumar o nosso não deu certo, faltou a técnica, então acredito, um currículo mais integralizado eu acredito que permitiria. Mesmo por competência, o currículo está muito fragmentado, dividindo em especialidades, clínica médica, saúde mental. Os professores cada um da sua disciplina (D9).*

O docente aponta o currículo como um “agente” facilitador ou não da questão da integralidade. Segundo ele o currículo mais integralizado permitiria uma formação que contemplasse mais os aspectos da integralidade. Cabe lembrar que o currículo é responsável por um aspecto da aprendizagem, mas há todo um contexto do aluno e da sociedade que favorecem a inclusão ou não de práticas inovadoras e ampliadas.

De modo geral, o currículo na educação tradicional trata apenas das técnicas e conteúdos a serem ministrados em sala de aula, organizados através de disciplinas, enquanto nas teorias críticas, favorece a criação de significados sociais ligados às relações sociais de poder. No entanto, os elementos do processo curricular como os objetivos, os conteúdos, o método e a avaliação devem ser selecionados e articulados de acordo com o contexto social, histórico e cultural do local e da comunidade na qual a instituição de ensino está inserida (SILVA et al., 2008).

*O nosso plano de curso sabe que dá trabalho para a revisão, mas ele está em constante discussão para fazer melhoria, se o nosso plano de curso, claro que a gente não vai fazer isso todo ano, mas cada dois ou passa um módulo, passa outro módulos ou a gente sente necessidade de que não esta sendo como a gente pensa, a gente esta mexendo no plano de curso, repensando em competências, habilidades, em bases tecnológicas (D14).*

O entrevistado aponta que o currículo deve estar em constante movimento através do processo de análise e mudanças, a partir das reflexões e avaliações da comunidade escolar. Desse modo, pode-se dizer que o currículo não é um instrumento pronto e acabado, mas que deve ser construído permanentemente no dia a dia da escola. Silva et al. (2008) explicitam que a elaboração do currículo deve ser construído na própria instituição de ensino, com a participação de toda equipe da instituição, principalmente dos docentes e da escuta qualificada da comunidade em que a escola está situada. Um dos docentes em seu discurso ressaltou:

*Quanto ao plano de curso ele não é um grande marcador para que o aluno tenha um bom ensino, mas ele é um norte e que vai depender de cada professor como vai lidar, sua participação nesse processo, mas a inter-relação também vai depender do professor (D12).*

O currículo é um instrumento que orienta as práticas pedagógicas, porém depende de como cada docente trabalhará com o que consta no currículo. Silva et al (2008) ressalta que nem sempre o que está expresso no currículo é praticado em sala de aula, pois o docente pode escolher a ordem de prioridades, excluindo alguns dos saberes que constam no currículo.

*Acredito que os professores também tenham um pensamento voltado para integralidade, e que construam uma maturidade na sua trajetória através da vivência e através de leituras, isso vai refletir na formação do aluno, para que possa trabalhar o aluno sobre o cuidado da integralidade (D12).*

*A integralidade para minha percepção é trabalhada, conceitualmente na disciplina que tem que ser trabalhada e depois ela vai ser trabalhada ao longo da vivência do aluno na escola. Como ele trata o profissional, como ele trata o paciente, como ele se relaciona qual a percepção com relação a sua própria saúde... então , eu acho que depende muito do professor como ele aborda... colegas, professores ao longo desses anos, poucos trabalharam em postos de saúde, a maioria deles vem de experiência hospitalar , eu acho que isso traz uma influência muito grande porque a experiência e o conhecimento que o profissional teve vai passar ao aluno de forma direta e indiretamente (D2).*

*Cada professor tem uma abordagem, vai usar de seu jeito pra abordar os assuntos, nenhum aborda igual, porque os valores são diferentes, vai dar importância para um ponto, para outros não dentro da sua aula, de seu conteúdo (D8).*

Conforme os relatos acima, a integralidade é trabalhada conceitualmente na unidade curricular que está inserido e após, na permanência do aluno na escola e ainda, dependendo de como o docente abordará os assuntos, das suas experiências e conhecimento que tem sobre o SUS.

Em relação a esse assunto, Saippa-Oliveira et al (2006) apontam que a reflexão do docente sobre o currículo que executará e o modo como irá implementar em sala de aula tem maior significado na aprendizagem do aluno do que o próprio conteúdo selecionado. E o enfoque que será abordado nos assuntos vai depender do conhecimento e experiência que tem sobre o tema abordado (SILVA et al; 2008).

Com relação ao tema integralidade ser trabalhado na unidade curricular apenas onde está inserido na Matriz Curricular do Projeto Pedagógico do Curso em estudo, as bases tecnológicas que abordam o SUS estão mais presentes em unidades curriculares específicas, ou seja, nas unidades curriculares de Fundamentação e Contextualização do Trabalho em Saúde e em Saúde Coletiva.

A respeito desse assunto, Rossoni e Lampert (2004) apontam que os discentes têm pouco contato com os conteúdos de Saúde Coletiva e do SUS, porém é preciso romper com as disciplinas isoladas e fazer com que o discente tenha vivência em diferentes níveis de atenção do SUS, de forma articulada e em todas as etapas de sua formação.

*O currículo exige muitos assuntos para tratar com os alunos e assim tento fazer conexão com os princípios do SUS, penso que é um serviço para o qual trabalhamos e para o qual estamos formando profissionais, tento trazer as questões dos pacientes com determinado caso, daqui ele vai seguir para qual serviço, que orientações deve receber quando for para casa, o que deve fazer, quem deve procurar, como vai dar continuidade ao tratamento. Tento mostrar essa conexão, que a atenção a saúde não termina ali naquele cuidado, naquela técnica, o cuidado continua, vai precisar procurar outro local, outro profissional, como precisa fazer esse link para um serviço e outro (D1).*

*Existem competências técnicas a serem atingidas, mas tem também as competências biopsicossociais, então é o comportamento dele, a percepção dele, como age e interage... claro que quando a gente dá aula, colocamos em discussão, falamos, mesmo em estágio, o aluno vê as ocorrências, falamos e se discute para que ele seja formador de opinião, para que durante e depois do curso tenha uma visão um pouco diferente. Mas eu não vejo nenhuma competência voltada especificamente, posso estar enganada, mas não percebo uma competência para o aluno atingir especificamente com relação à integralidade, que lhe diga com a percepção da integralidade (D2).*

*Talvez o que está faltando um pouco dentro das nossas bases tecnológicas, formas de chegar ao perfil que a gente quer, mas acho que todos os professores que observo pelo menos nas conversas que a gente tem, por mais que isso não estejam escritas no currículo, elas aparecem em sala de aula, os questionamentos, de certa forma, a gente tenta compensar algumas coisas que a gente ainda não conseguiu colocar adequadamente no papel, na prática a gente tenta compensar isso, seja com formas diferentes de trabalhar, seja com dinâmicas com os alunos, seja levando para visitas, em estágios (D7).*

Os discursos mostram a necessidade dos currículos terem seus conteúdos definidos de acordo com o perfil da pessoa ou do profissional que se pretende formar. Convém observar que, ao eleger os conteúdos é importante questionar qual o tipo de conhecimento vale mais e a quem interessa, para além da clareza das questões ideológicas e políticas envolvidas no processo e no poder que exercem (SILVA et al., 2008). Um currículo organizado por meio de disciplinas fragmenta o conhecimento, e dificulta a contextualização do ensino e ao discente a resolver os problemas em sua prática.

*Às vezes, o professor do segundo módulo busca o professor do primeiro módulo, mas do quarto módulo não, ele conversa com o professor da terceira fase. Eu acho isso errado. Os encontros das avaliações de turma, deveriam proporcionar discussões, e que o*

*professor que tivesse um problema com um aluno na quarta fase que o professor do 1, 2 e 3 módulo pudessem participar dessas reuniões, não deveriam ser todas por módulo (D4).*

*Uma das coisas que prejudica o 4 módulo é que só temos contato com o aluno no quarto módulo (D10).*

*Entre um módulo e outro não se trabalha muito a integralidade, pois recebo do aluno simplesmente o diário de classe que deram aula para aquele aluno (D11).*

*Cada professor dentro da sua unidade curricular acaba fazendo uma integralidade, mas fica entre os módulos. Em cada módulo existe estratégia, metodologia e didática que promovem a integralidade, mas é dentro do seu mundinho, não vai para o macro (D8).*

Observamos que os depoimentos relatam a falta de integração entre os módulos e a ausência da interdisciplinaridade, o que dificulta a construção da integralidade no processo ensino-aprendizagem.

A respeito desse assunto, Silva et al. (2008) apontam que a interdisciplinaridade acontece quando existe integração entre a teoria e a prática, e mudanças na maneira de educar. Isso é possível por meio do processo de reflexão e interpretação do contexto, tornando significativa a relação entre ensinar e aprender. Para os autores citados, o que interfere negativamente é a postura autocentrada e individualista do docente, protegendo seu horário, seu território e sua especialização.

*As dinâmicas que realizamos, as visitas técnicas, o próprio projeto de ação comunitária, participação de eventos, seminários, aulas de laboratório que acho muito importante, trabalho de pesquisa em livros, internet, e não só o professor ditando em frente do aluno o que deve saber de conteúdo, e sim utilizar estratégias para que ele construa o conhecimento dele, eu acredito que a gente atinge em parte a integralidade do aluno (D4).*

O docente acima exemplifica a importância das diferentes estratégias de ensino e os diferentes cenários no processo do ensino-aprendizagem, para que o discente possa formar seus próprios conceitos. Em relação ao exposto, Macedo et al (2006) defendem que a rede de serviços de saúde constituem cenários ideais para aprendizagem, pois o discente aprende sobre as pessoas, as diversidades culturais, os serviços e redes, as estratégias e as políticas. Desse modo, pode apropriar-se

da realidade, articular seus saberes e práticas de modo criativo, aliando o pensar, o fazer e o sentir (RESENDE apud MACEDO et al., 2006).

*Os professores entre módulos devem conversar mais e não se prender tanto em papéis, aos registros que são guardados em caixas que nunca mais são abertos, para saber como o aluno foi na fase passada (D4).*

*Vejo que, em primeiro, não posso fazer um trabalho individual, acho que o professores do módulo tem que “conversar”, nos sentarmos pra organizar o módulo. A gente tinha que sentar e ver como foi, o que cada um sentiu e reorganizar. Vejo que é trabalhar em conjunto. E não só para organizar os cronogramas e cada um segue seu caminho. Tem que haver uma avaliação do módulo para melhorar para o próximo semestre. E falando do plano de ensino, também tem que ser avaliado, num todo; assim como as unidades têm que estar funcionando bem, os módulos têm que estar funcionando bem, depois o todo é o Técnico de Enfermagem (D5).*

*Pouca integralidade entre um módulo ou outro, a gente percebe apenas quando tem um problema com o aluno, mas não tem a continuidade fora isso, entre os módulos, entre o terceiro e quarto módulo, não existe uma continuidade, porque está mais direcionado para obstetrícia, pediatria e neonatologia. Então, resgatamos mais conhecimento do primeiro e do segundo módulo (D6).*

*O trabalho entre os módulos é muito fragmentado, cada um faz um pouquinho, mas como um todo ou mais palpável (D12).*

Nas entrevistas, os docentes demonstram uma preocupação em relação à falta de tempo para o diálogo entre os docentes, e apontam tal fato como um dos fatores para um ensino fragmentado. Essas características apresentadas pelos docentes indicam que a verticalidade no ensino dificulta o processo na formação para integralidade, ou seja, cada professor faz seu trabalho de forma individualizada. Os docentes mostram que essa postura é oposta às características necessárias para a interdisciplinaridade e suscita espaços para o diálogo sobre o processo ensino-aprendizagem.

*Os professores devem ser trabalhados, preparados, pra que ele tenha maior conhecimento, “bagagem”, informação, para levar ao aluno e conduzi-los; e a postura do professor pode determinar usar de uma metodologia mais padronizada para melhor trabalhar a integralidade. Se o professor está mais preparado, está incorporada. Outra coisa: a integralidade entre o grupo de professores, como está? Começa por aí, cada um vai lá e faz o seu trabalho. Eu fiz o meu e vou pra casa, o que acontece. Meu ponto de vista: é preciso haver integralidade entre o grupo de professores para poder levar*



*até o aluno. Uns agem dessa forma, outros não, cria conflitos entre a própria equipe de professores (D2).*

*Deve haver maior investimento para cursos, treinamento, promovendo também a integralidade na unidade entre os diferentes cursos. Se o professor está preparado para integralidade, terá maior facilidade para trabalhar o conceito junto com o aluno (D8).*

*Mas, isso demanda do professor o saber e ter o entendimento destes princípios, e um conhecimento mais elaborado da realidade dos serviços de saúde e da legislação do SUS. Acredito que hoje, nem todos os professores se enquadrem nestes requisitos. Por isso, temos que favorecer a discussão tanto da integralidade, quanto da participação social e os demais princípios com os estudantes da área da saúde, os trabalhadores da saúde e esperar que os resultados apareçam com o passar do tempo (D1).*

Os docentes explicitam que a falta do conhecimento acerca dos princípios e diretrizes do SUS interfere na formação dos profissionais para os serviços de saúde, e reconhecem que exige certo conhecimento e desenvolvimento profissional.

Nesse sentido, concordamos com Rossone e Lampert (2004) quando apontam que é necessário investir mais na capacitação pedagógica dos docentes para que possam romper os limites de sua formação fragmentada e reconstruir relações com outras áreas do conhecimento e outras experiências. Para Silva et al (2008) as mudanças de paradigmas nas instituições de ensino só acontecerá quando instituírem uma política de capacitação permanente para educadores. Tal política servirá para que possam formar novos conceitos por meio de estudos e pesquisas, em consonância com o movimento social e cultural e, desse modo, desenvolver uma política de cultura da voz e da experiência (SILVA et al., 2008).

*Eu acredito que pelo fato do ensino profissional ser por competência facilita a gente focar não só na parte técnica, a gente consegue formar um cidadão, consegue passar períodos longos avaliando, discutindo e não só abordar as técnicas de enfermagem especificamente, mas a postura, a maneira como se porta frente ao paciente, a saúde dele, algumas vezes é abordado. Então, eu acredito, por trabalhar em forma de competência a gente consegue atingir. Talvez individualmente cada docente trabalhe essas questões, especificamente no plano de curso seja formar um cidadão, trabalhe de forma integral, a postura desse futuro profissional, talvez possa ser mais específico no plano de curso a formação integral (D13).*

O docente explicita que o ensino por competências permite formar um profissional que possua conhecimento técnico-científico e capaz de intervir na realidade em que está inserido.

Conceitua-se competência profissional como “a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimento e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 2000, p. 96). Esse conceito ampliado responsabiliza as escolas para uma organização curricular que abarque novos conteúdos e novas formas de organizar o trabalho, a inclusão de conhecimentos adquiridos da prática e de metodologias de ensino que desenvolvam, no discente, a capacidade de resolver problemas, tomar decisões, ser criativo e ter autonomia intelectual.

Neste contexto, para que o discente possa construir seu conhecimento e conquistar as competências e habilidades requeridas pela natureza do trabalho, o ensino não deve ter a teoria ministrada separado da prática. Deve-se envolver o discente, durante a sua formação, em todos os momentos do processo, em situações simuladas e, preferencialmente, em situações reais. Dessa forma, ao apropriar-se dos saberes ele passará a ter compreensão e fará utilização em vários contextos de sua vida profissional, comprometendo-se e interagindo na realidade.

*Aproximar o estudante do cotidiano de trabalho poderá permitir que a educação aconteça vinculada à realidade do processo saúde-doença, suscitando questionamentos das práticas sociais e de saúde, possibilitando que o estudante não absorva passivamente o conhecimento, mas seja capaz de transformar, a partir desse conhecimento, a realidade do ensino e do mundo profissional (NOAL, 2008 p. 20).*

No curso em estudo, a matriz curricular é organizada em módulos e unidades curriculares ( as disciplinas) de forma seqüencial de maneira que, primeiro o discente domina a teoria, que se divide, por exemplo, em sistemas anatomopatológicos para posteriormente colocar em prática e fazer um “link” para entender a realidade. Esta forma conservadora fragmenta e torna mais difícil a construção da integralidade pelo discente e ainda, mantém o modelo tradicional de ensino.

Portanto, é importante um currículo com enfoque interdisciplinar e integrado. É importante haver integração entre a teoria e a prática, baseada na realidade e nas demandas dos serviços, o que torna importante a relação entre ensinar e aprender.

Nesta perspectiva, o ensino pode acontecer em diferentes cenários da aprendizagem como, por exemplo, na gestão e atenção à saúde, no controle social em saúde, no setor privado como no setor suplementar da saúde.

Assim, os discentes visualizam todos os ambientes de trabalho durante a sua formação, maior conhecimento e na vida profissional terem maior autonomia (CECCIM, CARVALHO; 2006).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste trabalho permitiu a compreensão dos sentidos da integralidade presentes no curso Técnico de Enfermagem, como também a reflexão da autora sobre a própria prática, como Enfermeira Docente, e sobre a possibilidade da mudança da prática docente assistencial.

Também contribuiu para construção da autora como pesquisadora, que além de desenvolver um projeto, aplicou a metodologia de forma criteriosa uma vez que teve como limitação o desenvolvimento da pesquisa no seu próprio local de trabalho. Sendo assim, pretendendo diminuir as interferências que este fato poderia causar, a autora realizou o exercício antropológico de estranhar o que lhe era familiar, exercício este sempre presente no processo de análise dos dados.

O processo de análise do material e identificação da realidade baseou-se nos três grandes conjuntos de sentidos da integralidade de acordo com Ruben Araujo Mattos em sua publicação de 2006. O documento utilizado para esta análise foi o Plano Pedagógico do Curso Técnico de Enfermagem do IF/SC, do qual se explorou, por meio das competências e bases tecnológicas de cada módulo teórico, a busca do sentido da integralidade. A escolha desses itens deu-se por se entender que neles está contida a essência do que se pretende ensinar ao discente durante sua formação técnica em enfermagem, respaldadas nas competências das diretrizes curriculares e na legislação profissional.

Na análise da estrutura Curricular do Curso Técnico de Enfermagem e nas entrevistas dos docentes, percebeu-se que ainda existem muitas lacunas na forma de operacionalizar o ensino para formação dos profissionais relacionados aos princípios norteadores do SUS, tendo como referência o princípio da integralidade.

Acredita-se que o cumprimento dos objetivos da pesquisa foi alcançado em relação aos sentidos da integralidade existentes no curso Técnico de Enfermagem. Sugere-se ainda que outros profissionais dêem continuidade à pesquisa, direcionados aos próprios docentes em relação ao conhecimento de assuntos pertinentes as questões do SUS.

Identificou-se nas competências e bases tecnológicas, a presença de um maior número dos sentidos da integralidade relacionados à boa prática médica, ao sentido em que a integralidade tem a ver com atitude desejável na prática de todos os profissionais de saúde (MATTOS, 2006).

Conforme Mattos (2006), esse sentido aponta a necessidade dos profissionais da saúde incluir em seu cotidiano de trabalho, práticas com atitudes menos fragmentárias e com abordagem integral, ou seja, o atendimento da pessoa como um todo, considerando a necessidade do trabalho em equipe, além do conceito ampliado de saúde. Desse modo, quando se tem a integralidade orientando a formação, além das competências técnicas, faz-se necessário uma formação voltada para a cidadania.

A Enfermagem é uma profissão em que a essência do trabalho está fundamentada no cuidado e que faz parte de uma equipe que apresenta sujeitos, competências e habilidades diferenciadas em cada nível profissional. O Técnico de Enfermagem é um profissional de grande importância dentro da equipe e suas ações estão mais concentradas nas ações do cuidado. Desse modo, é esperado que durante a sua formação exista uma maior presença do sentido relacionado a boa prática profissional, o qual significa saber fazer a sua assistência em acordo com a sua competência profissional. Para isso é necessário que se tenha o conhecimento específico daquilo que se pretende fazer.

De forma ainda incipiente, identificaram-se os sentidos relacionados às respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos, talvez pelo fato de que os conteúdos que abordam políticas públicas e assuntos relacionados ao SUS deêm-se em unidades curriculares específicas, ou seja, nas unidades curriculares de Fundamentação e Contextualização do Processo do Trabalho em Saúde e Saúde Coletiva.

Nos discursos dos participantes desta pesquisa, embora se perceba que ainda se valorize os aspectos relacionados aos procedimentos técnicos em detrimento da valorização da pessoa e do cuidado integral, já se percebe que estão emergindo práticas com um olhar humanizado e holístico à saúde da pessoa, voltadas ao trabalho em equipe e a uma visão ampliada da saúde. Porém, não se percebeu esse cuidado de forma tão explícita nas competências e bases tecnológicas do PPC, talvez por estarem descritas de forma mais concisas e objetivas.

Ao longo do tempo, a formação de profissionais da saúde teve predomínio para uma formação cada vez mais especializada, tendo como referência apenas a doença, o diagnóstico e o tratamento, ou seja, um modelo ainda biomédico. Essa perspectiva dificultou a compreensão de uma visão mais ampliada de saúde, das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, para que possa intervir na realidade.

A integralidade como eixo norteador da formação de profissionais para saúde, ainda é uma proposta desafiadora para muitas escolas, pois envolve mudanças na forma tradicional e conservadora de educação. Isto diz respeito a resignificar o processo ensino/aprendizagem e buscar novos conceitos e forma de ensinar. Portanto, se o desejo é modificar o modelo assistencial de saúde vigente, há que se transformar a formação profissional voltada para princípios dos SUS, por meio da superação das concepções tradicionais em favor de uma educação crítico-reflexiva.

Para que isso se concretize, não se pode deixar de ressaltar a importância das escolas investirem na capacitação profissional para que os docentes tenham maiores conhecimentos acerca das políticas públicas vigentes. Esse investimento permitirá que o docente, a partir de reflexões, forme novos conceitos, e, conseqüentemente, modifique suas práticas de ensino, rompendo os limites de sua formação fragmentada bem como reconstituir relações com outras áreas do conhecimento e outras experiências.

Espera-se que o estudo instigue reflexões e discussões, para que os envolvidos no contexto de estudo venham a exercer o papel de eternos aprendizes, formando novos conceitos, construindo novas abordagens, resignificando a prática para que possa ser construída uma escola cada vez mais voltada para as questões sociais da época e da realidade.

Diante das políticas educacionais, faz-se necessário o repensar sobre a responsabilidade tanto das instituições de ensino quanto dos educadores em relação formar profissionais que possam colocar-se como sujeitos e autores de sua realidade, buscando a transformação social e comprometidos com os princípios do SUS. Ceccim e Capozzolo (2004) explicitam que para que a educação produza novos efeitos nos setores do trabalho e novos atos de ensino, a educação não pode ser pensada de maneira distante dos usuários sem poder para operar transformações.

No final do estudo, constatou-se a necessidade de ampliar os olhares e buscar a construção de uma formação diferenciada da tradicional, voltada para as necessidades do sistema de saúde vigente, em busca de novas estratégias de ensino e cenários de aprendizagem para formação de profissionais mais críticos e uma prática integral e mais humanizada.

Todavia, é importante entender que além da mudança na formação dos profissionais é necessária a realização de um conjunto de alterações na gestão do sistema de saúde, de forma que este venha assumir a integralidade do cuidado em todos os espaços dos serviços da saúde.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, Sérgio. Reforma Sanitária. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. **Sanitarista**. 1998. Disponível em: <<http://bvarouca.iciet.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 22 set. 2010

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan. 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao\\_Compliado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao_Compliado.htm)>. Acesso em: 11 jul. 2009.

BRASIL. Leis etc... **Código de ética dos Profissionais de Enfermagem**: Lei 7.498/86; Resolução 311/2007. Brasília: Conselho Nacional Enfermagem: 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=22&sectionID=35>>. Acesso em: 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CAPS. [Centros de Atenção Psicossocial]**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1)>. Acesso em: 23 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar, Humanização do trabalho dos profissionais de saúde, Humanização do atendimento ao usuário**. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>>. Acesso em: 14 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS**. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.nesp.unb.br/polrhs/Normas/NOB\\_RH\\_SUS.pdf](http://www.nesp.unb.br/polrhs/Normas/NOB_RH_SUS.pdf)> Acesso em: 26 nov. 2010

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Educação profissional**: referenciais curriculares da educação profissional de nível técnico: saúde. Brasília: MEC, 2000.



\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Políticas públicas para educação profissional e tecnológica**. Brasília: MEC, 2004. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec>>. Acesso em: 11 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS, 1990. Disponível em: <[www.pbh.gov.br/smsa/abcdosusdoutrinaseprincipios](http://www.pbh.gov.br/smsa/abcdosusdoutrinaseprincipios)>. Acesso em: 12 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_az](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_az)>. Acesso em: 20 jul. 2009.

CARVALHO JÚNIOR, Paulo Marcondes. Informática em Saúde. In: MARINS, J. J. N. et al... (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica, 2004.

CECCIM, R. B; FEUERWERKE, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 41- 65, 2004.

\_\_\_\_\_. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al... (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica, 2004.

CECCIM, R, B; CARVALHO, Y. M. Ensino da Saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais da saúde do SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do direito à saúde**. Passo Fundo, RS: CEAP, 2005. Disponível em: <[http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha\\_financiamento\\_do\\_SUS\\_a\\_luta.pdf](http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_financiamento_do_SUS_a_luta.pdf)>. Acesso em 19 jul. 2009.

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE SANTA CATARINA. **Projeto pedagógico do curso**. Joinville, SC, 2002.

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DA BAHIA. **PROJETO PEDAGÓGICO INSTITUCIONAL**. BAHIA, 2008 Disponível em: <[www.cefetba.br](http://www.cefetba.br)>. Acesso em: 10 jun. 2009.

ESPINHOSA, A. F. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002.

FIGUEIREDO, N. M. A. de et al. (Orgs.). **Práticas de enfermagem: fundamentos, conceitos e exercícios**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

FREIRE, P. **A educação na cidade**. São Paulo: Cortez, 1991.

GARCIA, J. N. R.; MURTA, G. F. Enfermagem Organizadora. In: MURTA, G. F. **Saberes e Práticas: guia para o ensino e aprendizado de enfermagem**. 5. ed. São Paulo: Difusão, 2009. v. 1.

GONÇALVES et al. **Fazendo pesquisa: do projeto à comunicação científica**. Joinville, SC: Ed. Univille, 2004.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da FENF-UERJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 293-306

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Projeto pedagógico de curso: área de saúde e serviços**. Joinville, SC, 2009.

\_\_\_\_\_. **Histórico centenário**. Disponível em: <<http://ifsc.edu.br>>. Acesso em: 09 jun. 2009.

KOIFMAN et al. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC; ABRASCO, 2007. v. 1, p.165-184.

KUNKEL, M. B.; FERLA, A. A. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS**

**Brasil:** caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf)>. Acesso em: 20/09/2010.

LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher.** Goiânia: AB Ed., 2006.

MACEDO, M. do C. dos S. et al. **Cenários da aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação.** In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde:** integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

MAGALHÃES, A. M. M.; JUCHEM, B. C. Primary Nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica no hospital de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 5-18, jun. 2000.

MANFREDI, S. M. **Educação profissional no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2002.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2001. p. 39-64. Disponível em: <[http://uefs.br/pep-centroleste/artigos/os\\_sentidos\\_integralidade.pdf](http://uefs.br/pep-centroleste/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

\_\_\_\_\_. Da medicina integral à prática da integralidade: integralidade como um traço da boa medicina. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

MATTOS, R. A. et al... Formação de profissionais na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública,** Salvador, 2007. Disponível em:<<http://www.saude.ba.gov.br/rbsp>>. Acesso em: 21 jul. 2009.

MAEYAMA, A. M. **A construção do acolhimento**: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas. Bombinhas, SC: Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas; 2007.

MELO, E. C. P.; CUNHA, F. T. S. **Fundamentos da saúde**. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 1998.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NOAL, H.C **Bolsa de Assistência ao Estudante de Graduação em Enfermagem como Atividade de Aprendizagem em um Hospital Universitário**. Santa Maria, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Maria, 2007. Disponível em <[http://www.ufsm.br/ppgenf/dissertacoes2008/Helena\\_Carolina\\_Noal.pdf](http://www.ufsm.br/ppgenf/dissertacoes2008/Helena_Carolina_Noal.pdf)> Acesso em: 27 de Nov de 2010.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experimentação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções e sensações para efetivar ao ensino para integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde**: integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R; SILVA, J. P. V.; MACHADO, F. R. **Integralidade na saúde mental: estratégias e mecanismos de integração nos diversos níveis de atenção**: in integralidade da atenção: organização do trabalho no programa em saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2002.

PRADO, R. A. **Ressignificando a Avaliação no ensino por competência em um curso Técnico de Enfermagem**. Florianópolis, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

RODRÍGUEZ, J. M. **Emergências**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n.1, 2004.

SAIPPA-OLIVEIRA et al... Seleção de conteúdos, ensino aprendizagem e currículo na formação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 205-208.

SANTOS, T. F. A. M. dos. O projeto pedagógico e a construção democrática da escola de qualidade. **Revista Científica da UFPA**, Belém, v. 3, mar. 2002. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/revistaic>>. Acesso em: 19 maio 2010.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital-escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, jun. 2002

SILVA, E. V. M. et al... **Formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar**. Brasília: CONASEMS, 2008. Disponível em: <[http://www.conasems.org.br-files-formacao\\_profissionais\\_2008](http://www.conasems.org.br-files-formacao_profissionais_2008)>. Acesso em: 11 ago. 2009.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria: analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

TIMBY, B. K.; SMITH, N. E. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. São Paulo: Manole, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Ática, 1987.

VITAL, N. S. **Atuação do serviço social na área de saúde mental frente ao neoliberalismo**. Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

WENDHAUSEN, A. L. P; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, 2003.

## **APÊNDICE A**

### **Roteiro de Entrevista**

**Docentes do Curso Técnico de Enfermagem**

**Instituto Federal de Santa Catarina – IF-SC**

## **Roteiro de Entrevista – Docente Curso Técnico de Enfermagem Instituto Federal de Santa Catarina – IF-SC**

### **Dados de Identificação**

Codiname: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Formação Profissional \_\_\_\_\_

Titulação Acadêmica: ( ) Especialização \_\_\_\_\_

( ) Mestrado \_\_\_\_\_

Tempo de profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de Trabalho na Instituição \_\_\_\_\_

Experiência profissional anterior a docência \_\_\_\_\_

1. O que é ser saudável para você?
2. Na sua disciplina que aspectos são mais enfatizados, os relacionados a saúde ou a doença? Poderia dar exemplos?
3. Poderia dar um exemplo do que é integralidade para você? Como você foi construindo esse conceito?
4. Como você caracteriza a integralidade no seu processo de trabalho na formação de profissionais técnicos? (objetivos propostos, seleção de conteúdos, estratégias de ensino aprendizagem e avaliações)
5. O que você acredita que pode melhorar a formação para a integralidade?



## **APÊNDICE B**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Projetos de Pesquisa**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecida 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 penalizada de forma alguma.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Título do Projeto: A Prática da Integralidade em Saúde no Processo De Ensino No Curso Técnico De Enfermagem

Pesquisador Responsável: Stella Maris Brum Lopes

Telefone para contato: (47) 33417932

Pesquisador Participante: Roni Regina Miquelluzzi

Telefone para contato: (47) 3425-5788 (47) 9918-2399

O estudo que proponho visa compreender o sentido da integralidade existente no curso Técnico em Enfermagem do IFSC – Joinville. A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, sendo através da proposta do Sistema Único de Saúde – SUS. Para dar conta desse novo modelo, foram instituídos os princípios e diretrizes e dentre um dos princípios, a integralidade.

O presente instrumento tem a finalidade de obter seu consentimento, por escrito, na pesquisa que estou desenvolvendo e gostaria de contar com sua colaboração participando da entrevista que será gravada e transcrita.

Fica assegurada a garantia de anonimato das informações fornecidas, podendo desistir a qualquer momento se assim o desejar. Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não serão utilizados os nomes dos participantes em nenhum momento. Saliento que, após a coleta de dados, seu relato será entregue para o seu parecer final, estando você livre para argumentar, interferir ou recusar as informações, como também desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Desta forma, ao assinar este documento, você estará declarando aceitar fazer parte deste estudo.

Certa de sua colaboração agradeço a sua disponibilidade em participar do estudo. Colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Assinaturas:

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Stella Maris Brum Lopes

Pesquisadora Responsável

Telefone: 47 33417932

Email: stella@univali.br

\_\_\_\_\_  
Enf<sup>a</sup> MSc. Roni Regina Miquelluzzi

Pesquisadora Principal

Telefones: (047) 9918-2399

e-mail: [miquelluzzi@ifsc.edu.br](mailto:miquelluzzi@ifsc.edu.br)

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: \_\_\_\_\_

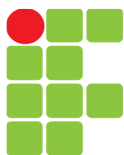
Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE C**

### **Solicitação para a realização da pesquisa**



INSTITUTO FEDERAL  
SANTA CATARINA  
Campus Joinville

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA  
CAMPUS JOINVILLE  
COORDENAÇÃO DA ÁREA DE SAÚDE E SERVIÇOS

De: Prof. Roni Regina Miquelluzzi

Para: Paulo Bonifácio

Diretor do sistema IFSC

### SOLICITAÇÃO

Eu, Roni Regina Miquelluzzi, professora do Curso Técnico de Enfermagem do IF-SC, mestranda do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, área de concentração: Saúde da Família de Pós-graduação em Saúde da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI - SC, venho solicitar a esta direção e colegiado, autorização para a realização da pesquisa intitulada e posteriormente a divulgação da mesma com o nome da instituição, **“OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE NO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO IF-SC** sob orientação da prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stella Maris Brum Lopes, junto a este Curso.

O estudo que proponho visa compreender o sentido da integralidade existente no curso Técnico em Enfermagem do IFSC – Joinville. A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, sendo através da proposta do Sistema Único de Saúde – SUS. Para dar conta desse novo modelo, foram instituídos os princípios e diretrizes e dentre um dos princípios do SUS, a integralidade, que procura ver a pessoa como um todo, resolvendo os seus problemas de forma integral pela equipe de saúde na qual se insere o profissional de nível técnico. Assim, o reconhecimento desse princípio deve ser difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional.

Espera-se que o estudo instigue reflexões e discussões sobre os sentidos da integralidade na área do ensino e reorientar o processo de formação para integralidade área da saúde para construção de uma escola cada vez mais voltada para as questões sociais da nossa realidade e época.

Fica garantido o anonimato dos participantes, além do acesso aos resultados da investigação e o direito de desistir do estudo a qualquer tempo, caso deseje. Contando com a colaboração deste colegiado, subscrevo-me e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

---

Roni Regina Miquelluzzi

## **APÊNDICE D**

### **Exemplificação do Processo de Análise**

## Quadro 1: pré análise

| <b>UNIDADE CURRICULAR: Semiotécnica da Enfermagem</b>  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Competências</b>  | <b>Sentido<sup>1</sup></b> |
| Conhecer a história da Enfermagem, os princípios e fundamentos da legislação profissional, visando a integrar o discente a área de atuação.  | 2                          |
| Conhecer os hospitais como ambiente de trabalho no que se refere às suas funções, classificação, estrutura direta e funcional, prontuários e os serviços oferecidos  | 2                          |
| Conhecer as finalidades, a estrutura e o funcionamento da CCIH - Comissão de Controle de infecção hospitalar - para colaborar de forma mais eficaz na diminuição da infecção hospitalar, proporcionando segurança e evitando custos desnecessários.  | 2; 3                       |
| Conhecer os princípios da semiotécnica na Enfermagem para prestar assistência em todas as situações, de acordo com a sua competência legal, de modo a desenvolver ações com atendimento seguro e a melhorar a qualidade de vida da pessoa internada e sua comunidade.  | 1                          |
| <b>Base Tecnologia/ Conhecimentos</b>  |                            |
| História da Enfermagem: formação da Enfermagem/equipe de Enfermagem e suas funções; legislação do exercício profissional de Enfermagem; entidades de classe – aben, cofen, corens, sindicatos da classe;   | 2                          |
| Meio ambiente da pessoa internada: introdução ao ambiente de trabalho - estrutura física do hospital, unidade de internação e unidade da pessoa, princípios de assepsia, desinfecção e esterilização, controle de infecção hospitalar/CCIH e manuseio de materiais esterilizados e colocação de luvas esterilizadas; | 2                          |
| Princípios da mecânica corporal: metodologia do trabalho corporal na Enfermagem e teoria do cuidado;   | 1                          |
| Assistência de enfermagem no preparo da unidade da pessoa internada: limpeza terminal e concorrente e preparo da cama hospitalar;  | 2                          |
| Assistência de Enfermagem na admissão, transferência e alta da pessoa internada: prontuário do paciente, anotações de Enfermagem e sinais vitais;  | 1; 2                       |
| Considerações gerais a respeito da assistência de Enfermagem na higiene e bem-estar do paciente: técnica de higiene oral, higiene do cabelo, banho de aspersão, imersão e no leito, higiene íntima feminina e masculina e tricotomia;  | 1                          |
| Assistência de Enfermagem nas condições de segurança, conforto e bem-estar da pessoa internada: considerações gerais sobre riscos mais comuns e prevenção de acidentes, contenção dos movimentos e prevenção/cuidados com úlcera de pressão, técnicas de mobilização, posicionamento e transporte;                   | 1                          |
| Assistência de Enfermagem na cicatrização tecidual: Considerações gerais a respeito da anatomia e fisiologia do sistema tegumentar e princípios relacionados à cicatrização tecidual e técnicas de curativos e bandagem;   | 1                          |
| Assistência de Enfermagem na alimentação da pessoa internada: auxílio na alimentação a paciente semi-dependente e dependente, cuidados com sonda nasogástrica e nasoenteral, alimentação e medicação por meio de sng e sne;  | 1                          |
| Assistência de Enfermagem na eliminação urinária e intestinal: cuidados com cateterismo vesical de alívio e de demora, técnicas de colocação de comadre e papagaio e lavagem intestinal/enemas;  | 1                          |
| Assistência de enfermagem na aspiração e oxigenioterapia: cuidados e técnicas de aspiração de orofaringe, nebulização, oxigenioterapia por intermédio de cateter nasal e de máscara e cuidados de enfermagem na drenagem de tórax;   | 1                          |
| Assistência de Enfermagem ao paciente em estágio terminal: aspectos legais, conforto e cuidados físicos e espirituais;   | 1                          |
| Assistência de Enfermagem na administração de medicamentos: introdução à farmacologia, regras gerais quanto à administração dos medicamentos, cálculos de medicamentos, técnicas de preparo e administração de medicamentos e fluidoterapia;   | 1                          |
| Pessoa x morte: doença terminal, estágios da morte e cuidados terminais e pós-morte.   | 1                          |

<sup>1</sup> **Legenda:** (1) Atributos das práticas dos profissionais de saúde associada à atitude, ou seja, à boa prática médica. (2) Organização dos serviços e práticas de saúde. (3) Integralidade e Políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde.

## Quadro 2: agrupamento no módulo

### Agrupamentos dos sentidos: **Semiotécnica da Enfermagem**

| Grupos  | Nº do sentido | Qtidade | Sentidos  |
|---------|---------------|---------|---|
| Grupo 1 | 2 e 3         | 04      | (2) Organização dos serviços e práticas de saúde  |
|         |               |         | (3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde. |
| Grupo 2 | 1             | 11      | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.                         |
| Grupo 3 | 1 e 2         | 01      | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.                         |
|         |               |         | (2) Organização dos serviços e práticas de saúde  |
| Grupo 4 | 2             | 02      | (2) Organização dos serviços e práticas de saúde  |

Legenda: N. do sentido correspondente. Qtidade: freqüência que apareceu os sentidos, tanto nas competências quanto nas bases tecnológica.



### Quadro 3:

## Agrupamento dos sentidos de todos os Módulos do Curso de Enfermagem.

### Agrupamento dos sentidos

| Grupos  | Quantidade | Sentidos  |
|---------|------------|---|
| Grupo 1 | 23         | (2) Organização dos serviços e práticas de saúde<br>(3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde.   |
| Grupo 2 | 172        | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.   |
| Grupo 3 | 39         | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.<br>(2) Organização dos serviços e práticas de saúde   |
| Grupo 4 | 41         | (2) Organização dos serviços e práticas de saúde  |
| Grupo 5 | 07         | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica<br>(3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde  |
| Grupo 6 | 13         | (1) Atributos dos profissionais de saúde, associado à atitude, ou seja, a boa prática médica.<br>(2) Organização dos serviços e práticas de saúde<br>(3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde |
| Grupo 7 | 09         | (3) Integralidade e políticas voltadas para grupos específicos, como respostas governamentais aos problemas de saúde  |

Legenda: N. do sentido correspondente. Quantidade: freqüência que apareceu os sentidos, tanto nas competências quanto nas bases tecnológica.

# 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](#)