

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

MARGARETE MARIA DE LIMA

**INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO
ENFERMEIRO**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

MARGARETE MARIA DE LIMA

**INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO
ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

L732i Lima, Margarete Maria de
Integralidade no processo de formação do enfermeiro
[dissertação] / Margarete Maria de Lima ; orientadora, Kenya
Schmidt Reibnitz. - Florianópolis, SC, 2010.
161 p.: tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem - Estudo e ensino (Superior). I. Reibnitz,
Kenya Schmidt. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

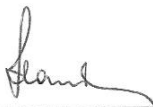
MARGARETE MARIA DE LIMA

**INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO
ENFERMEIRO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada a sua versão final em 14 de outubro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

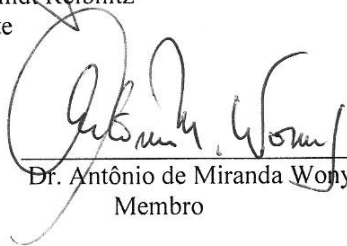
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Presidente



Dra. Marta Lenise do Prado
Membro



Dr. Antônio de Miranda Wony
Membro

“A tarefa acadêmica que nós nos colocamos é contribuir para o reconhecimento e a identificação dessas experiências, tentar achar pistas de Integralidade que estão no cotidiano de um monte de gente pelo Brasil afora, mas que não são sistematizadas ou pensadas como Integralidade”
Rubens Mattos

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação aos meus filhos, **Isadora e Leonardo**,
razões de meu viver, anjos que me guiam diariamente. Mesmo tão
pequenos tentam compreender minha ausência, minhas angústias e me
dão força para continuar lutando por nossos ideais.*

AGRADECIMENTOS

Esta caminhada foi guiada por Deus e por pessoas especiais. Tenho certeza que com eles o caminho ficou mais florido, alegre e prazeroso. Desta forma, gostaria de agradecer a todos que contribuíram, apoiaram e compartilharam estes momentos, o que enriqueceu, de diversas formas, este estudo.

Agradeço aos meus filhos, Isadora e Leonardo, por proporcionarem-me felicidade, alegria, (re)conhecimentos, amor sincero, amizade. Amo-os.

Aos meus pais, Antônio e Vândir, e ao meus irmãos, Cleber e Vaneza, à minha sobrinha, Jéssica, por estarem sempre presentes em minha vida. Cada um de um jeito especial, ensinaram-me valores, como respeito, amor e sinceridade.

Às minhas amigas, Rosimeri, Manuela, Simone, Gabriela pelo incentivo, companheirismo, amizade e força.

À enfermeira Daiana Kloh pela ajuda, incentivo, crescimento e aprendizado proporcionado durante esta caminhada.

À Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, minha orientadora, pelo constante aprendizado, incentivo, estímulo à reflexão sobre as possíveis direções a serem tomadas no caminho quando surgiram as dificuldades. Obrigada pelo convívio, pela paciência, por cuidar de mim, por partilhar comigo seus conhecimentos e experiências.

Aos professores, Marta Lenise do Prado, Jussara Gue Martini, Antonio de Miranda Wosny, Fabiane Ferraz – Membros da Banca – pelas contribuições que enriqueceram este trabalho. À Roberta Waterkemper, pela sua contribuição na banca de qualificação.

Aos Professores e funcionários do Programa de Pós-graduação pela disponibilidade e prontidão.

Aos colegas e membros do grupo de Pesquisas em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN), pela contribuição na construção coletiva desta pesquisa.

Aos acadêmicos de enfermagem, participantes desta pesquisa, pela credibilidade, disponibilidade e agregação de informações, fatores que permitiram a realização deste estudo.

À turma de mestrado 2009, pela convivência e troca de conhecimentos. À Manuela e Mônica, meus agradecimentos especiais.

A Capes, pela concessão de minha bolsa de mestrado.

A todas as pessoas que contribuíram de alguma forma nesta pesquisa

E, finalmente, a Deus por, ter me guiado e me fortalecido nesta caminhada.

LIMA, Margarete Maria de. **Integralidade no processo de formação do enfermeiro**. 2010. 161p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo conhecer a aplicação do princípio da integralidade no processo de formação do enfermeiro, e procurou analisar as relações pedagógicas estabelecidas, sob a ótica dos acadêmicos de graduação em enfermagem. O estudo delineou-se como pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo. A coleta de dados realizou-se mediante entrevista individual semi-estruturada com 19 formandos de curso de graduação em enfermagem. A análise de dados efetivou-se de acordo com análise proposta por Minayo. Os resultados indicaram que existe uma intencionalidade em aplicar o princípio da integralidade durante as atividades desenvolvidas no curso. Na assistência à saúde, a integralidade, na visão dos acadêmicos, é entendida como cuidar dos sujeitos que necessitam de cuidados em sua totalidade, inseridos num contexto social, histórico, político e cultural, não fragmentado em partes ou corpo doente. Contudo, apresentam a dificuldade em aplicar a integralidade na área hospitalar, pois a única ferramenta que dispõem para aproximar-se da realidade dos sujeitos é o diálogo, enquanto que, na atenção básica, utilizam também a visita domiciliar para esta aproximação. A relação pedagógica pautada na integralidade, na concepção dos alunos, não está presente em todos os semestres ou disciplinas do curso. Os resultados demonstram a dicotomia ainda existente entre a atenção básica e hospitalar, o que dificulta a aplicação do princípio da integralidade junto ao sujeito que se encontra hospitalizado. A partir dos dados, inferiu-se que o princípio da integralidade, no processo de formação do enfermeiro, deste curso, precisa ser considerado como um princípio pedagógico e iniciar com sua aplicação na relação professor-aluno, sendo condição fundamental para a construção da identidade profissional do futuro enfermeiro em consonância com os princípios do SUS.

Palavras-chave: assistência Integral a saúde, enfermagem, ensino superior.

LIMA, Margarete Maria de. **Integrality in the nursing education process**. 2010. 161 p. Dissertation (Máster in Nursing) Nursing Postgraduate Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2010.

ABSTRACT

The objective of this study was discover the application of the principle of integrity in formal nursing education, seeking to analyze the pedagogical relationships established, according to undergraduate nursing students. This study involved qualitative, exploratory-descriptive research. Data was collected through individual semi-structured interviews with 19 undergraduate nursing students. The data was analyzed using analysis as proposal by Minayo. The results indicate out that there is an intentionality to apply the principle of integrity during the activities developed in the course. In health care, integrity as seen by academics is understood to be caring for subjects who need care in its totality, inserted in a social, historical, political, and cultural context, and not fragmented in parts or a sick body. However, present the difficulty in apply integrity to the hospital area, because the only tool you have is dialogue to approximate with the subjects' reality. In basic care, they also utilized domiciliary visits for such approximation. The pedagogical relationship founded in integrity in the students' conceptions is not present in all semesters or disciplines of the course. The results demonstrate the dichotomy between basic care and hospital care, making it difficult to apply the principle of integrity linked to the subject who finds him/herself hospitalized. From the data we can infer that the principle of integrity from the data we can infer that the principle of integrity in the process of nursing education starts with its application in the teacher-student relationship and it is fundamental condition for the construction of professional identity of the future nurse which is consistent with the principles of the SUS.

Keywords: Integral health care, nursing, higher education.

LIMA, Margarete Maria de. **Integralidad en el proceso de formación del enfermero**. Tesis de Maestría (Maestría en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo conocer la aplicación del principio de integralidad en el proceso de formación del enfermero, para analizar las relaciones pedagógicas establecidas desde la perspectiva de los estudiantes de pregrado del curso de enfermería. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva, de carácter cualitativo. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas individuales semiestructuradas con 19 graduados del curso de enfermería. Los datos se analizaron por medio del análisis de Minayo. Los resultados indican que existe una intención de aplicar el principio de integralidad en las actividades que se desarrollan durante el curso. Según los alumnos, en la atención de la salud, la integralidad es vista como el cuidado a las personas que necesitan atención médica en su totalidad, la cual se encuentra inserida en un contexto social, histórico, político y cultural, no fragmentado en partes ni en un cuerpo enfermo. Identifican las dificultades de la aplicación de la integralidad en toda el área hospitalaria, utilizan el diálogo para abordar la realidad de los sujetos, y en la atención primaria también utilizan la visita domiciliaria para realizar esa aproximación. La relación pedagógica basada en la integralidad de los estudiantes no está presente en todos los semestres o materias del curso. Los resultados demuestran la dicotomía entre la atención primaria y la hospitalaria, lo que dificulta la aplicación del principio de integralidad con el sujeto que está hospitalizado. La integralidad en el proceso de formación del enfermero aplicada en la relación profesor-alumno es una condición fundamental para la construcción de la identidad profesional de los futuros enfermeros en consonancia con los principios del SUS.

Palabras clave: Atención integral de salud; Enfermería; Enseñanza superior

LISTA DE ABREVIATURAS

BDEF	Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN-ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais Enfermagem
EDEN	Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
LOAS	Leis Orgânicas da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1: Títulos dos artigos selecionados, periódico, ano, área/local de publicação, Florianópolis, 2010. **44**

Tabela 2: Modalidade e objetivos dos artigos selecionados, Florianópolis, 2010..... **46**

Tabela 3: Metodologia, amostra e coleta de dados dos artigos, Florianópolis, 2010..... **48**

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	19
LISTA DE TABELAS.....	21
INTRODUÇÃO A TEMÁTICA	25
2 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS SOBRE O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO.....	29
2.1 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	29
2.2 INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	34
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	39
4 SUPORTE TEÓRICO	57
4.1 A INTEGRALIDADE E SEUS SENTIDOS COMO EIXO NA FORMAÇÃO	57
4.2 INTEGRALIDADE E A RELAÇÃO PEDAGÓGICA DE PAULO FREIRE.....	62
4.3 PRESSUPOSTOS	67
4.4 CONCEITOS.....	67
5 METODOLOGIA	71
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	71
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	71
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	73
5.4 COLETA DE DADOS.....	73
5.5 ANÁLISE DE DADOS	74
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	77
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
6.1 MANUSCRITO 2: CONCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE A APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE	79
6.3 MANUSCRITO: INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO PEDAGÓGICO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	94
CONSIDERAÇÕES.....	111
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES.....	121
ANEXOS	127

INTRODUÇÃO A TEMÁTICA

Durante minha trajetória como acadêmica de enfermagem, fui estimulada a trabalhar a integralidade, de forma a perceber o usuário do sistema de saúde de maneira integral, no seu contexto, com seus valores e saberes. Isto ficou claro quando realizei meu trabalho de conclusão de curso. Minha proposta foi promover auto-cuidado através da educação em saúde com mulheres com incontinência urinária que se submetiam ao tratamento cirúrgico. Utilizei alguns conceitos de Paulo Freire, como o diálogo e a Teoria do Auto-cuidado de Dorothea Orem. Desenvolvi o cuidado de enfermagem no pré, trans e pós-operatório, e algumas visitas domiciliares. Naquele momento, um dos objetivos foi estimular o auto-cuidado através do diálogo.

Hoje, após aprofundar as leituras sobre o princípio da integralidade e refletir sobre esta prática acadêmica, percebo que apesar de não ter sido o foco principal do trabalho de conclusão de curso, o conceito de integralidade foi aplicado em diversos momentos. Durante a assistência de enfermagem, tanto no hospital como no domicílio estabelecia-se uma relação dialógica, considerando os saberes, crenças e valores das mulheres. Desta forma, observou-se que estas eram sujeitos de sua própria história e vivenciavam um momento singular, pois depositavam todas as suas expectativas de ter uma vida “normal” no procedimento cirúrgico de correção da incontinência urinária. Enquanto exercia o cuidado adotava uma postura não verticalizada, com troca de conhecimentos e experiências com as mulheres, utilizando uma linguagem clara que facilitasse a compreensão das orientações que eram construídas coletivamente. Contudo, esta não era uma prática instituída.

Durante minha experiência na docência, que se iniciou em 2005, onde atuei por três anos como docente do Curso de Graduação em Enfermagem em uma universidade particular no Estado de Santa Catarina, percebi a dificuldade do acadêmico em olhar a integralidade em seu contexto; o modelo de atenção à saúde ainda estava enraizado no modelo biomédico, no saber centrado no conhecimento técnico dos profissionais.

Na prática docente, tanto em sala de aula, como no campo de estágio, percebi a prática acadêmica como fragmentada e dicotômica entre teoria e prática; observei que alguns acadêmicos tinham dificuldade em prestar e compreender o cuidado de maneira integral, bem como, compreender este princípio como norteador do sistema de saúde do País. Apenas uma pequena parte conseguia perceber e cuidar

de maneira integral. Além disso, grande parcela dos estudantes que frequentavam o curso de graduação já atuava como técnicos ou auxiliares de enfermagem, o que dificulta a mudança de atitude e de postura, tendo em vista a sua experiência já cristalizada. Ao mesmo tempo, durante a construção do processo de enfermagem na visita domiciliar, percebi que os acadêmicos não identificavam como situações problemas aquelas oriundas de ordem social e familiar. Mas, por outro lado, alguns acadêmicos tinham uma percepção diferente e conseguiam entender o sujeito inserido no seu contexto de vida e o reflexo nas condições de saúde.

A educação em enfermagem prepara os sujeitos para o trabalho. O modelo de formação de enfermagem passa por redefinições que visam assegurar uma formação profissional crítica e reflexiva, entendendo a estreita relação do processo saúde doença com as condições de vida e de trabalho da população (SILVA, 2005). Embora as políticas de saúde e de educação tenham instigado mudanças na formação, ainda é perceptível na maioria das escolas de enfermagem, o ensino fragmentado entre teoria e prática, atenção básica e hospitalar, práticas reducionista, pautadas no modelo tecnicista, centrado na patologia.

Ao assumir uma postura de detentor do saber, desconsiderando o saber da clientela, não permitindo a participação no seu cuidado em saúde, prestando orientações baseadas em modelos pré-estabelecidos, não adequando às realidades de cada sujeito, considerando-o como objeto e não estabelecendo uma relação dialógica, provavelmente o futuro enfermeiro reproduzirá este modo de cuidar em sua prática profissional.

Em 200, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN-Enf), cujo objetivo era formar profissionais com perfil generalista, crítico-reflexivo, e que fomentasse mudanças na práxis de saúde. Estas diretrizes têm importante papel na construção e orientação da formação dos profissionais para a consolidação e efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta direção, a aplicação do princípio da integralidade requer a implementação, clara e precisa, de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde. Deve almejar uma prática de qualidade, independente do local e área de atuação, com uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente no desenvolvimento das competências específicas de cada profissão (BRASIL, 2004).

As DCN-Enf definem que a “formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001, p. 3).

Formar profissionais de saúde, tendo como perspectiva a integralidade, constitui uma proposta desafiadora, pois significa a quebra não só de um modelo tradicional de formação, como também implicações na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho. Além disso, é preciso ousadia e capacidade para assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como se encara o usuário do serviço, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade. Implica novas soluções para os problemas que afetam pessoas e populações, para as novas demandas, anteriormente ocultas ou negligenciadas (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A participação no Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde – EDEN, oportunizou-me aprofundar, (re)construir conhecimentos sobre a integralidade na saúde com os projetos vinculados ao macro-projeto Avaliação de políticas públicas em saúde e enfermagem; na linha de pesquisa Educação, Saúde e Enfermagem. Esta aproximação revigorou alguns questionamentos sobre a formação do enfermeiro, comprometido com a realidade social, com o exercício da cidadania e com a integralidade na atenção à saúde.

Ao longo desta caminhada, algumas reflexões sobre o Princípio da Integralidade e sua articulação com a Educação em Enfermagem foram acumuladas, trazendo como consequência a necessidade de aprofundamento deste tema.

A presente pesquisa pretende contribuir na construção de conhecimentos relativos à formação do enfermeiro, na perspectiva da integralidade na atenção a saúde, para que futuros profissionais possam mudar/aprimorar o cenário atual das práticas de saúde, muitas vezes descontextualizadas da realidade de saúde do país.

Neste sentido, durante o desenvolvimento dos cursos de graduação em enfermagem, o acadêmico deve vivenciar a integralidade do cuidado, tanto na relação com os usuários ou grupos populacionais do sistema de saúde quanto nas relações pedagógicas estabelecidas durante o processo de formação. Formar para a integralidade é um exercício de cidadania, de estar aberto ao diálogo, de compreender as aflições das pessoas, de buscar respostas aos problemas existentes no contexto de formação. É, acima de tudo, um exercício de escutar, acolher e recusar a objetivação dos sujeitos, sejam eles, usuários, profissionais, discentes e docentes.

Com base em minha vivência na docência e interesse em estudar a integralidade na formação do enfermeiro, apresento a questão norteadora para esta pesquisa: **Como ocorre a aplicação do princípio da integralidade no processo pedagógico sob a ótica do acadêmico de enfermagem?**

Para orientar essa pesquisa foram traçados como objetivo geral: conhecer a aplicação do princípio da integralidade no processo de formação do enfermeiro, procurando analisar as relações pedagógicas estabelecidas, sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem.

Como objetivos específicos delineamos:

- Conhecer as concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre o princípio da integralidade;
- Identificar como ocorre a aplicação desse princípio na formação do enfermeiro, num Curso de Graduação em Enfermagem.

Para melhor situar o tema, apresenta-se, a seguir, uma revisão de literatura que aborda alguns aspectos sobre o princípio da integralidade na atenção à saúde, a qual parte de uma visão geral para sua aplicação no processo formação do enfermeiro.

2 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS SOBRE O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO

Para a identificação das diferentes maneiras que o Princípio da Integralidade tem sido abordado ao longo do tempo, realiza-se uma incursão bibliográfica, abordando-se, inicialmente, antecedentes históricos relativos ao Sistema de Saúde e o princípio da Integralidade. Na sequência, apresenta-se qual a discussão existente sobre o princípio da Integralidade no processo de formação do enfermeiro.

2.1 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

A construção do SUS ocorre em meio a um conjunto de embates políticos e ideológicos representado por diferentes atores sociais ao longo dos anos (CUNHA e CUNHA, 2001). Mendes (1996) menciona que o SUS deve ser entendido como um processo histórico e social em marcha, não tendo seu início a partir da Constituição Federal, como profetizavam alguns de seus críticos. Deste modo, é oportuno fazer um breve resgate histórico para entender como se consolidou o sistema de saúde que atualmente está vigente no Brasil.

Ocorreu, em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, o marco histórico do movimento sanitário. Esta conferência contou com participações de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. Os resultados obtidos foram mudanças do setor de saúde e definição do conceito de desta (BRASIL, 1996). A ampliação do conceito de saúde envolveu, não apenas a ausência de doença, mas aspectos sociais, políticos e econômicos. Para se alcançar saúde é necessário ter condições econômicas favoráveis, de trabalho, de lazer e interação social (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa, documento apresentado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, enfoca a saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, além de uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem favorecer ou prejudicar a saúde. As ações governamentais devem objetivar a redução das diferenças nos estados de

saúde da população e oportunizar recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar seu potencial de saúde. Além disso, demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas, sendo elas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem engajar-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2002).

Durante a Assembléia Nacional Constituinte, foi realizada a aprovação da Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e posteriormente, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A constituição Brasileira de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e dever do estado, através desta foi instituído o SUS, tendo como diretrizes a descentralização, a participação social e o atendimento integral.

A Lei nº 8.080 abrange as “[...] condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a). Já a lei 8.142 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b).

A partir da criação do SUS, a saúde passou a ser um direito assegurado pelo estado e pautado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Sua organização ocorre de acordo com as diretrizes que preconizam a descentralização, com direção única em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal); o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (BRASIL, 2009).

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública” sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Nestes 20 anos de SUS, este vem apresentado uma expansão inigualável da atenção da saúde a população brasileira. Porém, persistem muitos problemas a serem trabalhados para que consiga atingir seus princípios de universalidade e integralidade (BRASIL, 2009).

A integralidade na atenção à saúde é um termo polissêmico, não

pode ser reduzida a um conceito, pois nesta tentativa correr-se-ia o risco de abortar alguns de seus sentidos, fragmentando-a. Ela foi definida na Lei nº 8.080 como um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a,s/p). Atualmente, além de ser um dos princípios norteadores do SUS, é considerada uma ação social resultante da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas na assistência à saúde, em todos os níveis do sistema. Permite a identificação dos sujeitos como totalidades, não fragmentados, inseridos em um contexto social, no seu contexto de vida (PINHEIRO, 2001).

As discussões acerca da integralidade em saúde, considerando seu caráter polissêmico, tem se mostrado enriquecedora do ponto de vista da ampliação da compreensão sobre as formas de cuidar, desde a organização dos serviços, até a formação dos trabalhadores da área da saúde, passando pela gestão do próprio sistema, em suas várias esferas. Percebe-se que o termo por si só, permite vários significados, como, “bandeira de luta”, “imagem objetivo”, atitude, dimensão das práticas, organização dos serviços e das práticas, configurações de certas políticas específicas (MATTOS, 2001).

A produção da integralidade no cuidado parece ter sua expressão delineada no envolvimento do cidadão trabalhador dessa área no seu cotidiano profissional, guiado por uma determinada visão de mundo. Pode estar fortemente relacionada às experiências vivenciadas durante o processo de formação desse sujeito, ao partilhar experiências e reflexões que o constroem como profissional. Ao pensar-se na integralidade do cuidado para a enfermagem, há de se considerar a necessidade de coordenação do trabalho da equipe que cuida e que também necessita ser cuidada (HENRIQUES; ACIOLI, 2005).

“Para desenvolver práticas de atenção integral à saúde faz-se necessário falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos que cuidam e sujeitos que são cuidados” (ACIOLI, 2001, p. 165). Essa aproximação passa pelo reconhecimento de um saber prático e de uma possibilidade de articulação entre esse saber e o saber dos profissionais e planejadores do campo da saúde.

A integralidade do cuidado é um princípio que não atende apenas a uma dada profissão ou que permeia a discussão e o fazer de determinados segmentos. Ela articula os processos de trabalho e formação de todos os trabalhadores de saúde (HENRIQUES; ACIOLI, 2005).

A integralidade apresenta-se como uma possibilidade de prestar

assistência à saúde de uma forma mais ampliada, que traz consigo, a necessidade de mudança de atitudes, de postura profissional e governamental. Provoca importantes desafios no que tange à efetiva mudança no atendimento às necessidades de saúde da população. Para tanto, apóia-se em elementos fundamentais: a escuta, o acolhimento, o vínculo. Está imbricada de um forte potencial emancipador e transformador, quando se reporta as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde (OMIZZOLO, 2006).

Durante muito tempo, apenas o cuidado curativo centrado no hospital, era foco importante para a enfermagem. Atualmente, ele é centrado no ser humano em seu conceito mais amplo, inserido em diferentes contextos.

No cuidado de pessoas, grupos e coletividade, o usuário é um sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere. Para entender este contexto, é fundamental que a integralidade seja percebida como um princípio, em vários níveis de discussões e das práticas em saúde, alicerçado em um novo paradigma na formação, o qual prepara o futuro profissional para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades (MACHADO et al., 2007).

As práticas de saúde construídas na perspectiva da lucratividade acabam centradas no eixo tecnicista, nos procedimentos ou na medicalização das doenças,[...]. Em contrapartida, as práticas de saúde que se apóiam no princípio da integralidade como orientador de suas ações, tendem a tecer possibilidades de vivências e reflexões coletivas; especialmente no âmbito do trabalho em saúde, constituindo um importante desafio, tanto ao sistema de saúde, quanto aos profissionais que nele atuam e, em consequência, para as instituições formadoras destes profissionais (OMIZZOLO, 2006, p.46).

O enfermeiro é um profissional que atua na equipe de saúde tendo contato direto com o sujeito que procura os serviços de saúde. Sendo assim, é também um dos responsáveis pela consolidação dos princípios dos SUS.

Para que contribua com a efetiva implantação dos princípios que regem este sistema, é necessário que este profissional conheça,

compreenda e incorpore esses princípios em sua prática diária, independente de sua área de atuação e nos diversos níveis de complexidade de saúde. Tais concepções e compreensões iniciam-se no processo de formação do enfermeiro e deve continuar em seu cotidiano profissional, visto que os conceitos vão se reformulando na medida em que novas situações e novos conhecimentos surgem.

Um estudo realizado por Borges e Nascimento (2005), com 13 enfermeiras que atuam em atenção básica e serviços públicos de saúde, no município de Itabuna-Bahia, evidencia que não há homogeneidade quanto à compreensão do SUS. Para uma das entrevistadas ele é percebido como um órgão que faz parte de um sistema integrado de saúde, que serve para repasse financeiro. A aludida característica indica uma visão reducionista e fragmentada do sistema contrapondo ao preconizado nas diretrizes e dificultando sua consolidação.

Quando abordada a integralidade em saúde, as enfermeiras entendem que contribuem para aplicação deste princípio, devido a sua formação generalista, não focando sua prática de maneira individualista e conhecendo a visão e atuação do sistema para prestar assistência qualificada (BORGES e NASCIMENTO, 2005).

Outro estudo realizado por Silva (2006), em Belo Horizonte, com nove trabalhadores da estratégia de saúde da família, dentre eles um enfermeiro, evidenciou dificuldade na definição do termo integralidade, devido à falta de reflexão, por parte dos sujeitos desta pesquisa, sobre este tema, e, também, devido a polissemia do vocábulo. A indefinição da integralidade, segundo a autora, não significa que as práticas das entrevistadas não estejam pautadas neste princípio. Ao contrário, elas possuem visão ampliada das necessidades de saúde, e escutam os problemas relacionados aos clientes e suas famílias, visando a criação de vínculo e co-responsabilização.

Reis, Andrade (2008), ao realizar a pesquisa sobre representações sociais sobre a integralidade, com dez enfermeiras da regional de saúde de Naviraí, no sul do estado de Mato Grosso do Sul, encontraram a definição do conceito de integralidade de forma fragmentada. As entrevistadas consideravam somente a saúde reprodutiva das mulheres, embora percebessem que havia outras questões como emprego e condições econômicas das mulheres, e que não as enfatizam em seu discurso. Isto evidencia não somente a fragmentação da assistência a saúde da mulher, mas de toda clientela atendida por estes profissionais.

Contrapondo-se a estes estudos Fontoura, Mayer (2006) identifica nos depoimentos de enfermeiros, a compreensão do amplo significado do termo integralidade, bem como a tentativa destes profissionais em

aplicá-lo em sua prática, mesmo havendo dificuldades. Eles percebem, também, que se trata de um princípio que deve existir na gestão e financiamento do sistema, o que na maioria das vezes não ocorre.

Este contexto vai ao encontro do preconizado por Pinho; Siqueira; Pinho (2006, p.1), que aduz:

Integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde /doença [...].

Apesar de muitos avanços no SUS, tem-se, ainda um longo caminho a trilhar, especificamente na aproximação do princípio da integralidade que, em algumas realidades, está mais próximo e, em outras, tão distante do almejado. É o que se observa no estudo de Pinho; Siqueira; Pinho (2006), realizado com enfermeiras que trabalham há mais de cinco anos em unidades básicas de saúde, na região noroeste de Goiânia, onde parte das enfermeiras apresenta um despreparo em lidar com a subjetividade do outro e estabelecer uma relação satisfatória com o usuário que procura os serviços de saúde.

Esta demonstração pode estar associada a alguns fatores, como o ensino de enfermagem ainda fragmentado e reducionista, a carência de investimentos para qualificação dos profissionais de saúde, bem como desinteresse de alguns enfermeiros em buscar novos conhecimentos.

2.2 INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde, constantes mudanças ocorreram na busca de um sistema de saúde nos moldes almejado constitucionalmente. Lapidações de concepções, conceitos e definições sobre o SUS foram sendo necessárias ao longo da história da saúde no Brasil. Diante do contexto histórico a formação em saúde também sofreu lapidações, com a intensificação de movimentos voltados à construção de outras possibilidades pedagógicas que considerassem as necessidades da formação de profissionais de saúde na

perspectiva da implantação do SUS. As políticas públicas intensificaram a relação ensino-serviço, aproximando a formação em saúde da realidade de saúde existente no país, no intuito de formar profissionais com perfil generalista para atender as demandas do Sistema Único de Saúde.

No entanto, as escolas, apesar de serem espaços privilegiados de discussão e produção de conhecimentos, ainda apresentam o ensino fragmentado, deixando de potencializar o que há de mais rico na formação, a relação professor aluno, que futuramente apresentará reflexos na relação usuário profissional. Este resultado pode ser expresso na pouca importância dada às relações interpessoais, o que implica na baixa resolutividade dos problemas de saúde das pessoas que procuram o SUS, na insatisfação dos usuários e de profissionais e, também, no alto índice de procedimentos de alto custo desnecessários. Visualiza-se neste viés, que a “formação em saúde continua a ser um terreno árido pelos questionamentos e conflitos que suscita e pelas transformações que requer” (CIUFFO; RIBEIRO, 2008, p.126).

Embora se tenha avançado na mudança deste paradigma, ainda existem alguns desafios que persistem na configuração das atuais práticas de saúde, como a dificuldade de atendimento de muitas das necessidades da população, grande parcela da população, com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e, a integralidade da atenção sendo um princípio ainda em construção na consolidação do SUS (SILVA, 2005).

Concomitantemente, surge a necessidade da elaboração de projetos com potencialidade para “formar profissionais comprometidos com a sociedade e com seus problemas de saúde, numa perspectiva que articule o mundo do ensino ao mundo do trabalho e da realidade social”, com visão crítica da realidade encontrada, pois os problemas de saúde estão se tornando mais complexos e propõe-se constitucionalmente um sistema que seja universal, equânime e integral (CHIRELLI; ARGENTON; RODRIGUEZ, 2008, p.309).

As influências sofridas pela enfermagem, decorrentes das mudanças nas políticas de saúde e educação do cenário nacional, fomentaram discussões que culminaram com a construção das diretrizes curriculares nacionais para a formação de enfermeiros (CHIRELLI; ARGENTON; RODRIGUEZ, 2008). As DCN em Enfermagem foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), em novembro de 2001, e estabelecem que os conhecimentos conquistados durante a graduação devem embasar o enfermeiro na sua atuação profissional para desenvolver, com aptidão, as ações de prevenção,

promoção, proteção e reabilitação a saúde, coletivamente ou individualmente. O profissional deve zelar para realização de práticas integradas e contínuas em todas as instâncias do sistema de saúde, buscando identificar e tomar decisões que sejam resolutivas e dentro dos padrões éticos e bioéticos (BRASIL, 2001).

Os cursos de graduação em Enfermagem têm como objetivo formar enfermeiro com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual. Eles devem ser capazes de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença, mais prevalentes no perfil epidemiológico, identificando as dimensões biopsicosociais dos seus determinantes. “Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2001, p.2).

Durante a formação acadêmica de enfermagem, o processo de ensino-aprendizagem deve estimular uma construção coletiva da integralidade em saúde, envolvendo docentes, acadêmicos, profissionais dos serviços e comunidade. Esta construção coletiva tem, como base, o diálogo entre todos os atores envolvidos, estabelecendo trocas, vivências, reflexões e crescimento pessoal e profissional. Este o cenário de ensino-aprendizagem que deseja-se encontrar na maioria das escolas de enfermagem.

A trajetória histórica dos cursos de graduação em enfermagem, no Brasil e do SUS, com suas transformações, conquistas e desafios, demonstra que já ocorreram muitos avanços, principalmente devido ao esforço coletivo. Todavia, ainda existem muitos objetivos a serem alcançados, sendo um deles a integralidade na assistência à saúde.

A formação para a integralidade do cuidado exige “revisitar o pensar e o fazer pedagógico, revelando as concepções de educação que determinam a práxis¹ educativa na enfermagem” (SILVA; SENA, 2006, p.489).

Uma pesquisa realizada na escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com docentes, estudantes e enfermeiros dos serviços, revela a intencionalidade de assumir a integralidade na formação do enfermeiro. Ela vem expressa pela busca da concretização das intenções de um processo pedagógico que supere a dicotomia existentes nos modelos tradicionais de ensino. Aponta-se,

¹ Consideramos Práxis como sendo o ato que emerge da interação entre a teoria e a prática, entre o pensar e o agir.

também, a “dissociação entre o aprender e o fazer como uma questão determinante na concepção pedagógica”, evidenciada pelas dicotomias entre teoria e prática, ensinar e cuidar e pela organização da estrutura institucional separada por departamentos (SILVA, 2005, p. 110).

Um estudo realizado com 12 estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, sobre a formação do enfermeiro acerca dos princípios do SUS, revela que o modelo de formação ainda está enraizado no modelo biomédico, que percebe o corpo humano constituído por partes, comparado a uma máquina, onde a doença é o desequilíbrio entre os elementos deste corpo. Isto, evidencia, o descompasso na formação do enfermeiro com a legislação vigente que preconiza a reorientação da formação para que venha ao encontro das políticas públicas de saúde. Identifica, também, o referido estudo, que as discussões sobre os princípios do SUS ainda são restritas há alguns semestres e docentes, refletindo a possível desintegração do currículo e reforçando que é preciso construir projeto político pedagógico que contemple as inquietações e angustias dos alunos e professores (MULLER, 2002).

É necessário estruturar, nos modelos de ensino, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto que precisa ser construído durante toda a formação. Para Silva; Sena (2006), superar estes desafios, implica rever os conteúdos e programas desenvolvidos nos cursos de graduação, os quais têm se mostrado insuficientes e/ou desarticulados com as práticas integrais.

A escolha de modelos curriculares e de metodologias ativas deverão proporcionar mudanças nas universidades, tanto para professores, que precisam rever seu papel no processo de formação, como para os alunos, que terão que construir uma nova postura frente ao processo de formação, assim como a própria instituição, que terá que firmar novas parcerias em um ensino contextualizado e rever sua estrutura organizacional, tudo para atender a um ensino mais flexível (CHIRELLI; ARGENTON; RODRIGUEZ, 2008).

Outro fator a ser considerado no processo de formação, é a construção de conceitos e modelos no campo da integralidade. É necessário avançar, partindo do que fazer, na direção de como está sendo feito, buscando-se estratégias que consolidem práticas de saúde integrais. Dentro deste contexto, o processo de formação deve buscar a integralidade como estratégia fundamental para o resgate da dimensão cuidadora em saúde e apontar na direção da valorização da criação de espaços "agradáveis" de ensino/aprendizagem (KOIFMANN; MARINS, 2005).

Aplicar a integralidade, em todos os seus sentidos, deve ser um exercício coletivo dos envolvidos no processo de produção de saúde (gestores, profissionais, acadêmicos, docentes, usuários). Algumas premissas, responsáveis pelo favorecimento do alcance da integralidade em sua totalidade, constituem-se no exercício de conhecer a integralidade além de um princípio doutrinário, mudar a postura hegemônica que ainda predomina nos profissionais, exercer o diálogo entre os atores), (re)construir conceitos, fomentar mudanças na práxis. Trata-se de um processo moroso que demanda grande esforço de todos. No entanto, não é obstáculo intransponível, haja vista os avanços ocorridos no Sistema de Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

No presente capítulo, denominado revisão de literatura, optou-se por apresentar a produção científica encontrada em periódicos, na modalidade de manuscrito. A pesquisa efetuou-se nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE e na BVS Integralidade, utilizando os seguintes descritores: currículo, ensino superior, educação em enfermagem, enfermagem, assistência integral a saúde. Esta revisão procurou identificar a produção científica, a respeito da integralidade no cuidado à saúde, no período de 1999 a 2009, o que permite conhecer como a temática vem sendo abordada no processo de formação do enfermeiro.

A revisão de literatura apresentou-se no formato de manuscrito intitulado “Integralidade na atenção à saúde e na formação do enfermeiro: análise da literatura”, texto esse, elaborado nas normas da Revista Eletrônica de Enfermagem (Anexo A).

Integralidade na atenção à saúde e na formação do enfermeiro: análise da literatura

Integrity in health care in nursing education: literature review

Integralidad en la atención de salud en la educación de enfermería:revisión de la literatura

Margarete Maria de Lima¹
Kenya Schmidt Reibnitz²

RESUMO

A integralidade vem sendo construída coletivamente no cotidiano das práticas de saúde, das políticas públicas e especificamente na formação dos profissionais de saúde por meio, principalmente, das mudanças nas estruturas curriculares e pedagógicas dos cursos de graduação em saúde. Neste contexto, o presente estudo visou traçar o perfil das produções científicas, que abordam o princípio da integralidade no processo de formação do enfermeiro, e verificar as fragilidade e potencialidades da aplicação do mencionado princípio no processo de formação. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, por meio de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE e na BVS. A amostra final foi composta por nove artigos brasileiros. Conclui-se, por meio destes estudos, que existem muitas lacunas na formação acadêmica, fator que dificulta a aplicação da integralidade durante este processo, e produz impacto nas práticas destes futuros profissionais de saúde, que muitas vezes não conseguem compreender e/ou definir a integralidade do cuidado.

Descritores: assistência integral a saúde, enfermagem, ensino superior.

ABSTRACT

The integrality has been constructed collectively in the daily practice of health, public policies and specifically on training of health professionals, mainly through changes in curriculum structures and teaching of undergraduate courses in health. In this context, this study aims to outline the profile of scientific studies that address the principle of integrality in the process of nursing education and to verify the fragilities and potentialities applications of the principle of integrality in the training process. This is an exploratory descriptive research through a literature review in the databases LILACS, BDENF, MEDLINE and

BVS. The final sample was composed of nine Brazilian papers. It was concluded from these studies that there are many gaps in academic formation, which hampers the application of the integrality during this process, impacting on the practices of these future health professionals, who often cannot comprehend and/or determine an integrality care.

Keywords: Comprehensive Health Care, nursing, Education, Higher

RESUMEN

La integralidad se construye colectivamente en la práctica diaria de salud, las políticas públicas y, específicamente, en la formación de profesionales de la salud, principalmente, a través de cambios en las estructuras curriculares y pedagógicas de los cursos de pregrado en salud. En ese contexto, el presente estudio tiene como objetivo trazar el perfil de los estudios científicos que abordan la integralidad en el proceso de formación del enfermero y verificar las fragilidades y potencialidades de la aplicación de ese principio en el proceso de formación. Se trata de una investigación descriptiva exploratoria a través de una revisión bibliográfica en las bases de datos LILACS, BDNF, MEDLINE y BVS. La muestra final estuvo compuesta por nueve artículos brasileños. A partir de esos estudios se concluye que existen muchos vacíos en la formación académica que obstaculizan la aplicación de la integralidad durante este proceso, que repercuten en las prácticas de estos futuros profesionales de la salud, que a menudo no pueden comprender y/o definir la integralidad del cuidado.

Palabras clave: Atención Integral de Salud, enfermería, educación superior

INTRODUÇÃO

Durante os vinte anos de criação do sistema de saúde do Brasil, a integralidade vem sendo construída, coletivamente, no cotidiano da prática de saúde, das políticas públicas e, especificamente, na formação dos profissionais de saúde. É um princípio considerado abstrato, devido a sua complexidade e dimensão teórico-filosófica.

No campo de formação dos profissionais da saúde, a discussão acerca da integralidade torna-se enriquecedora, promovendo reflexões sobre o perfil de profissionais que se deseja formar, reorientando a formação para o Sistema Único de Saúde (SUS), provocando consequentemente, mudanças nas estruturas curriculares e pedagógicas dos cursos de graduação.

A integralidade em saúde é um princípio do SUS que engloba um conjunto de atributos, como a recusa ao reducionismo, a objetivação dos sujeitos, requer abertura ao diálogo e à participação ativa dos atores envolvidos no processo de formação⁽¹⁾.

O princípio da integralidade constitui-se como eixo norteador da formação na área da saúde. Ele provoca discussões e reflexões sobre o perfil do profissional que se pretende formar.

Dentre as mudanças que são necessárias para que este princípio se consolide evidencia-se as quebras de paradigmas na concepção de saúde, a necessidade de integração entre serviços e universidades que objetivem reorientar os cursos para uma aproximação com a realidade, bem como estrutura curricular, docentes e conteúdos que contemplem práticas pedagógicas dinâmicas, que integrem acadêmicos e os reconheçam como sujeitos ativos no processo de ensino aprendizagem⁽²⁾.

Atualmente, no Brasil, existem experiências de currículos alternativos e práticas pedagógicas inovadoras, mas cabe a reflexão de que, da mesma forma que “só se ensina e só se aprende a cuidar cuidando, só se ensina integralidade exercendo-a”⁽³⁾. Aliada à reflexão sobre o currículo e técnicas pedagógicas, deve-se ampliar o olhar para examinar, de forma minuciosamente, as práticas realizadas, visando identificar, no cotidiano, os sinais da integralidade que se deseja.

Embora se tenha avançado no processo de formação do enfermeiro, que busque preparar este profissional com perfil que atenda as demandas do SUS, ainda existem muitas lacunas na formação para suprir as necessidades do campo profissional.

Em razão disto, busca-se, neste trabalho, realizar um panorama das produções científicas sobre a integralidade do cuidado na saúde, com enfoque na formação acadêmica do enfermeiro, considerando que este princípio deve ser aplicado durante todo o processo de formação do enfermeiro. Para tanto apresentamos os seguintes objetivos:

- Traçar o perfil das produções científicas que abordem o princípio da integralidade no processo de formação do enfermeiro no Brasil.
- Verificar as fragilidades e potencialidades da aplicação do princípio da integralidade no processo de formação, a partir das produções científicas existentes.

METODOLOGIA

Como escopo de atingir os objetivos deste estudo, realizou-se uma revisão integrativa de literatura apresentada por Mendes, Silveira e Galvão, a qual contendo as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa, seleção dos critérios de inclusão e exclusão, categorização dos estudos (ficha bibliométrica), análise dos dados; interpretação dos dados e apresentação da revisão⁽⁴⁾. A questão norteadora, responsável por guiar a revisão, revelou-se na seguinte indagação: o que tem sido publicado sobre o princípio da integralidade na formação acadêmica do enfermeiro no Brasil?

O levantamento bibliográfico efetivou-se nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), BDEFN (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) e na BVS Integralidade, que se trata de uma base temática específica sobre integralidade em saúde.

Para o levantamento dos artigos utilizaram-se os descritores: currículo, ensino superior, educação em enfermagem, enfermagem, assistência integral a saúde. Ainda, embora integralidade não seja descritor, empregou-se o termo na busca, visando encontrar uma quantidade maior de artigos que abordassem o tema. Realizou-se o agrupamento das seguintes palavras: integralidade e currículo; integralidade e ensino superior; integralidade e educação em enfermagem; integralidade e enfermagem; integralidade e assistência integral a saúde; assistência integral a saúde e currículo; assistência integral a saúde e ensino superior; assistência integral a saúde e enfermagem; assistência integral a saúde e educação em enfermagem.

A amostra foi selecionada mediante os seguintes critérios de inclusão: artigos completos, publicados em periódicos brasileiros nos idiomas português e espanhol, no período de 1999 a 2009; artigos que abordam a integralidade no cuidado à saúde, com enfoque na formação do enfermeiro, e artigos que apresentam a aplicação da integralidade, potencialidades e fragilidades de sua aplicação.

Utilizaram-se como critérios de exclusão, artigos que abordam a integralidade com enfoque na assistência não relacionando com a formação; os artigos que focalizam a integralidade na formação de outros profissionais da área da saúde e não contemplaram o enfermeiro.

A amostra inicial foi composta por 24 artigos. Mediante leitura dos títulos e resumos das publicações e análise quanto aos critérios de inclusão e exclusão do estudo, foram excluídos 15 artigos, totalizando uma amostra final de 9 artigos. Os dados foram distribuídos em fichas bibliográficas, na forma de planilha, contendo os seguintes tópicos:

titulação dos autores, periódico de publicação, modalidade do artigo, objetivo, sujeitos, técnica de coleta de dados, conceito de integralidade, aplicação, fragilidade e potencialidades para aplicação da integralidade.

A análise de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira foram identificados os dados de localização dos artigos: título, autoria, ano de publicação, periódico, objetivo e metodologia. Na segunda etapa, a análise dos artigos deu-se por meio de similaridade de conteúdo, visando identificar as potencialidades e fragilidades para aplicação da integralidade

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os nove estudos analisados estão listados na Tabela 1, caracterizados pelo título, nome do periódico, ano de publicação, área principal do estudo e instituição de origem. Esta tabela indica a predominância (67%) de artigos publicados em periódicos de nível internacional (Qualis/CAPES – B1 e A2). Os anos de maior publicação foram 2006 e 2007 (67%), sendo que inexistem trabalhos publicados até o ano 2005 sobre o tema do presente estudo. A área de Enfermagem dispõe de maior número de publicações (7), seguida de medicina e odontologia (1) cada. Quanto à instituição do autor principal, percebeu-se uma predominância de trabalhos derivados de universidades públicas.

Tabela 1: Títulos dos artigos selecionados, periódico, ano, área/local de publicação, Florianópolis, 2010.

Título do artigo	Periódico	Ano	Área/Instituição do autor principal
1. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo	Acta Paulista Enfermagem	2009	Odontologia Universidade Federal de Santa Catarina
2. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2008	Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
3. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à	Ciência & Saúde Coletiva	2008	Enfermagem

saúde da mulher na rede básica				Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
4. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade	Revista Baiana Saúde Pública	2007	Medicina	Escola Estadual de Saúde Pública-SESAB
5. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área	Revista Eletrônica de Enfermagem	2007	Enfermagem	Universidade Federal de Pelotas
6. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual	Ciência & Saúde Coletiva	2007	Enfermagem	Universidade de Fortaleza - UNIFOR
7. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado	Revista Brasileira de Enfermagem	2006	Enfermagem	Universidade Federal de Minas Gerais - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
8. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência.	Revista Eletrônica de Enfermagem	2006	Enfermagem	Universidade Católica de Goiás
9. Uma breve reflexão sobre a integralidade	Revista Brasileira de Enfermagem	2006	Enfermagem	Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Observou-se com a referente pesquisa, que poucas universidades estão produzindo conhecimentos relacionados à integralidade, evidenciadas pela escassez de estudos que abordam o tema no processo de formação do enfermeiro. Para que este princípio se consolide, torna-se necessário que as instituições se comprometam com sua efetivação na

prática, seja no cuidado em saúde, como também no processo de ensino-aprendizagem. Deste modo, as instituições, de acordo com Merhy⁽⁵⁾ devem estimular mudanças que favoreçam a formação do enfermeiro com relevância social, com olhares voltados às necessidades de saúde da comunidade, tendo como eixo norteador a construção do SUS. Devem ser capazes de produzirem conhecimentos e mudanças na realidade de saúde e impacto na qualificação dos profissionais de saúde. As mudanças almejadas somente poderão ser alcançadas se houver políticas articuladas entre educação e saúde.

Verificou-se que, embora algumas publicações não apresentam, claramente, em seu objetivo, a integralidade focada na formação acadêmica do enfermeiro, trazem subsídios no decorrer destes para discussão do princípio da integralidade na formação. A tabela 2 apresenta a modalidade e objetivos dos artigos encontrados:

Tabela 2: Modalidade e objetivos dos artigos selecionados, Florianópolis, 2010.

Nº	Modalidade do artigo	Objetivo
1	Artigo de revisão	Apresentar a literatura sobre a desarticulação entre a formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo para o SUS e a pertinência do marco teórico de Paulo Freire como modelo pedagógico universitário em saúde, para a superação desta desarticulação.
2	Artigo original	Compreender a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado
3	Artigo original	Conhecer as representações sociais das enfermeiras sobre a assistência prestada à mulher na rede básica de saúde
4	Artigo original	Discutir a integralidade como eixo norteador na formação de profissionais de saúde.
5	Artigo de revisão	Conhecer diferentes concepções trazidas em parte da literatura da área da saúde acerca do conceito de integralidade, que vem fundamentando o saber e o fazer no contexto de cuidados à saúde coletiva.
6	Artigo reflexão	Refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde.
7	Artigo original	Compreender a orientação da formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado na saúde.
8	Artigo original	Conhecer os significados sobre a integralidade por enfermeiros de Unidades de Saúde da cidade de Goiânia, Goiás.
9	Artigo original	Investigar o conhecimento dos profissionais enfermeiros acerca da Integralidade em Saúde, de maneira a refletir sobre a interface deste princípio nas relações de trabalho

Entre os trabalhos encontrados, cinco não especificam a integralidade na formação do enfermeiro no objetivo do artigo, no

entanto, no decorrer dos textos, os autores dos artigos em estudo abordam o tema em questão, apontando sugestões, como apresentado abaixo:

“(...) a prática da integralidade deveria ser instituída nas academias, onde a apreensão de termos como vínculo, acolhimento, afetividade e respeito estariam presentes na relação professor–aluno–departamento, facilitando assim, a internalização da integralidade por parte dos alunos e conseqüente reflexão da mesma em suas futuras relações profissionais”(artigo 8).

“Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo”(artigo 6).

As publicações que abordam claramente a integralidade na formação do enfermeiro representam quatro estudos. Nestes observou-se uma grande preocupação referente à orientação da formação do enfermeiro sobre o eixo da integralidade e sobre a desarticulação na formação com os princípios do SUS.

Assim, os artigos selecionados relatam a construção da integralidade do cuidado no processo de formação, as percepções do enfermeiro sobre este princípio para uma prática assistencial de qualidade e a reflexão sobre a integralidade a partir do resgate da produção científica na área.

Uma política para as mudanças no processo de formação do enfermeiro atreladas aos princípios do SUS, precisam necessariamente ir para além das declarações de intenção e da existência de propostas formais e estruturais. Requer a capacidade de instigar o pensamento crítico e o compromisso de todos os atores envolvidos, docentes, estudantes, gestores, usuários e profissionais dos serviços, além da oferta de possibilidades de interferências reais no contexto da formação. Para que isto ocorra alguns elementos devem ser levados em conta para garantir o perfil de competências profissionais necessárias para a consolidação do SUS⁽⁶⁾.

Ainda segundo os mesmo autores, o compromisso de conferir aos profissionais potencialidades para abordagem integral à saúde das pessoas, caminha concomitantemente com compromissos e pressupostos relacionados ao processo de construção da aprendizagem e com o papel desempenhado pelos atores do cenário da formação. Além desses

compromissos existem também os direcionados ao modo de como é vista a instituição educacional, seu papel, seus interlocutores, seus desafios tanto institucionais como interinstitucionais, enfim sobre tudo que diz respeito às práticas de ensino, de saúde e propostas relativas à produção de conhecimentos⁽⁶⁾.

Ao analisar a metodologia dos artigos selecionados, verificou-se um predomínio da abordagem qualitativa, tendo como sujeitos de pesquisas diversos atores que tem potencial para aplicar o princípio da integralidade, tais como: enfermeiros, estudantes e docentes. A pesquisa qualitativa permite respostas a questões muito peculiares, o pesquisador não busca estudar o fenômeno propriamente dito, mas o significado que ele tem para a vida das pessoas⁽⁷⁻⁸⁾. Quanto à técnica de coleta de dados utilizadas nos estudos observou-se que se basearam em entrevistas e questionário, consultas a documentos específicos e pesquisa bibliográfica. A tabela 3 apresenta um perfil destes aspectos nas publicações.

Tabela 3: Metodologia, amostra e coleta de dados dos artigos, Florianópolis, 2010.

Abordagem Metodológica	Participantes	Técnica de coleta de dados
1 qualitativa	Documentos	Análise da literatura artigos, documentos oficiais, dissertações, teses de saúde coletiva
2 qualitativa	Docentes, estudantes e enfermeiros de serviços	Entrevistas
3 qualitativa	Enfermeiros	Entrevistas
4 qualitativa	Técnicos da instituição	Revisão bibliográfica + discussão coletiva
5 revisão narrativa	Base de dados LILACS	Levantamento da literatura publicada na forma de periódicos no período de 1991 a 2006
6 reflexão teórica	Literatura	Não se aplica
7 qualitativa	Estudantes, docentes, enfermeiros supervisores	Entrevistas e análise de documentos
8 qualitativa	Enfermeiras	Entrevistas semi-estruturada, gravadas
9 qualitativa	Enfermeiros	Questionário

Quanto à aplicação, potencialidades e fragilidades na implantação do princípio da integralidade, os artigos foram classificados de acordo com os seguintes eixos temáticos: integralidade e a formação acadêmica

dos profissionais de saúde (4 artigos), integralidade do cuidado nas práticas dos profissionais de saúde e no processo de formação do enfermeiro (5 artigos).

A integralidade e a formação dos profissionais de saúde

Neste eixo temático, abordou-se a aplicação da integralidade, focada diretamente na formação do enfermeiro, sendo selecionados quatro estudos que trazem claramente a discussão do princípio da integralidade para o processo de formação.

Um deles enfatiza que a aplicação da integralidade perpassa o processo de formação, sendo este um pressuposto que precisa ser construído desde o início da formação. Este estudo traz como potencialidade para aplicação do conceito da integralidade, que o processo de mudanças curriculares está sendo vivenciado, favorecendo discussões no que se refere a estas mudanças e reflexões sobre a integralidade. No entanto, conclui que a integralidade ainda não é eixo estratégico destas mudanças⁽⁹⁾.

Outro estudo aborda a aplicação da integralidade nas políticas públicas de saúde, no atendimento dos profissionais e na formação destes. Apresenta como potencialidade, para aplicação da integralidade, a prática em saúde, entendida como um espaço de construção de novas teorias; a valorização do conhecimento que é produzido cotidianamente nas unidades de saúde, articulando-o com o que é criado na universidade, sendo um passo fundamental para adequada formação de profissionais para o SUS. Conclui, o referido estudo, que a transformação no processo de formação dos profissionais de saúde tem sido um dos fatores propulsores da aplicação do princípio da integralidade⁽¹⁰⁾.

Em um artigo, é enfatizado que a aplicação da integralidade deve iniciar-se no processo de formação dos profissionais de saúde, ressaltando, como potencialidade da integralidade, que a formação dos profissionais deve ser diferenciada da tradicional, de forma a estimular a integração entre os profissionais e usuários do SUS⁽¹¹⁾.

A abordagem da aplicação da integralidade está direcionada à formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado, potencializando que esta formação apresenta uma trajetória de mudança que sinaliza a construção da integralidade do cuidado na saúde, revelando a superação entre os enfoques individuais e coletivos para a possibilidade de se considerar a (inter)subjetividade nas práticas em saúde. Reforça também a importância da escuta, da criação de vínculos e

valorização das subjetividades, da singularidade, das relações afetivas e espiritualidade⁽¹²⁾.

Quanto às fragilidades para a aplicação do princípio da integralidade, observou-se nas produções analisadas, que existem lacunas na formação em relação aos princípios do SUS, como fragmentação entre teoria e prática de enfermagem; desarticulação entre a formação acadêmica e as necessidades do SUS, muitas vezes desarticuladas do novo contexto de saúde do país; dificuldade na superação do modelo tradicional de saúde; falta de reorientação para visão crítica, pautando-se ainda em técnicas; necessidade de reflexão dos papéis de docente e discente no processo de formação⁽¹¹⁾; conteúdos e programas dos cursos de graduação insuficientes e/ou desarticulados com a prática integral. Dicotomia entre o assistir e o ensinar, entre a abordagem clínica e a social, entre gerencia e assistência⁽⁹⁾.

Ainda, no que tange às fragilidades apresentadas nos estudos, o processo de ensino-aprendizagem dos profissionais deveria ser orientado para formar profissionais para o SUS. Contudo, tem se mostrado alheia à necessidade de se promover uma educação baseada nos seus princípios e diretrizes, perpetuando o modelo hegemônico de formação^(10,12).

Há pouca problematização sobre o princípio da integralidade. O trabalho em saúde ainda está sustentado em um modelo que prima pela atenção curativista, centrada na doença, reforçando a medicalização e atendimento aos sintomas biológicos, características não coerente com o objetivo e a finalidade do trabalho na perspectiva da integralidade^(10,12).

A formação, tendo como foco a integralidade, exige “revisitar o pensar e o fazer pedagógico, revelando as concepções de educação que determinam a práxis educativa na enfermagem”^(13,93). Ao mesmo tempo, é preciso construir práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto que precisa ser construído durante toda a formação. O processo⁽¹⁴⁾ de formação deve buscar a integralidade como estratégia fundamental para o resgate da dimensão cuidadora em saúde, apontando na direção da valorização da criação de espaços "agradáveis" de ensino/aprendizagem.

Mesmo ocorrendo esta precupação relacionada à formação dos profissionais para os princípios do SUS, é preciso estimular, também, a reflexão crítica dos docentes, profissionais de serviços e estudantes que estão inseridos no contexto de formação, valorizando o conhecimento produzido nas unidades de saúde e articulando-o com o que é criado na universidade. Conhecer realidades e, a partir delas, elaborar sínteses críticas, questionar, criar e agregar conhecimentos e experiências para atuar nas propostas de mudanças⁽¹²⁾.

Torna-se necessário que a formação em saúde seja diferenciada da tradicional, que favoreça a articulação entre os diversos atores que atuam no cenário da saúde, e que permita a abertura para diálogo entre as diferentes disciplinas e com os usuários do sistema, condição primordial para a integralidade do cuidado.

A abordagem da integralidade na formação requer a compreensão do processo de formação como um processo dinâmico e criativo, que envolve todos os sujeitos deste contexto, docentes, estudantes, profissionais de serviço e comunidade. Deve ser permeado pelo diálogo, que é “condição primeira para essa construção. O diálogo pressupõe uma atitude de abertura, de compartilhamento, de troca de experiências, vivências, sentimentos, pensamentos. Dialogar pressupõe estabelecer relações, fazer perguntas, buscar respostas”^(15:27).

A integralidade do cuidado nas práticas dos profissionais e seus reflexos na formação do enfermeiro

Neste eixo temático, abordou-se a integralidade na prática do cuidado individual e coletivo com reflexões sobre a formação do enfermeiro.

No estudo, enfocou-se a integralidade aplicada no atendimento individual e coletivo dos profissionais de saúde e na academia, considerando como potencialidade para aplicação deste princípio a formação acadêmica. Desta maneira apresenta a importância da contribuição da formação, defende que a existência de um ensino, não reducionista e menos fragmentado, proporciona cada vez mais a formação de profissionais com capacidade de perceber as necessidades de seus pacientes de modo mais integral⁽¹⁶⁾.

Outra publicação propõe que a aplicação da integralidade deve ocorrer no cotidiano dos enfermeiros e outros profissionais, em cada atendimento prestado, visando-o de forma qualificado que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores. Abordou-se, como potencialidade, a atuação dos enfermeiros, que tentam aplicar a integralidade no dia-a-dia de trabalho mesmo com dificuldades. A aplicação do princípio da integralidade pode contribuir para garantir a qualidade e resolutividade da atenção à saúde e favorecer os diversos níveis de atenção, de cuidado e de relação de acolhimento entre profissional de saúde e usuário⁽¹⁷⁾.

Um estudo apresenta a integralidade aplicada nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, tendo por base a humanização, a problematização, a interlocução de saberes e práticas, as relações dialógicas e interpessoais na reorganização dos serviços,

processos de trabalho e na constituição de políticas públicas. Traz, como potencialidade, a integralidade como eixo norteador da necessidade de mudança na formação profissional. Enfatiza, também, que a constituição de política intersetorial para a formação em saúde é um avanço na consideração da integralidade como princípio orientador nos diversos níveis de complexidade e de especificidades técnicas, teóricas e instrumentais⁽¹⁸⁾.

A aplicação da integralidade é remetida a profissionais da área da saúde, docentes, gestores e usuários/pacientes co-responsáveis pela produção da saúde. Em suas potencialidades, para aplicação da integralidade, está a formação contínua dos profissionais, estabelecimento de estratégias que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade, a saúde percebida a nível individual e coletivo. Engloba, ainda, o repensar no modo como se estruturam os processos de formação dos profissionais de saúde, a dinâmica como se organizam e operam, necessitando de estratégias de mudanças, nos conteúdos, nas práticas pedagógicas e nos cenários de aprendizagem, independente do estágio de suas transformações⁽¹⁹⁾.

Tais modificações no processo de ensino-aprendizagem consolidam o princípio da integralidade, visto que orientam o desenvolvimento do futuro profissional para a escuta atenta, a fim de compreender e, a partir destas premissas, atenderem às necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção à saúde.

O último estudo desta categoria abordou a aplicação da integralidade no atendimento à mulher na rede básica de saúde. Apresentou, como potencialidades, a reformulação dos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, em consonância com as Leis de Diretrizes e Bases da Educação (Lei 9394/96), conduzindo as universidades a elaborar projetos políticos pedagógicos e adaptá-los a sua realidade, no sentido de minimizar os problemas referentes à formação acadêmica desses profissionais e consolidar o SUS. Este processo pode apresentar resultados apenas a longo prazo. As autoras sinalizam alguns itens que são importantes para que ocorra mudança do modelo assistencial, tais como: atualização constante dos profissionais, com enfoque qualitativo e ampliado dos fatores que afetam a saúde da mulher, utilização de metodologias e práticas de educação popular que primem pela resolução de problemas⁽²⁰⁾.

Outras fragilidade encontradas nestas publicações referem-se à dificuldade de perceber a integralidade como prioridade na gestão e funcionamento dos serviços de saúde, como também, a dominância das

ações clínicas individuais e burocráticas exigidas dentro das unidades de saúde. Além disso, encontrou-se nos estudos as recomendações para não dicotomizar a atenção coletiva da individual, as doenças e adoecimentos da vigilância em saúde, não fragmentação dos diversos grupos de trabalhos, vencer o despreparo técnico para exercer a prática de modo articulado aos princípios do SUS⁽¹⁶⁾.

Os artigos comentados apresentam, como fragilidades para aplicação do princípio da integralidade: o despreparo da enfermeira para lidar com a subjetividade do outro, e estabelecer uma interação satisfatória com o usuário do sistema de saúde; poucos investimentos na capacitação de recursos humanos; desinteresse de algumas enfermeiras manterem-se atualizadas nos campos de conhecimentos. Constatou-se, ainda, que nas faculdades de enfermagem há a predominância do ensino fragmentado e reducionista, sendo a discussão da integralidade na formação acadêmica pouco problematizada, não contemplando os diferentes olhares de promoção à saúde direcionada a integralidade^(16,19,15,17,20).

CONSIDERAÇÕES

A integralidade é um princípio que deve ser estabelecido durante o processo de formação, através da reflexão coletiva sobre o pensar e o agir pedagógico, construindo práticas pedagógicas que favoreçam a compreensão da integralidade não somente enquanto um princípio norteador do SUS, mas com uma visão ampliada do ser humano em todos os níveis de complexidade do sistema.

A discussão a respeito da aplicação do princípio da integralidade no processo de formação é relevante para a área da enfermagem, tendo em vista que possibilita reflexões acerca do processo de formação do enfermeiro e as potencialidades e fragilidades encontradas para aplicação deste princípio. Observou-se através destes estudos, que ainda existem muitas lacunas na formação acadêmica, o que dificulta a aplicação da integralidade durante este processo, impactando nas práticas destes futuros profissionais de saúde, que muitas vezes não conseguem compreender e/ou definir a integralidade do cuidado.

É preciso considerar também os avanços proporcionados pelos debates que têm ocorrido nas instituições de ensino, no intuito de re (adequar) a formação dos profissionais em consonância com os princípios do SUS, favorecendo a qualificação profissional para ouvir, compreender e atender as demandas das necessidades dos sujeitos que procuram os serviços de saúde.

Os resultados apontam que existe carência de literatura sobre a aplicação do princípio da integralidade na formação do enfermeiro e dos demais profissionais da saúde, necessitando-se que mais estudos sejam desenvolvidos, pois consideramos que a partir de mudanças no processo de formação, tenhamos futuramente profissionais capacitados a atender as demandas de saúde do país, que considerem a subjetividade dos sujeitos. Dessa forma, conclui-se que, aplicar o princípio da integralidade na relação-professor aluno, implica em buscar novas possibilidades pedagógicas que favoreçam esta aplicação durante a formação, uma vez que ninguém é capaz de desenvolver aquilo que não foi capaz de desenvolver em si mesmo.

REFERÊNCIAS

- 1 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ;2001. p. 39-64.
- 2 Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. Interface (Botucatu), 2008;12(24):125-140.
- 3 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5):1411-1416.
- 4 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008; Out-Dez; 17(4): 758-64.
- 5 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 6 Ceccim, RB, Feuerwerker, LC.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública [online]. 2004; 20(5):1400-1410.
- 7 Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- 8 Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005;39(31): 507-14.
- 9 Silva KLS, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. Rev. Bras. Enferm.2006; 59(4):488-491.
- 10 Araújo D, Miranda MCG, Brasil S. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. Rev.Baiana de Saúde

Públ.2007;31 Suppl 1:20-31.

11 Moreti-Pires OR, Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(4):439:44.

12 Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev. esc. Enferm. USP.* 2008; 42(1):48-56.

13 Silva KL. Movimento de mudança na educação de enfermagem: construindo a integralidade do cuidado na saúde. [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/UFMG; 2005. 117p

14 Oliveira GS, Koifman L, Marins JNM. A busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem: o direcionamento do curso de Medicina da UFF. In: Pinheiro R, Mattos RA.Orgs. Cuidado as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2006. p.143-164.

15 Reibnitz KS, Prado ML. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. *Texto Contexto Enferm.* 2003;12(1):26-33.

16 Pinho IC, Siqueita JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Rev. Eletr. Enf.* [on-line]. 2006 [citado em 15 de mar 2010]; 8(1):42-51. Disponível em: URL:http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm.

17 Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(4): 532-7.

18 Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2007 [cited 2009 dez 10];9(3):835–846. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>

19 Machado MFAS.; Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007;12(2):335-342.

20 Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(1):61-70

4 SUPORTE TEÓRICO

O referencial teórico de uma pesquisa “está para o pesquisador como o mapa está para um viajante no lugar desconhecido”. Ocupa espaço de destaque na pesquisa, estabelece interligações entre as propostas do referencial e ao problema de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 49).

A fundamentação teórica aqui apresentada, busca integrar e dar sentido ao processo desta pesquisa, com base nos pressupostos e nos conceitos apresentados no decorrer deste capítulo a partir dos sentidos atribuídos a integralidade em saúde como princípio do SUS e por Mattos e Pinheiro nos estudos do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Além disso, relaciona os princípios pedagógicos de educador Paulo Freire com a preocupação em promover um processo de conscientização da prática de enfermagem.

4.1 A INTEGRALIDADE E SEUS SENTIDOS COMO EIXO NA FORMAÇÃO

Como citado anteriormente, utilizei como referencial teórico os sentidos atribuídos à integralidade em saúde adotado por Mattos e Pinheiro nos estudos do LAPPIS.

A integralidade destina-se a “conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço” (PINHEIRO, 2008, p. 159). As origens da integralidade remontam ao movimento da reforma sanitária brasileira, década de 1970 e 1980, momento este, marcado por diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas voltadas à atenção aos usuários (PINHEIRO, 2008).

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS defendida constitucionalmente. “Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas” (MATTOS, 2001, p. 41). Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. Parte de um pensamento crítico, que se recusa a aceitar reduzir a realidade ao que ela é, que se indigna com algumas características existentes e deseja superá-las. Uma imagem

objetivo não diz, de imediato, como a realidade deve ser, ela traz inúmeras possibilidades de realidades futuras, sendo por isso polissêmica, ou seja, possui vários sentidos (MATTOS, 2001).

Mattos (2001) apresenta uma reflexão tendo, como ponto de partida, alguns dos significados do termo integralidade. Assim, sistematizou três conjuntos de sentidos para a integralidade, sendo eles: a integralidade como um traço da boa prática em saúde, a integralidade sobre o modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais aos problemas específicos de saúde.

No conjunto de sentidos de integralidade como uma característica de boas práticas em saúde, a integralidade é defendida como um valor a ser sustentado e defendido, que se expressa na forma como estes profissionais respondem aos sujeitos que os procuram em seu cotidiano do trabalho. A atitude dos profissionais diante de um usuário que procura o serviço por determinado sofrimento, que além disso aproveita para verificar fatores de riscos ou doenças que ainda não expressam sofrimento, demonstra um dos sentidos da integralidade. A busca por compreender as necessidades de ações e serviços de saúde deste usuário é a marca maior deste sentido, sendo este atributo de todos os profissionais de saúde. A postura profissional é fundamental para a aplicação da integralidade, e, em situações específicas, “só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho” (MATTOS, 2001, p. 51).

O segundo conjunto de sentidos da integralidade é percebido como modo de organizar as práticas, o que exigiria a horizontalização dos programas ministeriais que antes eram verticais, superando a fragmentação de atividades no interior das unidades de saúde. Os serviços devem estar organizados para atender as demandas da população, articulando demanda espontânea com demanda programada, aproveitando as oportunidades geradas por estas para aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, bem como o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade. A articulação das demandas, desde o serviço, expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de uma determinada população. É o diálogo, o ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda podem surgir (MATTOS, 2001).

A construção da integralidade nos serviços de saúde, sob a ótica da relação entre demanda e oferta, apresenta possibilidades e limites. No entanto, permite a identificação de elementos constitutivos com o propósito de reconstruí-los na relação/interação entre os atores em suas

práticas no cotidiano das instituições de saúde.

Acioli (2001, p. 165), defende que “não existem profissionais de saúde integrais ou serviços de saúde integrais, a forma como as pessoas vivem seus problemas é integral”. Para que as ações de saúde integrais concretizem-se, é necessário manter canais de comunicação entre serviços, profissionais e população. Portanto, os serviços devem estar organizados para dispor de tempo para a conversa e para a convivência, valorizando as experiências e práticas da população. No desenvolvimento de práticas de atenção à saúde integral torna-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, reconhecendo-se o saber prático e as possibilidades de articulação entre este saber e o saber dos profissionais e planejadores da área da saúde.

O terceiro conjunto de sentidos da integralidade está relacionado a certas políticas específicas, desenhadas para dar respostas a determinado problema de saúde ou a problemas de saúde que afligem determinado grupo populacional. Um dos sentidos da integralidade aplicável a certas respostas governamentais a determinados problemas de saúde, configura-se em subjetivar as relações entre os sujeitos para os quais a política está direcionada, o que amplia os horizontes abordados pela política. Outro sentido da integralidade seria a expressa convicção de que cabe ao governo responder a determinados problemas de saúde, com respostas que incorporem possibilidades preventivas e assistenciais, envolvendo a intersetorialidade (MATTOS, 2001).

Ao considerar estes conjuntos de sentidos, a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e porventura uma afirmação da abertura ao diálogo” (MATTOS, 2001, p.61). Talvez isso só se realize quando se procura estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização de serviços, quer nas discussões sobre as políticas.

Esta definição reforça que a integralidade deve ser permeada pelo diálogo entre os atores envolvidos no contexto de saúde do país. O diálogo de maneira horizontal, onde a complementação do saber ganha espaço à sobreposição. O cliente que procura o serviço de saúde possui uma bagagem cultural, com seus valores, suas crenças e deseja receber cuidados que atendam as suas necessidades. O profissional precisa ter uma visão macro do cliente e do contexto, para analisar qual conduta atende às necessidades de maneira integral. Mattos (2004a, p. 1415), considera que “isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados”.

Pinheiro (2001) corrobora esta interação e considera que a integralidade no âmbito das políticas públicas de saúde é assumida como sendo:

Uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção a saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações dos serviços na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p. 65).

Na perspectiva da integralidade, não se pode deixar de levar em conta o significado que as recomendações de cunho preventivo podem ter no estilo de vida das pessoas. Ou seja, os projetos terapêuticos individuais, levam em conta, também, as ações voltadas para a prevenção, e não é produto da simples aplicação dos conhecimentos sobre a doença. Na perspectiva da integralidade, eles emergem do diálogo entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. A característica chave para a existência desse diálogo é a compreensão do contexto específico dos diferentes encontros. Compreensão que envolve, por parte dos profissionais, o esforço de selecionar num encontro os elementos importantes para a elaboração do projeto terapêutico, tanto os selecionados pelo profissional quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de suas expectativas, de seus temores e de seus desejos (MATTOS, 2004a).

O entendimento destes significados da integralidade em saúde deve ser inerente ao processo de formação dos profissionais de saúde. Nesta lógica, o Ministério da Saúde lançou uma política para o ensino superior – AprenderSUS, que contempla a integralidade como eixo para a formação dos cursos de graduação em saúde. Existem três argumentos que justificam essa opção política. São eles: os cursos precisam estar voltados para a formação de profissionais adequados ao sistema de saúde brasileiro; os egressos dos cursos devem ter práticas pautadas na integralidade, pois este é um princípio norteador do SUS; a integralidade reflete valores que caracterizam a boa prática dos profissionais de saúde, independente da área de atuação. Considerando estes argumentos, a integralidade seria, além do âmbito do SUS, um princípio desejável de todas as práticas de saúde (MATTOS, 2004b).

Ao analisar a possibilidade de formar profissionais para a integralidade, Mattos (2001, p. 92) faz a seguinte reflexão:

a integralidade exige profissionais capazes de compreender o significado do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção no modo de andar a vida. Isso talvez implique uma habilidade de situar o outro no contexto do modo de andar a vida da comunidade à qual pertence e no seu modo singular de andar a vida. [...] compreender o significado da nossa oferta de propostas terapêuticas no contexto mais específico de cada encontro com as pessoas. [...] exige profissionais que entrem em contato com os sujeitos com quem nos encontramos em nossas práticas de saúde.

Assumir a construção da integralidade em saúde durante o processo de formação “implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar”, rompendo com o saber formatado e descontextualizado (SILVA; SENA, 2008, p. 54). É preciso, também, estabelecer-se práticas de saúde que reconheçam que valores, crenças, determinantes políticos, econômicos e sociais interferem no processo saúde-doença e nos seres humanos. Ao mesmo tempo, faz-se necessária a construção de modelos de ensino e práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como pressuposto que deve ser construído durante a formação. Para que isto ocorra, a educação precisa ser integral e interdisciplinar, embasada em referenciais crítico-reflexivos, que permitam a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir direcionado ao ser humano na sua subjetividade (SILVA; SENA, 2008).

O processo de ensino-aprendizagem que ocorre durante a formação profissional, embasado num referencial crítico-reflexivo, deve estimular o discente e o docente a desenvolver a capacidade crítica e criativa, de forma a refletir sobre a realidade em que está inserido, propondo mudanças e transformações. Este processo deve ser coletivo, participativo e dinâmico, pois desta maneira haverá a problematização e a conscientização na busca da transformação.

Para Freire, quando o sujeito se envolve no ato de problematizar é muito difícil que este não se perceba comprometido com o processo que instaura. Na concepção da perspectiva problematizadora, a educação desafia a buscar a emersão das consciências para que ocorra a inserção crítica do sujeito na realidade, favorecendo a construção da consciência

reflexiva e politizada acerca dos fios que tecem a realidade social (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2008).

Segundo Freire (1987), a educação e o educador não podem fundamentar-se em uma compreensão de homens como seres vazios, e que o mundo nos enche de conteúdos. A formação de enfermagem pautada no eixo da integralidade corrobora com as idéias do autor, no momento em que considera o homem como um ser inconcluso, inacabado, sujeito de sua história e da educação, em permanente movimento na busca do ser mais. Um ser da práxis, que se traduz na ação-reflexão-ação do mundo, em constante transformação.

4.2 INTEGRALIDADE E A RELAÇÃO PEDAGÓGICA DE PAULO FREIRE

A integralidade, é dentre os princípios do SUS, o menos visível, devido a sua complexidade. Para alcançá-lo, são necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde. Na formação, a integralidade pode ser percebida “como um pensamento em ação, um processo de construção que envolve a si mesmo, o outro e os entornos, envolve conhecimentos formais e as sensações, considera também a construção e a transformação dos saberes e práticas” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 13).

Por acredita neste processo de transformação, e no homem como um ser da práxis, na busca por ser mais, adota-se os pensamentos de Paulo Freire para solidificar a construção do referencial teórico da integralidade na formação.

Paulo Freire construiu uma teoria de educação ancorada no diálogo entre educador e educando, onde todos participam e trazem experiências do seu mundo e contribuem com seus saberes. Sua teoria é utilizada até hoje em diferentes áreas de conhecimento. A enfermagem tem se apropriado de suas idéias e aplicado em seu processo de trabalho, seja na assistência, na administração e/ou na educação.

Um dos pressupostos de Freire (1987, p. 39) é que “ninguém educa ninguém e ninguém educa a si mesmo”. A educação não é imposta, é um ato coletivo e solidário, constituída por trocas entres pessoas e não o resultado do despejo do saber daquele que supõe possuir todo o saber sobre aquele que não possui nenhum. No processo de ensinar e aprender existe sempre educadores- educandos e educandos-

educadores.

Paulo Freire enfatiza que “ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos, na prática social de que nos tornamos parte” (FREIRE, 1999, p. 40). Não há vida na imobilidade, não há progresso na acomodação. O homem é um ser social e politicamente responsável, que não deve se adequar às estruturas sociais injustas.

Para Zitkoski, Redin, Streck (2008) a teoria de Freire é provocativa e instigante, pois está sempre em movimento, aberta às diferenças culturais e aos novos desafios frente às realidades sociais. Freire, além de propor que o diálogo é o caminho para a educação, construiu um pensamento profundamente dialógico. É autor central nas discussões teóricas e na inspiração de práticas inovadoras em relação às formas alternativas e criativas dos projetos pedagógicos que buscam a emancipação.

Freire nos ensinou a ler para além das palavras, ensinou a ler o mundo, e de que devemos buscar novas formas de expressá-lo, nas diferentes linguagens, sejam elas: a poesia, as artes dramáticas, a ciência e a tecnologia, a filosofia, o lúdico, a expressão corporal, a cidadania, a participação política e outras que manifestem “nossa vontade na busca de ser mais e construir um mundo mais humanizado” (ZITKOSKI; REDIN; STRECK, 2008, p. 26).

Esta busca nos remete à construção da integralidade no processo de formação em todos os seus sentidos. Exercitá-la é um ato coletivo, que tem como ponto de partida o diálogo entre os sujeitos para que juntos construam um mundo melhor, mais justo e mais igualitário, voltado às reais necessidades da população. Esta construção precisa ser semeada durante o processo de formação, estabelecendo-se uma relação dialógica entre docente-discente e discente-docente onde ambos percebam que a integralidade, como relação dialógica, perpassa todo o processo de formação.

Desta forma, o ato de aprender e ensinar faz parte da existência humana, assim como a criação e sentimentos de amor, ódio, medo, linguagem, fé, dúvida, curiosidade, ciência e a tecnologia. O diálogo deve permear o processo de ensinar e aprender como uma relação horizontal entre sujeitos. (FREIRE, 1999).

Conhecer a integralidade e seus sentidos, é premissa fundamental a qualidade da formação acadêmica. Esse conhecimento só é possível porque os homens, como diria Freire (1987), são seres da práxis, que se traduz em ação e reflexão do homem sobre o mundo, para transformá-lo. A práxis é fonte de conhecimento reflexivo e criativo.

O homem é um ser em procura de si e do mundo, inserido numa

busca constante “no processo de refazer o mundo, de dizer o mundo, de conhecer, de ensinar o aprendido e de aprender o ensinado, refazendo o aprendido, melhorando o ensinado” (FREIRE, 2001, p. 12). Esta capacidade de dizer ao mundo, na medida em que o transforma, é o que torna o homem ensinante e aprendiz. O homem é um ser inacabado, consciente de seu inacabamento, em permanente busca, questionador. É curioso em torno de si e de sua relação com o mundo e com os outros. Um ser histórico que sempre se preocupa com o amanhã, inserido num incessante processo de formação, permanente na vida do homem (FREIRE, 2001).

Mulheres e homens são os únicos seres que social e historicamente, tornam-se capazes de aprender. Por isso, são os únicos em que o aprender é uma aventura criativa. Aprender é construir, reconstruir, constatar para mudar ao longo de toda a vida. Isto não se faz sem correr riscos e aventurar-se.

Freire (1999) afirma que o papel do homem no mundo não é só constatar o que ocorre, mas também de quem intervém como sujeito de ocorrências. Constata-se criticamente para mudar, não somente para adaptar-se. Esta capacidade do homem o tornou capaz de intervir na realidade, tarefa esta complexa e geradora de novos saberes. O homem não é objeto da história, mas sujeito dela.

O livro *Pedagogia do Oprimido* (1987) traz uma reflexão de Freire sobre a relação professor e aluno enquanto “concepção bancária x concepção libertadora”, em que, na primeira, o professor deposita todo seu conhecimento e o aluno apenas armazena. O professor julga-se detentor de todo conhecimento e o aluno é o que não o possui. É uma educação que domestica, que prescreve. Na segunda, a pedagogia libertadora, o professor troca conhecimentos com os alunos e estes vão desenvolver sua capacidade de compreensão de realidade de seu mundo. Não há depósito ou transferências de conteúdos, há problematização dos alunos em sua relação com o mundo para transformá-lo. Os homens vão se percebendo, criticamente no e com o mundo, sentem-se inseridos no processo, não fora dele, como na educação bancária (FREIRE, 1987).

Fundamentada neste referencial, a educação se organiza e se constitui na visão do mundo dos educandos, desta maneira o conteúdo deve ser sempre renovado e ampliado, parte e nasce em diálogo com os educandos, refletindo seus anseios e esperanças.

Ao refletir sobre o processo de formação do enfermeiro, é fundamental considerar a realidade e fundamentar-se nela, como geradora dos processos de mudança e iluminadora dos caminhos a serem modificados e percorridos. Tal compreensão permite aos

discentes aprender, tendo como referência os problemas reais do seu contexto e da sociedade em geral. No processo educativo em saúde, atuar, considerando a realidade, objetivando a sua transformação pelos sujeitos que a constroem, implica vivenciar a realidade, constituída pelos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sempre na perspectiva da integralidade dos sujeitos e da atenção (SILVA; SENA, 2006). É na realidade que se busca os temas geradores das situações limites, e na superação destas, novas situações surgirão, instigando o homem na busca do ser mais (FREIRE, 1987).

Na concepção de Freire, uma prática educativa, uma metodologia de trabalho desenvolve-se de acordo com os contextos existentes. Em razão disso, acredita-se que as experiências não podem ser transplantadas, mas recriadas. Sendo assim, ao conhecer a realidade é possível aplicar um mesmo princípio de forma diferente (FREIRE, 2001).

Ao reportar-se sobre a polissemia do termo integralidade, é preciso considerar a realidade de cada contexto em que esta prática é refletida. Embora seja vista sobre ângulos diferentes, na formação, na gestão e na assistência confluem para uma mesma lógica: princípio norteador e organizador das práticas em saúde. Desta maneira, é possível compreender a diversidade de aplicação dos princípios da integralidade na atenção à saúde. Para Pinheiro e Mattos (2005), a diversidade de experiências empíricas e a pluralidade de visões teóricas e metodológicas perpassam os diversos espaços de discussões, onde cada experiência contribui para a construção de formas alternativas de agir e compreender a integralidade, contribuindo para a ampliação do universo de referências.

Contudo, para que ocorra a prática educativa torna-se necessário a presença de alguns elementos: sujeitos que ensinam e aprendem e aprendem e ensinam; objetos de conhecimentos (conteúdos) a ser ensinado e aprendido; objetivos mediatos e imediatos a que se destina ou se orienta a prática educativa; métodos, processos, técnicas, materiais didáticos em coerência com os objetivos. Ainda é importante considerar que toda prática educativa está sujeita a limites ideológicos, epistemológicos, políticos, econômicos e culturais. Ao considerar esta limitação, entende-se que a prática educativa não pode tudo, mas pode alguma coisa (FREIRE, 2001).

Essa percepção das limitações do processo de formação deve ser observada durante a formação profissional, considerando limites e possibilidades inerentes a este processo de construção de vida, de valores, de atitude e de postura. Tomar consciência disto, requer

reflexão sobre como a formação está sendo conduzida, qual referencial filosófico adotado, quais objetivos e que perfil de profissionais pretende-se formar. A partir do momento que os atores envolvidos na formação refletem sobre o processo educativo e o percebem como um ato político, “através do qual ocorrem a preparação e a integração plena dos indivíduos para serem sujeitos na vida pública” (REIBNITZ; PRADO, 2006, p. 25), possibilitando a capacidade de cada sujeito de auto conduzir-se no processo formativo, de ser sujeito social autônomo que vivencia e atua na vida social de maneira independente e participativa, torna-se possível o processo de transformação da realidade.

Mudar qualquer perspectiva paradigmática constitui uma proposta desafiadora, e, na educação em saúde, mas especificamente na enfermagem, não é diferente. A prática educativa tradicional ainda está enraizada nas escolas de enfermagem, devido à morosidade existente no próprio processo de mudança, que não ocorre do dia para a noite, e requer, além de alterações político-estruturais dos cursos, mudança no modo de pensar e de agir dos docentes e demais envolvidos no processo.

As escolas de enfermagem já demonstram preocupação com a formação do enfermeiro e apresentam propostas inovadoras, criativas, favorecendo a formação crítico-criativa destes acadêmicos, que estão inseridos no processo de formação como sujeitos de sua história. Se, durante a formação, o discente percebe-se como participante deste processo e sente-se respeitado, provavelmente durante a vida profissional desenvolverá práticas que envolvam os sujeitos do contexto de trabalho que está inserido, respeitando-os como seres humanos que possuem conhecimentos que devem ser considerados.

Freire (1999, p.25) destaca que é necessário que se tenha clareza desde o início do processo de formação que, “quem forma se forma e re-forma ao for-mar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado”. Neste sentido, o processo de ensinar não está vinculado à transferência de conhecimentos, mas sim, é fruto de uma troca mútua, onde não há docência sem discência e vice-versa, pois, durante o processo de ensino-aprendizagem ambos ensinam e aprendem.

Reibnitz e Prado (2003) reconhecem que a prática educativa também prepara e capacita politicamente cidadãos. “Para tanto, é preciso ter clareza de porquê, para quê e como vamos fazer a formação deste profissionais, reconhecendo o tipo de homem que queremos formar e o tipo de sociedade que queremos ter” (p. 41).

4.3 PRESSUPOSTOS

Trentini e Paim (2004), advogam que pressupostos dão sustentação à questão de pesquisa e aos métodos de obtenção e análise de informações. São afirmações que explicitam crenças e princípios aceitos como verdadeiros, mas não necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente.

A partir de minha experiência profissional e social, construindo ao longo do tempo valores e crenças, elaborei alguns pressupostos pessoais que fundamentam este estudo. Assim, apresento-os a seguir:

- A academia é terreno fértil para a construção/aplicação de práticas da integralidade em saúde, é um espaço de aprendizagem coletivo, dinâmico e criativo, estimulando o processo de ação-reflexão-ação dos sujeitos inseridos neste contexto: educadores, profissionais, acadêmicos e usuários dos serviços de saúde.

- A formação de enfermagem deve propiciar ao acadêmico refletir criticamente sobre a realidade, contribuindo para aplicação de práticas pautadas no eixo da integralidade no cotidiano da formação acadêmica.

- A integralidade pressupõe práticas inovadoras, mudanças de atitude, de postura em todos os espaços e diferentes cenários de atenção à saúde, sejam eles: assistência, gerência e educação.

- A relação pedagógica estabelecida durante a formação do enfermeiro deve propiciar ao professor e aluno o entendimento da integralidade como um princípio construído cotidianamente e coletivamente aplicado também nas relações interpessoais destes sujeitos.

4.4 CONCEITOS

Para Trentini e Paim (2004) conceitos são representações mentais construídas a partir de determinadas realidades, ou seja, são abstrações de realidades, embora esta seja concreta. Os conceitos podem modificar-se, desaparecer e instigar a construção de novos conceitos.

A seguir, apresento uma breve descrição dos principais conceitos (integralidade, formação/educação, enfermagem e ser humano) que

sustentam a proposta de estudo, tendo como base o referencial teórico adotado.

Mattos (2001) considera que conceituar **integralidade** é uma tarefa muito difícil, devido ao vários sentidos que esta apresenta e na tentativa de conceituá-la poderemos abortar muitos de seus sentidos. Tendo como base esta afirmação, para operacionalização desta pesquisa, a Integralidade será considerada a partir dos estudos do LAPPIS associados às considerações que emergem de minha prática em enfermagem e de outras leituras realizada durante esta pesquisa.

Desta maneira considero que a **integralidade**, como princípio do SUS, é uma ação social, um ideal do qual tentamos nos aproximar, construído coletivamente. Esta aproximação só acontecerá quando existir uma relação sujeito-sujeito ancorada no diálogo, em permanente interação, sem sobreposição de conhecimentos, jogo de interesses e disputa de poder. Onde o sujeito que procura os serviços de saúde é visto por todos (gestores, profissionais, acadêmicos) como ser humano que tem uma história de vida a ser considerada, que possui condições de planejar e/ou realizar juntamente com a equipe de saúde atividades relacionadas ao cuidado em saúde, sejam elas de promoção, prevenção ou curativas, em todos os níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde.

A integralidade deve ser estabelecida também na relação pedagógica, onde o acadêmico deve ser percebido na sua integralidade, estando em processo de formação, e sendo sujeito de sua própria história. Portanto, a formação é um dos pilares que alicerça a construção coletiva da integralidade. É o laboratório para a vida profissional, pois oportuniza a vivência da prática acadêmica no atual contexto e favorece a reflexão sobre a realidade instigando mudanças nas práticas de saúde.

A relação pedagógica pautada na integralidade deve estimular nos sujeitos envolvidos no processo de formação, a mudança de si mesmos e do mundo. Pois todo ser humano (Freire, 1987) é um ser inconcluso, inacabado, sujeito de sua história e da educação, em permanente movimento na busca do ser mais. Um ser da práxis, que se traduz na ação-reflexão-ação do mundo, em constante transformação. Os professores e acadêmicos de enfermagem são seres com potencial crítico-reflexivo, inserido na dinamicidade da sociedade, e juntamente com esta em constante transformação e mutação.

Esta processo dinâmico que instiga mudanças é ancorado na **educação** como um ato social e político, um processo de ação e reflexão permanente, voltada à realidade concreta do indivíduo. Permite o desvelar da realidade, sendo o diálogo um fator fundamental na

relação ao ato cognoscente. Para Reibnitz e Prado (2006) educar não é um processo unilateral, não há um sujeito que ensina e outro que aprende, e sim uma relação pedagógica onde ambos ensinam e aprendem. A educação deve ser embasada na criticidade para possibilitar reflexão e ação sobre a realidade, e o compromisso em transformar sociedade.

Na enfermagem ao adotarmos a compreensão de que esta é uma ciência eminentemente técnica, que necessita de profissionais competentes tecnicamente e em num contexto totalmente tecnicista, sem questionar os efeitos desta posição, estamos assumindo uma posição política de acomodação, perpetuando as relações sociais existentes. Entretanto, quando optamos por uma postura crítica e criativa, refletindo sobre a realidade, procurando fazer relações históricas e analisando suas implicações estamos construindo um ato político de transformação, vislumbrando possibilidade de mudanças.

A **Enfermagem** é uma práxis socialmente determinada, construída coletivamente, permeada pelo diálogo e comprometida com a sociedade. É uma ciência dinâmica, criativa que busca atender e compreender as reais necessidades da população, considerando os aspectos subjetivos e objetivos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

No intuito de alcançar os objetivos e responder ao problema de pesquisa optou-se pela pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo.

Na abordagem qualitativa o pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas (fenômenos, manifestações, fatos, idéias) “não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas” (TURATO, 2005, p. 509).

A pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as dimensões, a importância e o significado dos fenômenos. A exploratória investiga a natureza complexa destes fenômenos e os outros fatores com os quais esteja relacionado. Ou seja, destina-se a descobrir as diversas maneiras como um fenômeno se manifesta, bem como os processos subjacentes (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O delineamento da pesquisa qualitativa para Pollit; Beck; Hungler (2004), apresenta algumas características:

- Capacidade de ajustar-se as informações obtidas durante a coleta de dados, caracterizando flexibilidade e elasticidade;
- Engloba várias estratégias para coleta de dados;
- Tendência a ser holístico, buscando a compreensão do todo;
- O pesquisador precisa se envolver intensamente permanecendo mais tempo no campo;
 - Requer que o pesquisador torne-se instrumento de pesquisa;
 - Requer análise contínua dos dados formulando estratégias subsequentes para determinar quando o trabalho de campo está terminado.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Na pesquisa qualitativa as informações são coletadas em cenários

naturais, no mundo real, com o intuito de estudar os fenômenos em contextos naturais variados (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O cenário desta pesquisa é Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O Curso de Graduação em Enfermagem foi criado em 24 de janeiro de 1969, até o ano de 2008 foram graduadas 72 turmas, totalizando a formação de 1.698 enfermeiras e enfermeiros. Anualmente são oferecidas 70 vagas/ano, divididas em duas turmas com ingresso em março e agosto, respectivamente.

O curso tem procurado estratégias que favoreçam a formação do enfermeiro como cidadão crítico-criativo. Antes mesmo das Diretrizes Curriculares Nacionais o curso já construía coletivamente o projeto pedagógico, tornando-se mais frequente as discussões após a implantação das Diretrizes. A reforma curricular do curso foi implantada no primeiro semestre de 2004, sendo o processo de construção do projeto político pedagógico desenvolvido durante os meses de março a dezembro de 2003, sendo este fruto de um longo período de vivências, amadurecimento e críticas.

Nesta trajetória foram realizados nove fóruns de Reformulação Curricular do Curso de Enfermagem, com discussão e elaboração de diversos documentos que sustentam o projeto pedagógico, contando com a colaboração de professores e alunos. Após a implantação, em cada novo semestre eram realizadas reuniões com docentes e discentes para discussão de propostas e estratégias visando alcançar as competências previstas (UFSC, 2008).

Conforme apresentado no Projeto Político Pedagógico do Curso, o eixo curricular do curso se constitui a partir da promoção da saúde no processo de viver humano, nos diversos cenários do trabalho em saúde. Apresenta como perspectivas transversais a educação e saúde, a ética e bioética, a articulação entre pesquisa, ensino e extensão e, o processo decisório. Cada semestre é composto por um eixo fundamental, que é integrado e composto por ações educativas voltadas ao desenvolvimento de competências do enfermeiro nas diferentes fases da vida e nos diversos cenários do trabalho em saúde e de enfermagem, considerando a interdisciplinaridade na abordagem deste processo (UFSC, 2008).

Até a terceira fase do curso são desenvolvidas as bases articuladas, caracterizadas por disciplinas isoladas. Embora articuladas ao conjunto, são ofertadas por diferentes departamentos de ensino e representam o aporte necessário, de áreas básicas para a estruturação do eixo fundamental (UFSC, 2008).

As bases complementares sustentam todo o processo educativo e

aos enfrentamentos atuais e cotidiano do trabalho profissional. Caracterizam-se por privilegiar a aprendizagem vivencial e abordagem interdisciplinar, capazes de desenvolver competências cognitivas e relacionais indispensáveis ao enfermeiro crítico, reflexivo e criativo. As disciplinas neste curso se organizam através da articulação entre eixo fundamental e as bases articuladas e complementares que, uma vez definidas em atividades teóricas, teórico-práticas e de estágio operacionalizam o processo educativo (UFSC, 2008).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa qualitativa não estabelece número de participantes, utiliza amostras pequenas, não-aleatórias determinadas a partir da necessidade de informações, tendo como princípio norteador a saturação dos dados (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os participantes desta pesquisa foram 19 acadêmicos de enfermagem do último ano do curso de graduação em enfermagem, regularmente matriculados no primeiro semestre de 2010, sendo dez alunos da oitava fase e nove alunos da sétima fase. No quarto ano do curso o acadêmico já vivenciou grande parte das práticas curriculares, logo, acredita-se que tenham possibilidades de realizar o cuidado em saúde exercitando saberes e práticas adquiridas durante o curso, pautados no eixo norteador da integralidade em saúde.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2010, por meio de entrevista individual semi-estruturada (Apêndice A). O roteiro da entrevista foi baseado nos objetivos do estudo e nos pressupostos estabelecidos, visando responder ao questionamento da pesquisa. A entrevista semi-estruturada permitiu flexibilidade durante a coleta de dados, pois de acordo com diálogo estabelecido com os participantes novos questionamentos surgiam no intuito de buscar respostas ao tema estudado.

A entrevista objetiva adquirir informações e “constitui condição de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para

produzir informações fidedignas” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.76). É conduzida pelo pesquisador frente a frente com o entrevistado, envolve poucas perguntas geralmente abertas, que visam identificar visões e opiniões dos participantes sobre o assunto pesquisado (CRESWELL, 2007).

Para Minayo a entrevista é uma conversa com propósitos bem definidos, onde o pesquisador obtém informações contidas nas falas dos atores sociais. Essa técnica se caracteriza por comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e significado da fala e serve como fonte de coleta de informações sobre tema pesquisado (MINAYO, 2010).

O convite aos participantes foi feito no primeiro semestre de 2010 de forma verbal durante as aulas e pelo correio eletrônico das turmas. Após este contato inicial apenas três acadêmicos da oitava fase demonstraram interesse em participar deste estudo, o que levou a pesquisadora a fazer um segundo contato para convidá-los a participar da pesquisa. Durante as apresentações dos trabalhos de conclusão de curso dos acadêmicos da oitava fase foi feito novamente o convite para participação na pesquisa, desta maneira sete acadêmicos foram entrevistados. O convite também se estendeu aos acadêmicos da sétima fase durante uma aula em disciplina curricular, sendo que nove acadêmicos aceitaram participar.

Mediante estes contatos as entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos participantes e da pesquisadora, e realizadas individualmente pela pesquisadora, na unidade acadêmica (Centro de Ciências da Saúde) o curso é desenvolvido. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 20 minutos.

Após explicitar os objetivos da pesquisa os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os participantes foram identificados pelo codinome E de estudante seguido de número, de 1 a 19 mediante ordem das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital, e após transcritas foram organizadas em pastas no computador destinadas a esta finalidade, e posteriormente e analisadas.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados tem por finalidade organizar, fornecer

estrutura e extrair significado das informações coletadas. Nesta fase o pesquisador procura organizar e dar sentido a inúmeras páginas de material narrativo (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para esta etapa, utilizamos o processo de análise apresentado por Minayo, a qual “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316).

De acordo com Minayo, (2010) a análise de dados qualitativos divide-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

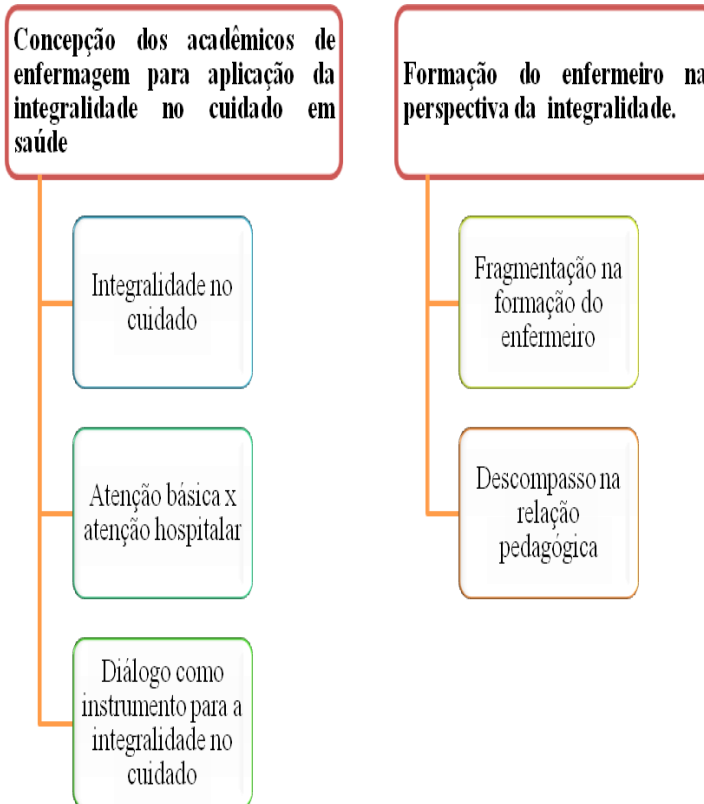
Primeira etapa: Pré-análise o pesquisador elabora indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Esta fase é decomposta em *leitura flutuante*, onde se toma contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; a *constituição do Corpus*, relaciona-se ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; a *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos*, consiste na retomada da fase exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Possibilita correção de rumos interpretativos ou abertura para novos questionamentos.

Ainda na pré-análise determinam-se a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2010).

Nesta etapa a pesquisadora entrou em contato direto mediante leitura do material obtido nas entrevistas, realizando leituras e fazendo indagações, tendo por embasamento o referencial teórico adotado. Neste momento foi realizado um recorte textual em unidades de registros, unidades de contextos, a forma de categorização, tendo maior aprofundamento com o tema de pesquisa e pertinência dos dados coletados com os objetivos do estudo. Nesta fase os recortes textuais da entrevistas foram agrupados por semelhanças em uma tabela no Microsoft Word contendo os seguintes indicadores: concepção, contribuição e relação pedagógica pautada na integralidade. As frases ou palavras significativas foram grifadas em amarelo para destacar as informações.

Segunda etapa: Exploração do material visa obter o núcleo de compreensão do texto. O pesquisador busca categorias, que são expressões ou palavras significativas que organizam o conteúdo das falas.

Nesta etapa a pesquisadora agregou os dados nas categorias: 1) concepção dos acadêmicos de enfermagem para aplicação da integralidade no cuidado em saúde; 2) formação do enfermeiro para aplicação da integralidade. Após a interpretação das categorias em torno das dimensões teórica sugeridas pela leitura do material surgiram as subcategorias desta pesquisa.



Terceira etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação permitiram colocar em relevo as informações obtidas, propondo inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico da leitura do material.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa foram respeitados os princípios abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética Profissional Brasileiro de Enfermagem. Com base na Resolução 196/96 foram observados os seguintes aspectos éticos para o desenvolvimento da pesquisa:

- Solicitação de autorização prévia ao Coordenador/Colegiado do Curso de Enfermagem da UFSC (Anexo B).

- Submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo C).

- Obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, após esclarecimento dos objetivos e justificativa do estudo (Apêndice B);

- Garantia da participação voluntária dos estudantes;

- Manutenção do anonimato dos sujeitos, atribuindo-lhes nomes fictícios, garantindo o sigilo e confidencialidade em qualquer forma de apresentação dos dados, seja em publicação ou na apresentação do relatório final da pesquisa;

- Esclarecimento aos sujeitos da possibilidade de acesso às informações coletadas, ao esclarecimento de dúvidas e o direito de recusa ou de desistência, a qualquer momento do estudo;

- Fornecimento de informações sobre o papel a ser desenvolvido pela pesquisadora;

- Permissão para gravação das falas durante a entrevista dando o direito de solicitar que o gravador seja desligado quando desejarem que algo não seja registrado;

- Devolução dos dados aos sujeitos da pesquisa e à instituição, mediante envio da dissertação por email.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresento os resultados da pesquisa no formato de três manuscritos visando atender a Resolução 006/PEN/2009, de 02 de dezembro de 2009 (Anexo D), que dispõe sobre a apresentação e formato dos trabalhos de conclusão de mestrado e doutorado em Enfermagem. Esta propõe a apresentação dos resultados da pesquisa na modalidade de manuscritos.

Assim, neste capítulo apresento dois manuscritos referentes aos resultados obtidos mediante análise das entrevistas realizadas com acadêmicos de enfermagem. Um deles aborda a concepção dos acadêmicos de enfermagem para a aplicação do princípio da integralidade durante sua formação, e o outro aborda como ocorre a aplicação do princípio da integralidade na formação do enfermeiro e na relação pedagógica.

O primeiro intitulado “Concepções dos acadêmicos de enfermagem para aplicação da integralidade na atenção à saúde”, será submetido a Revista Ciência, Cuidado e Saúde.

O segundo será submetido a Revista Texto e Contexto Enfermagem tendo como título: “A integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro

6.1 MANUSCRITO 2: CONCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE A APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE

Encontra-se nas normas da Revista Ciência, Cuidado e Saúde (Anexo E), com adequações as normas de diagramação da UFSC..

CONCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE A APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE

CONCEPTION OF NURSING STUDENTS CONCERNING THE APPLICATION OF INTEGRALITY IN HEALTH CARE

OPINIONES DE LOS ESTUDIANTES EN ENFERMERÍA PARA LA APLICACIÓN DE LA INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Margarete Maria de Lima²
Kenya Schmidt Reibnitz³

Artigo Original

Margarete Maria de Lima

Servidão Paulina Maria da Silva, 51 Ponta das Canas

CEP 88056-753 Florianópolis – SC

Telefone (Residencial): (48) 32841596

Celular: (48) 88452286

Email: margaretelima2@gmail.com

RESUMO: Este estudo objetiva conhecer as concepções dos estudantes de graduação em enfermagem sobre a integralidade na atenção à saúde. É uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada mediante entrevistas individuais semi-estruturadas com 19 estudantes de enfermagem. Os resultados apontam que a integralidade é entendida como assistir o ser humano em sua totalidade, considerando os contextos existentes. Destacam, também, que a aplicação da integralidade na atenção básica efetiva-se por meio da visita domiciliar e do diálogo, e que sua aplicação é mais difícil na área hospitalar. Na

² Enfermeira. Mestranda do PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem – EDEN. E-mail: margaretelassale@yahoo.com.br Enfermeira em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. EDEN. E-mail: kenya@ccs.ufsc.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem – EDEN. E-mail: kenya@ccs.ufsc.br

visão dos sujeitos da pesquisa, existe uma intencionalidade pedagógica em contribuir na aplicação do princípio da integralidade durante as atividades desenvolvidas no curso de enfermagem. No entanto, reconhecem algumas fragilidades na sua aplicação, principalmente na atenção hospitalar, onde o ensino para cuidado ainda está centrado na doença.

Palavras-Chave: educação em enfermagem, assistência integral a saúde, ensino

ABSTRACT: The objective of this study is to better understand the conceptions of the undergraduate nursing students concerning integrality in health care. Is a research qualitative, exploratory-descriptive study was carried out via semi-structured interviews involving 19 Brazilian nursing students. The results point out that integrality is understood as caring for the human being in his/her totality, considering existing contexts, however it is emphasized that the application of integrality within basic health care through domiciliary visits and dialogue, with its application most difficult in the hospital area. In the view of the research subjects, there is an intentionality to contribute to the application of the principle of integrality during the activities developed in the nursing course. However, they recognize some fragility in its application, principally in hospital care, where education for is focused upon the disease.

Keywords: Education, nursing, Comprehensive Health Care, Teaching

RESUMEN: El objetivo del presente estudio es conocer la opinión de los estudiantes de pregrado de enfermería sobre la integralidad de la atención a la salud. Es una investigación cualitativa, de tipo exploratorio descriptivo, que se hizo por medio de entrevistas individuales semiestructuradas con 19 estudiantes de enfermería. Los resultados muestran que la integralidad es considerada por los participantes como la asistencia al ser humano en su totalidad, teniendo en cuenta los contextos existentes. Este estudio pone de relieve la aplicación de la atención integral a través de visitas domiciliarias y el diálogo, pero es difícil de aplicar en el hospital. Según los sujetos del estudio hay intención de contribuir a la aplicación de la integralidad en las actividades desarrolladas en el curso de la enfermería, sin embargo, reconocen algunas debilidades en su aplicación, especialmente en la atención hospitalaria, donde la asistencia aún no está totalmente centrada en ese principio sino en la enfermedad.

Palabras clave: Educación en Enfermería, Atención Integral de Salud, Enseñanza

INTRODUÇÃO

No Brasil, a lei orgânica de saúde nº 8.080 define a integralidade como um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁽¹⁾. Além de ser um dos princípios norteadores do Sistema Único em Saúde (SUS), o termo possui um caráter polissêmico, que envolve significados ampliados, como, “bandeira de luta”, “imagem objetivo, atitude, dimensão das práticas, organização dos serviços e das práticas, configurações de certas políticas específicas”⁽²⁾.

A integralidade não pode ser defendida apenas como um princípio dos SUS, mas como uma ação social, um ideal do qual se tenta aproximar. Pode-se dizer, ainda, que é um conjunto de noções pertinentes a uma assistência que recusa a objetivação do sujeito, que permite a abertura ao diálogo, que considera os diferentes contextos onde ocorre o encontro entre profissional-usuário⁽²⁻³⁾.

A aproximação com o princípio da integralidade precisa iniciar durante a formação do enfermeiro, nos diferentes cenários de cuidado vivenciados pelos estudantes, propiciando uma interação democrática com os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Devem permitir a percepção dos sujeitos como totalidades, não fragmentados, inseridos num contexto de vida.

O desafio em construir a integralidade do cuidado está em oferecer a cada sujeito uma abordagem que melhor atenda as suas necessidades. Nesta ótica, a enfermagem enfrenta o desafio de formar e capacitar profissionais para um novo modo de produzir serviços de saúde, de cuidar com resolutividade e qualidade, tanto na clínica, como na saúde coletiva, visando a integralidade do cuidado⁽⁴⁾.

Discutir sobre a integralidade, considerando seu caráter polissêmico, tem propiciado ampliar a ótica sobre as diferentes formas de cuidar, desde a maneira de organizar os serviços até a formação dos profissionais de saúde, passando pela gestão do sistema de saúde em suas diversas esferas. A integralidade do cuidado parece estar relacionada ao envolvimento do profissional com o cotidiano do seu trabalho, imbricada numa visão do mundo. Está intensamente relacionada à formação do sujeito, ao compartilhar experiências e reflexões para construir sua identidade profissional⁽⁵⁾.

Acredita-se que o acadêmico de enfermagem deve vivenciar a

integralidade do cuidado durante o processo de formação, em todos os cenários da prática acadêmica. Formar para a integralidade, é um exercício de cidadania, de estar aberto ao diálogo, de compreender as aflições das pessoas, de buscar respostas aos problemas existentes no contexto de formação, é acima de tudo um exercício de escutar, acolher e recusar a objetivação dos sujeitos, fortalecendo uma prática pedagógica crítico-reflexiva.

Nesta perspectiva, o objetivo do presente estudo é conhecer as concepções dos estudantes de graduação em enfermagem sobre a integralidade no cuidado à saúde a partir das práticas singulares que vivenciaram ao longo do curso.

METODOLOGIA

O estudo corresponde a uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, realizada com estudantes de graduação em enfermagem de uma Universidade Pública do Sul do País, ancorado no referencial teórico da integralidade adotado por Mattos e Pinheiro (2001) e princípios pedagógicos de Paulo Freire (1997,1999,2001).

A coleta de dados foi realizada após aprovação no comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC através do parecer n. 502, atendendo às exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

O cenário do estudo foi um Curso de Graduação em enfermagem de uma Universidade Pública da Região Sul do Brasil. Os participantes foram 19 estudantes de enfermagem regularmente matriculados no último ano do curso, por já terem vivenciado vários momentos de desenvolvimento de atividades práticas nos diferentes cenários profissionais. O convite foi realizado, de forma verbal, durante as atividades letivas e por correio eletrônico.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2010, por meio de entrevistas individuais com roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, transcritas e analisadas de acordo com análise temática descrita por Minayo.

A análise dos dados foi realizada seguindo as etapas:1)pré-análise: organização do material com transcrição das entrevistas, leitura exaustiva das falas para encontrar respostas ao objetivo da pesquisa; 2) exploração do material, obtendo-se o núcleo de compreensão do texto e busca de categorias. Neste momento, foram recortados elementos dos textos e organizados em unidades de registros e, posteriormente, ocorreu a classificação e agregação dos dados, determinando, assim, as

categorias empíricas ou teóricas responsáveis pela especificação do tema. 3) tratamento dos resultados e interpretação, que permitiram colocar em relevo as informações obtidas, propondo inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico utilizado na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao reportar-se sobre a polissemia do termo integralidade, é preciso considerar a realidade de cada contexto em que esta prática é refletida. Embora seja vista sobre ângulos diferentes, na formação, na gestão e na assistência confluem para uma mesma lógica: estabelecer-se como princípio norteador e organizador das práticas em saúde. Desta maneira, é possível compreender a diversidade de aplicação dos princípios da integralidade na atenção à saúde.

Os resultados foram agrupados em categorias relacionadas à concepção dos participantes sobre a integralidade no cuidado à saúde, são elas: 1) integralidade no cuidado; 2) atenção básica x atenção hospitalar; 3) diálogo como instrumento para a integralidade no cuidado. Estas categorias não esgotam a multiplicidade do termo integralidade, tratam-se dos significados que emergiram das falas dos estudantes do curso de enfermagem da instituição pesquisada.

Integralidade no cuidado

De acordo com os depoimentos dos participantes da pesquisa a integralidade no cuidado é entendida como assistir o sujeito na sua totalidade, recusando o reducionismo do sujeito a um corpo doente, ou partes que necessitam de cuidado. Conforme evidenciado nas seguintes falas:

[...] tens que cuidar do paciente como um todo, visando a saúde dele como um todo. Visando o biopsicosocial, tu não pode trabalhar nele focando só a doença (E5).

Não é só um pé que tá machucado, é uma pessoa que tá ali, então a gente tem que ver ele como um todo (E8).

A integralidade busca olhar para o sujeitos com a ideia de totalidade⁽⁷⁾. Olhar para questões relacionadas não somente à doença. Perceber o sujeito em seu sofrimento ilustra um dos sentidos da integralidade⁽⁸⁾. Este princípio deve orientar as práticas dos profissionais

de saúde, considerando que o usuário não se reduz a uma lesão que lhe causa sofrimento naquele momento, tampouco se reduz a um conjunto de situações de risco. Cabe ao profissional orientar sua prática pelo princípio da integralidade recusando-se ao reducionismo do sujeito⁽²⁾.

As práticas dos profissionais de saúde, especificamente dos estudantes de enfermagem, pautadas no princípio da integralidade, devem ser sempre intersubjetivas, na qual os profissionais utilizam seu conhecimento para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde⁽⁹⁾ que venham ao encontro das demandas dos sujeitos, os quais procuram os serviços de saúde. Cuidar da saúde de um sujeito exige mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. Há que se considerar e construir projetos, esforçando-se em reconhecer o projeto de felicidade em questão, no ato assistencial, seja ele imediato ou mediato⁽¹⁰⁾.

Os estudantes também ampliam o olhar da integralidade sobre o contexto em que os sujeitos estão inseridos, considerando aspectos sociais, ambientais, emocionais e familiares, conforme relatos abaixo:

Assistir o ser humano em todas as suas necessidades, tipo desde o olhar fisiológico até o social, econômico, espiritual [...] (E2)

Tratar o individuo como um todo, desde a sua comunidade, a pessoa, sua família, [...]social, todas as questões que podem influenciar na saúde dessa pessoa (E17)

É como a gente deve ver deve exergar o paciente assim na sua integralidade, não como uma doença que chega pra gente ou como um mal que a gente deve resolver mas, como uma pessoa que chega ali com alguma característica que ta associada ao modo como ela vive, com a família, com o meio que ela tá inserida (E19).

Cuidar, orientado pelo princípio da integralidade, pressupõe atender os aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais, que estão envolvidos no processo de adoecer. Deve ser considerada a contextualização social, e não enfatizar somente a técnica e a padronização dos procedimentos⁽⁷⁾.

A integralidade no cuidado à saúde é um princípio do SUS

orientado por políticas e ações programáticas que vão ao encontro das demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e especificidades do processo saúde-doença nas diversas dimensões, biológica, social e cultural ⁽¹¹⁾.

Evidenciou-se a tentativa dos estudantes de enfermagem em aplicar o princípio da integralidade durante as atividades desenvolvidas na academia. No entanto, reconhecem as dificuldades encontradas e fazem reflexões sobre a possibilidade da aplicação deste princípio como futuros enfermeiros, pois percebem que a integralidade não é frequentemente aplicada na prática profissional. É o que se observa nos depoimentos abaixo:

Enquanto acadêmicas a gente sempre tenta, até porque somos preparados para isso, a aplicar o máximo possível, dentro do que é possível no campo. Chegamos com esse olhar porque na graduação somos preparadas, incentivadas e tal (E2).

Eu vejo muita diferença do que a gente é enquanto acadêmica e do enfermeiro que a gente se torna na prática (E15)

Eu acho que é uma coisa muito difícil de alcançar, não diria utópica, mas uma coisa que a gente tem que caminhar muito pra se alcançar (E17)

Embora exista um esforço coletivo e legislação amparando as mudanças na formação do enfermeiro, no intuito de atender às demandas de saúde da população e das políticas públicas de saúde e educação, observa-se que isso, por si só, não prepara, nem estimula o enfermeiro para atuar na perspectiva da integralidade.

Para que ocorra a aplicação do princípio da integralidade é necessário que os profissionais de saúde percebam que “a atenção à saúde deve ser totalizadora, humanizada, contextualizada, integral e, principalmente, deve ser considerada como prioridade, tanto pelos profissionais de saúde, como pelos gestores”^(7:535). Neste contexto os profissionais devem entender o SUS como um projeto que defende a vida dos cidadãos. Devem trabalhar buscando organizar os serviços ancorados no acesso universal, na equidade, na integralidade e no atendimento humanizado⁽⁷⁾.

A integralidade pode ser vista como a dimensão das práticas em

saúde, configurando-se na forma de um encontro entre profissionais com usuários. Caberá a este profissional, especificamente em suas atitudes, a aplicação do princípio da integralidade. É preciso, também, reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente estruturadas, elas podem, tanto dificultar, como propiciar a realização da integralidade⁽²⁾.

Nesta categoria, evidencia-se o princípio da integralidade como uma característica de boa prática dos profissionais de saúde, expressa, na visão dos estudantes, através da intencionalidade de entender o sujeito que procura os serviços de saúde, considerando o contexto social, histórico e cultural. Percebe-se que ainda caracteriza-se como uma ação individual, quase que como uma responsabilidade pessoal, ou seja, da pessoa, do profissional que esta cuidando.

Não foi evidenciada nas entrevistas, a percepção da aplicação do princípio da integralidade no que tange ao modo de organizar as práticas e a determinadas políticas públicas que buscam dar respostas a certos problemas da população. Esta possibilidade mais ampliada para a gestão, como o trabalho em equipe resultando numa ação mais coletiva, não foi considerada pelos estudantes.

Atenção básica x hospitalar

Os estudantes de enfermagem relataram que conseguem perceber melhor a aplicação do princípio da integralidade na atenção básica, embora com algumas dificuldades. Afirmam que na atenção básica torna-se possível conhecer o contexto em que o sujeito está inserido, bem como as condições que estão envolvidas no referido contexto, sejam elas, crenças, valores, condições socioeconômicas, de trabalho, de moradia, de saúde e não somente a percepção da doença. Isto pode ser observado nas falas abaixo:

Na atenção básica é mais fácil de ver isso, pela visita domiciliar, ele ta sempre procurando o posto para qualquer coisa que acontece, verificar pressão, tem tudo isso, ai fica mais fácil. As vezes quando eu cuidava de clientes internados há dois dias seguidos era mais fácil, conversava com a família, saber não só aquela doença, mas outras também, outras internações. Mas nem sempre dava para fazer isso (E6)

[...] dentro da instituição hospitalar não se consegue visualizar a casa dele, a relação de amigos, de familiares. Mas, na atenção básica já

é mais fácil porque tu consegue ir até a casa fazer a visita domiciliar (E12)

Cuidar, almejando a integralidade, significa estabelecer uma prática de saúde que compreenda que o processo saúde-doença, e o ser humano envolvido neste processo sofrem influências de valores, crenças, determinantes políticos, econômicos e sociais⁽¹¹⁾.

Na área hospitalar, a aplicação da integralidade necessita de um esforço maior por parte dos estudantes, sendo mais difícil de ser alcançada, pois o foco é a doença ou os procedimentos. No entanto, buscam se colocarem no lugar dos sujeitos que estão cuidando, procuram conhecer a realidade deles, numa tentativa de aproximação com esta realidade. Utilizam ferramentas que propiciem este encontro, como conversa com amigos, familiares, coleta de dados em prontuário, realização do histórico de enfermagem e diálogo com o usuário. Os depoimentos ilustram esta aproximação e distanciamento da aplicação do princípio da integralidade:

O hospital é muito mais voltado pra doença em si, a atenção de todo mundo, de toda a equipe é voltada pra doença, pra cura mesmo, acho que [a integralidade] fica um pouco esquecida (E19).

Eu percebo que a gente tenta muito este olhar para o ser humano e todas as suas dimensões, conversar, mesmo que quando a gente tá no hospital, as pessoas até preferem ser atendidos pelos estudantes (E10)

O princípio da integralidade na atenção hospitalar pode ser definido como um esforço em atender de forma completa e holística, as necessidades de saúde da pessoa que está hospitalizada. Implica em garantir a aplicação de todas as tecnologias, combinadas à humanização, no desafio de colocar-se no lugar do sujeito e considerar suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção.

A utilização das tecnologias em saúde demanda das necessidades de cada sujeito, podendo ser aplicadas na atenção básica, ou na hospitalar. Estas demandas muitas vezes não são expressadas verbalmente pelos sujeitos que procuram o serviço, cabendo ao

enfermeiro a sensibilidade de identificar as demandas ocultas, na perspectiva da humanização e da integralidade da assistência.

Para tanto, o conceito de tecnologia precisa envolver algo a mais que a técnica é preciso incorporar o sentido do “para que”, como uma mediação crítica e fundamentada acerca do por que, trazendo de volta o sujeito como o centro da atenção⁽¹²⁾.

Desta forma, o cuidado em enfermagem precisa estar atento ao tipo de tecnologia a ser utilizado em uma determinada situação, necessitando de diferentes tipos de tecnologias para se prestar um cuidado eficiente e eficaz. Na tecnologia dura utilizamos equipamentos e instrumentos necessários à manutenção da vida, na leve-dura teoria ou modelos de cuidado para guiar nossas ações e nas leves estabelecemos relações de vínculo e acolhimento, sendo que todas são essenciais e precisam estar articuladas ao princípio da integralidade⁽¹³⁾.

A maior ou menor aplicação do princípio da integralidade do cuidado está atrelada à forma como se articulam as práticas dos profissionais que trabalham na rede hospitalar⁽¹⁴⁾. Sendo assim, para alcançar a integralidade é preciso considerar todas as suas dimensões. Uma delas deve ser fruto do esforço e confluência de diversos saberes de uma equipe multiprofissional, nos espaços completos e singulares dos serviços de saúde, seja na atenção básica ou no hospital⁽¹⁵⁾.

A diferença na aplicação do princípio da integralidade na atenção básica e na hospitalar revela que o processo de aprendizagem no curso de enfermagem apresenta-se fragmentado, visto que a integralidade é mais focada nos conteúdos da atenção básica do que nos relacionadas à área hospitalar, o que dificulta a aplicação deste princípio junto ao sujeito que se encontra hospitalizado. Há algumas possibilidades que podem indicar o motivo pelo qual esta diferenciação vem ocorrendo nos cenários de assistência em saúde. Uma delas pode ser o cuidado durante o ensino no hospital, o qual está centrado na patologia. Outra possibilidade é que mesmo existindo a intenção de aplicar este princípio na área hospitalar, os estudantes não são estimulados para isto, tendo em vista que o foco do ensino do cuidado passa a ser o conhecimento biomédico.

Diálogo como instrumento para a integralidade no cuidado

Quanto à aplicação do princípio da integralidade na vivência acadêmica, os participantes referiram que utilizam o diálogo como instrumento para aproximação da realidade do sujeito que necessita de cuidado. Esta relação dialógica, em busca da aproximação com a realidade do sujeito, é fundamental para a aplicação do princípio da

integralidade. A abertura ao diálogo está presente nas falas:

Com conversa, interagindo com a pessoa, acolhendo, tentando se aproximar da realidade daquela pessoa, conhecendo essa realidade (E2)

Através do diálogo, da conversa, esperando que ele coloque o que ele está sentindo, o porquê dá procura (...) porque ele veio me procurar (...) acho que tem que englobar um pouquinho mais. Sempre procurei dar uma atenção maior e estar sempre vendo um pouco mais. Gosto muito de saber, porque ela chegou, porque esta ali (E9).

A gente tenta, conversa, não fica só focado na doença, tenta focar outras coisas também como quando a gente tá fazendo o histórico, a gente conversa (E12).

O diálogo deve permear o processo de ensino-aprendizagem, numa relação horizontal entre os sujeitos, propiciando aproximação com a realidade, para que através do processo de reflexão-ação-reflexão ocorra a transformação⁽¹⁶⁾. Esta abertura ao diálogo, por parte dos estudantes de enfermagem, demonstra a intencionalidade de uma aproximação com a realidade dos sujeitos que procuram o serviço de saúde, no intuito de conhecer as necessidades de cuidado à saúde da população. Isso fortalece a aplicação do princípio da integralidade no cuidado à saúde, que requer a disponibilidade dos sujeitos para o diálogo.

Esse entendimento evidencia uma marca importante de um dos sentidos da integralidade, que é a busca em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um sujeito que procura os serviços apresenta. É olhar para além das demandas explícitas relacionadas à experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde, a um diagnóstico precoce ou a redução de fatores de riscos⁽²⁾. Defender a integralidade, é defender, antes de tudo, que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem, necessariamente, uma dimensão dialógica⁽⁹⁾.

Mediante a prática do diálogo, o estudante de enfermagem pode, não só constatar o que ocorre, mas também atuar efetivamente como sujeito nos fatos. Deve constatar de forma crítica que para mudar ele

precisa ter a capacidade de intervir na realidade, tarefa esta complexa e também geradora de novos conhecimentos. Sendo assim, o estudante não é objeto da história, mas sujeito dela⁽¹⁶⁾.

A integralidade, ao ser concebida como um termo plural, ético e democrático, apresenta o dialogismo como sendo um de seus elementos constitutivos, pois sua prática resulta de embate de muitas vozes sociais, e, quando eficazes, produzem efeitos de polifonia, ou seja, quando estas vozes se deixam escutar⁽¹⁷⁾.

Para que ocorra a integralidade nas ações de saúde, é necessário ousadia e promoção do diálogo entre os atores sociais, culminando num processo de consciência coletiva com compromisso ético em direção às mudanças para a aplicação deste princípio. Para tanto, é preciso abordar diferentes perspectivas que venham a satisfazer as necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde, considerando que as pessoas são frutos de vivências e das relações sociais estabelecidas na sociedade e “constroem diferentes significados para o processo de viver e ser saudável”^(18:68).

CONSIDERAÇÕES

Neste estudo observou-se, através das falas dos estudantes de enfermagem, que a concepção da integralidade para eles, é assistir o ser humano na sua totalidade, permitindo a abertura ao diálogo, não fragmentado-o em partes ou sistemas, inserido num contexto social e familiar.

Relatam que procuram, através do diálogo e/ou da observação na visita domiciliar, uma aproximação com a realidade dos sujeitos que estão sob seus cuidados, evidenciando que esta aproximação torna-se mais evidente na atenção básica, onde conseguem observar mais claramente o contexto em que o usuário está inserido.

Na visão desses estudantes, existe uma intencionalidade na proposta do Curso, de contribuir para a aplicação do princípio da integralidade durante as atividades desenvolvidas. No entanto, reconhecem algumas fragilidades na sua aplicação, principalmente na atenção hospitalar, onde o cuidado ainda não está focado no princípio da integralidade, pois ainda apresenta-se centrado no biológico/patológico.

Embora se observe a intencionalidade em aplicar a integralidade no processo de formação do enfermeiro, para que este princípio se concretize faz-se necessário que os sujeitos envolvidos no contexto da formação (re)conheçam este princípio como norteador das práticas em saúde e que pode ser aplicado também nas relações estabelecidas no processo pedagógico. Para que isto ocorra, algumas possibilidades

precisam ser criadas, como a sensibilização dos sujeitos envolvidos no processo pedagógico para compreender e aplicar este princípio em sua prática cotidiana. Perceber que estudantes e docentes são seres únicos, inconclusos e em processo de formação, que possuem potencialidades que precisam ser estimuladas.

Considerando que o contexto da formação precisa ser dinâmico, criativo e reflexivo, não se tem a pretensão de encontrar respostas prontas para identificar formas de estimular as diversas possibilidades de aplicação do princípio da integralidade na relação pedagógica. No entanto, acredita-se que esta reflexão deve estar permeada pelo diálogo coletivo entre os sujeitos, para que em cada cenário onde ocorre o ensino e a assistência, professores, alunos e profissionais possam, coletivamente, buscarem alternativas que melhor atendam às demandas pedagógicas existentes na formação, para além dos conteúdos, na perspectiva do fortalecimento do Sistema único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União; 1990
- 2 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.p. 39-64.
- 3 Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.p.65-112.
4. Silva KL. Movimento de mudança na educação de enfermagem: construindo a integralidade do cuidado na saúde. 2005. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Curso de Pós-Graduação em Enfermagem-Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.132
- 5 Henriques RLM, Acioli S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da faculdade de enfermagem da universidade do estado do Rio de Janeiro. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 306-329.
- 6 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 7 Fontoura RT, Mayer CR. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev Bras Enferm. 2006 jul/ago; 59(4): 532-7.
- 8 Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizardi FL. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In:

- Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 75-90.
- 9 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) Cad. Saúde Pública. 2004 set/out; 20(5):1411-1416.
- 10 Ayres, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2001; 6(1): 63-72.
- 11 Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):48-56.
- 12 Gallo S. Ética e cidadania: caminhos da filosofia. Campinas: Papyrus; 1997.
- 13 Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Rev. bras. enferm. [online]. 2008; 61(1):113-116.
- 14 Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 197-210.
- 15 Cecílio, LCO. As necessidade de saúde como conceito estruturante dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 113-126
- 16 Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- 17 Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e praticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 21-36.
18. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK. A integralidade da atenção às mulheres com câncer de colo uterino. Cienc Cuid Saude 2009; 8 (suplem.):62-69.

6.3 MANUSCRITO: INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO PEDAGÓGICO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Encontra-se nas normas da Revista Texto e Contexto Enfermagem (Anexo F), com adequações as normas de diagramação da UFSC.

Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro

Margarete Maria de Lima⁴
Kenya Schmidt Reibnitz⁵

RESUMO: O objetivo deste estudo é identificar a aplicação do princípio da integralidade no processo de formação do enfermeiro. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, realizado mediante entrevista individual semi-estruturada com acadêmicos de graduação em enfermagem. Os Resultados apontam que a formação do enfermeiro, alicerçada no princípio da integralidade, apresenta algumas fragilidades que necessitam ser repensadas. Evidencia-se, na ótica dos acadêmicos de enfermagem, que alguns docentes, juntamente com os alunos, aplicam o princípio da integralidade na assistência a saúde. No entanto, esta percepção não se estende a relação pedagógica. A integralidade como princípio pedagógico no processo de formação do enfermeiro, aplicada na relação professor-aluno, é condição fundamental para a construção da identidade do futuro profissional em consonância com os princípios do SUS.

Descritores: estudantes de enfermagem, ensino superior, assistência integral a saúde

Integrity as a principle in the nursing formal education process

ABSTRACT: Identify the application of the principle of integrality in the nursing formal education process. This is a qualitative, exploratory-descriptive study carried out through individual semi-structured interviews of undergraduate nursing students. The results indicate the nursing education founded upon the principle of integrality presents some fragility which needs rethinking. The evidence suggests that according to the academic perspective, integrality in health care is

⁴ Enfermeira. Mestranda do PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem – EDEN. E-mail: margarete lassalle@yahoo.com.br Enfermeira em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. EDEN. E-mail: margarete lassalle@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem – EDEN. E-mail: kenya@ccs.ufsc.br

collectively applied in some faculties with the students. However, this perception is not extended to pedagogical relationships. The integrality in the education process applied to the professor-student relationship is a fundamental condition for the construction of the future nurse's professional identity, in consonance with the principles of the SUS.

Keywords: Nursing Students, Higher Education, Comprehensive Health Care

Integralidad como principio pedagógico en la formación del Enfermero

RESUMEN: El objetivo del estudio es identificar el principio de integralidad en el proceso de formación del enfermero. Investigación exploratoria descriptiva, de carácter cualitativo, realizada a través de entrevistas individuales semiestructuradas con los estudiantes de pregrado de enfermería. Los resultados demuestran que la formación del enfermero basada en el principio de la integralidad tiene algunas debilidades que deben ser repensadas. Es evidente desde el punto de vista de los estudiantes que algunos maestros aplican conjuntamente con los estudiantes el principio de integridad en la atención de la salud, sin embargo, esta percepción no se extiende a la relación pedagógica. En el proceso de formación, la integralidad aplicada en la relación profesor-alumno es una condición fundamental para la construcción de la identidad profesional de los futuros enfermeros en consonancia con los principios del SUS.

Palabras clave: Estudiantes de enfermería; Enseñanza superior; Atención integral de salud

INTRODUÇÃO

O ensino de enfermagem no Brasil, ao longo dos anos, passou por processos de mudanças, em decorrência das transformações políticas, econômicas e sociais da educação e da saúde⁽¹⁾. As influências sofridas pela enfermagem, decorrentes das mudanças nas políticas de saúde e educação do cenário nacional, fomentaram discussões que culminaram com a construção das diretrizes curriculares nacionais para a formação de enfermeiros⁽²⁾.

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN-Enf) aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), em novembro de 2001, estabeleceram as

competências e habilidades a serem desenvolvidas no processo de formação⁽³⁾. A DCN-Enf visa um profissional com perfil generalista, crítico-reflexivo, que fomente mudanças na práxis de saúde. Esta tem importante papel no processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro, haja vista que orienta a formação para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação de incentivos governamentais visando à transformação na formação de profissionais da área da saúde, propiciou avanços no ensino de enfermagem e reflexos no atendimento à população. No entanto, ainda existem desafios que persistem na configuração das atuais práticas de saúde, pois há grande parcela da população com dificuldades de acesso aos serviços de saúde e à integralidade da atenção, sendo este um princípio ainda em construção na consolidação do SUS⁽⁴⁾. A fundamentação teórica adotada na presente pesquisa, tem como base os pressupostos e conceitos apresentados por Mattos e Pinheiro. Além disso, relaciona os princípios pedagógicos do educador Paulo Freire, associados aos das pesquisadoras, com a preocupação em promover um processo de conscientização da prática de enfermagem.

A integralidade é um dos princípios do SUS e, como tal, também precisa ser consolidada como princípio pedagógico que orienta a formação do profissional de saúde, que se traduz numa ação social, estabelecida mediante relações dialógicas entre os sujeitos que ensinam e aprendem e aprendem ensinando. É construída, cotidianamente, através de uma reflexão coletiva do contexto real das práticas em saúde. Pressupõem práticas inovadoras, mudanças de atitude, de postura em todos os espaços de atenção à saúde, nos diferentes cenários de cuidado à saúde, na assistência, na gerência e na formação.

Desta maneira, a formação é um dos pilares que alicerça a construção coletiva da integralidade, oportuniza a vivência da prática acadêmica no atual contexto, e favorece a reflexão sobre a realidade instigando mudanças nas práticas de saúde. É um princípio construído cotidianamente nas relações estabelecidas no processo de formação, que envolve os atores que compõem este cenário, acadêmicos, docentes e usuários.

Aplicar o princípio da integralidade na relação pedagógica é condição *sine qua non* para a construção da identidade profissional e pessoal do futuro enfermeiro. Acredita-se que, ao vivenciar uma prática pautada neste princípio, sendo percebido em sua integralidade como ser humano em formação, o acadêmico tem mais probabilidade de introduzir tal prática em sua atuação profissional. Tal pensamento pode ser fortalecido ao considerarem imprescindível a coerência entre a

formação oferecida e a prática esperada, pois “ninguém promove o desenvolvimento daquilo que não teve a oportunidade de desenvolver em si mesmo”^(5:699).

Considerando que o processo de formação envolve aspectos organizacionais e também relacionais, torna-se importante refletir sobre as relações estabelecidas entre os atores que constroem este cenário, nesse estudo, os professores e alunos. Embora existam legislação específica e projeto político pedagógico do curso construído e atualizado conforme o estabelecido pelas DCNs, por si só isto não se concretiza. É necessária a atuação de pessoas que, coletivamente, consolidarão um curso de graduação de acordo com o estabelecido no projeto do curso, visando um perfil de profissional que atenda às necessidades das realidades encontradas.

A fundamentação teórica adotada nesta pesquisa tem como base os pressupostos e conceitos apresentados por Mattos e Pinheiro. Além disso, relaciona os princípios pedagógicos de educador Paulo Freire, associados aos das pesquisadoras, com a preocupação em promover um processo de conscientização da prática de enfermagem.

Neste contexto de mudanças e transformações na formação do enfermeiro e entendendo a integralidade como princípio que alicerça a relação pedagógica, almeja-se, com este estudo, identificar a aplicação do princípio da integralidade no processo de formação do enfermeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, aportado pelo referencial da integralidade de Mattos e Pinheiro (2001)⁽⁶⁾ e princípios pedagógicos de Paulo Freire (1997,2001)⁽⁷⁻⁹⁾.

Universidade Pública da Região Sul do Brasil, cuja matriz curricular apresenta 8 fases, correspondendo cada uma delas a 1 semestre letivo. Os participantes deste estudo foram 19 estudantes do último ano do curso. O convite foi realizado verbalmente durante as atividades pedagógicas letivas e por correio eletrônico. A coleta de dados iniciou-se no primeiro semestre de 2010, após aprovação no comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/Universidade Federal de Santa Catarina, através do parecer nº. 502.

O cenário da pesquisa foi o curso de enfermagem de uma atendendo as exigências da resolução 196/96 do Conselho de Ética em Pesquisa. Após explicitar os objetivos da pesquisa os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi entrevista individual com roteiro semi-estruturado, sendo agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade dos participantes e da pesquisadora. O roteiro da entrevista baseou-se no objetivo do estudo e nos pressupostos estabelecidos e, visou responder aos questionamentos da pesquisa. A entrevista semi-estruturada permitiu flexibilidade durante a coleta de dados, pois, de acordo com diálogo estabelecido com os participantes, novos questionamentos surgiam no intuito de buscar respostas ao tema estudado. Estas foram gravadas em mídia digital, transcritas e analisadas de acordo com análise apresentada por Minayo⁽¹⁰⁾. Preservou-se o anonimato dos participantes mediante identificação da letra “E” de estudantes, seguida por número relacionado à ordem cronológica das entrevistas.

A fundamentação teórica adotada nesta pesquisa teve como base os pressupostos e conceitos apresentados por Mattos e Pinheiro. Além disso, relacionou os princípios pedagógicos do educador Paulo Freire, associados aos das pesquisadoras, com a preocupação em promover um processo de conscientização da prática de enfermagem.

A análise foi composta pelas seguintes etapas: pré-análise: organização do material com transcrição das entrevistas, leitura exaustiva das entrevistas para encontrar respostas ao objetivo da pesquisa; exploração do material, visando obter o núcleo de compreensão do texto. Busca de categorias, que são expressões ou palavras significativas que organizam o conteúdo das falas. Inicialmente, foi realizado um recorte textual em unidades de registros, posteriormente ocorreu a classificação e agregação dos dados, determinando as categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação dos temas; tratamento dos resultados obtidos e interpretação permitiram colocar em relevo as informações obtidas, propondo inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico utilizado na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas realizadas, as informações foram analisadas a partir das 2 categorias que emergiram: fragmentação na formação do enfermeiro e descompasso na relação pedagógica.

Fragmentação na formação do enfermeiro

Nesta categoria, o foco de análise esta na aplicação do princípio da integralidade a partir da matriz curricular e das estratégias didático-pedagógicas adotadas. Os acadêmicos de enfermagem referiram que

desde a primeira fase já discutem este princípio do SUS. Entretanto, não existe uma continuidade em todas as fases, sendo o tema abordado em determinadas disciplinas, especificamente naquelas direcionadas à atenção básica.

Foi falado em quase todas as fases (semestre), só que mais específico sobre o SUS foi na primeira, segunda e sexta fase (E12).

Acho que o princípio integralidade não foi muito trabalhado, foi feito na segunda fase e na sexta. Acho importante estar resgatando, estar socializando mais (E14).

A gente tem na segunda fase, depois a gente não ouve mais falar, na sexta fase a gente escuta alguma coisa, mas daí fica aquela história, foi dado na segunda e não vamos dar novamente; fica muito no começo da faculdade e depois passa. Por conta própria a gente vai atrás, tenta resgatar e tenta aplicar porque na teoria é uma coisa e na prática é outra (E13).

Esta fragmentação que ocorre em algumas disciplinas remete ao modelo tradicional de formação, determinado modelo biomédico, centrado na doença. Segundo os acadêmicos, integralidade é permitir a abertura ao diálogo, perceber o sujeito como um todo, não fragmentado em partes, inseridos num contexto social, político e econômico. Mas em alguns momentos, durante a graduação, se dão conta de que não aplicam esse princípio.

[...] eu não sei se por falta de tempo nos estágios, que às vezes a gente acaba tendo que estudar as patologias, então a gente acaba vendo muito mais a doença daquela pessoa do que a pessoa como ser humano, as vezes eu acho que a teoria que a gente aprende em sala, acho que é diferente quando a gente vê na prática (E15).

O acadêmico de enfermagem enfrenta a dificuldade de encontrar um eixo integrador entre os conteúdos, quando o conhecimento é fragmentado e isolado, devido às disciplinas se apresentarem claramente separadas umas das outras. Dissemina-se um conhecimento que produz saberes descontextualizados, que não considera o cotidiano dos atores que atuam no setor da saúde, seja no ensino ou na assistência⁽¹¹⁾.

A proposta do curso investigado apresenta a maioria das disciplinas integradas. No entanto, a maneira como está sendo trabalhada permite ao estudante perceber, de forma fragmentada, a aplicação do princípio da integralidade no seu processo de formação. Entende-se que o projeto político pedagógico do curso define o perfil do profissional que se deseja formar, porém a efetivação desse perfil só ocorrerá se estiver implementado e vivenciado durante a prática acadêmica, para posterior propagação no campo profissional.

Embora observem a fragmentação do ensino para a aplicação do princípio da integralidade, alguns estudantes demonstram, em suas falas,

que este é aplicado coletivamente durante o cuidado ao usuário nas vivências acadêmicas, onde ocorre o processo de aprendizagem como algo coletivo, estabelecido por trocas entre as pessoas. É o que se observa no depoimento abaixo:

Durante a academia a gente consegue se atentar muito mais a aplicar a integralidade, principalmente porque tu sabe que o professor tá do lado, tu tá mais tranqüila porque sabe que tem alguém vendo e tu tem só uma pessoa para atender aí tu consegue identificar aquele indivíduo, tu não tem tanta demanda [...] a maioria dos professores te dão um suporte bom, [...] tem bons professores, que estão lá para te dar o exemplo o que vale mais do que só falar sobre SUS e seu princípios (E10).

Estes resultados demonstram, a partir da visão destes estudantes de enfermagem, algumas fragilidades referentes à formação do enfermeiro na perspectiva da integralidade, evidenciando que este princípio é percebido, na visão dos acadêmicos, como aplicável ao cuidado, não sendo percebido, na maioria das vezes, na relação professor-aluno. Outra fragilidade apontada, é a fragmentação do ensino, ainda centrado em conteúdos específicos que não relacionam aplicação da integralidade tanto na teoria como na prática, baseiam-se na doença, dificultando a percepção do cuidado centrado na integralidade.

Para implementação de mudanças no processo pedagógico, entende-se que todos desempenham importante papel na transformação dos conceitos e práticas de saúde que norteiem o processo de formação na perspectiva da integralidade em saúde. Estas mudanças devem ser estimuladas pela universidade, pelos departamentos e colegiados. Contudo, se não chegarem à sala de aula e à relação professor-aluno, de nada adiantará as mudanças estabelecidas pelas diretrizes e normas estabelecidas⁽¹²⁾.

A organização dos conteúdos e as metodologias adotadas contribuem para a configuração do marco conceitual do currículo, que pode traduzir a legitimação e manutenção das estruturas sociais e econômicas, da ideologia dos grupos profissionais específicos e da estrutura de poder subjacentes as práticas profissionais. Os discentes, durante sua trajetória acadêmica, percebem, de maneira consciente ou não, o marco conceitual adotado no curso, todavia, passam a adotá-lo ou desprezá-lo, na medida em que reforçam ou entram em conflitos com os desafios colhidos mediante suas experiências com o movimento estudantil, organizações que participam e papel que pretendem desempenhar nos serviços de saúde⁽¹³⁾. Este é um dos processos que

necessitam ser evidenciados pelos docentes, para que os pressupostos do Curso sejam assumidos e desenvolvidos em todo o seu percurso.

Percebe-se que as mudanças curriculares, realizadas para atender as DCN, assim como as políticas indutoras do MS e do MEC, propiciaram um novo cenário na graduação das profissões da área da saúde, em especial da enfermagem. As escolas construíram, de forma autônoma, seus projetos políticos pedagógicos, visando formar profissionais com perfil para atuar no SUS, reformulando-os de acordo com as demandas que surgem no processo de ensino aprendizagem, evidenciando a dinâmica deste processo.

Isto permite a aproximação da academia com a realidade de saúde encontrada e objetiva formar profissionais para o SUS, entretanto ainda há uma dificuldade na aplicação e compreensão destes princípios. No que tange à integralidade na formação do enfermeiro, existe uma dificuldade em interconectar este princípio entre as diferentes disciplinas e no processo de integração teoria-prática.

Para inovar a formação de enfermagem na perspectiva da integralidade, é necessário promover mudanças nas relações conservadoras e verticais, entre os diversos atores envolvidos no processo de formação. É preciso integrar os diversos campos do conhecimento e das práticas, não focando somente na universidade e no serviço, mas, internamente a estes, entre os *especialismos* dos docentes e trabalhadores⁽¹⁴⁾.

Observa-se, curso estudo, que mesmo tendo sido implantada as DCN-Enf e propiciado a discussão coletiva do projeto político pedagógico, no intuito de ter profissionais com perfil para atuar de acordo com os princípios do SUS, o desenvolvimento do ensino na visão dos estudantes ainda se apresenta fragmentando. Os acadêmicos de enfermagem consideraram que o princípio da integralidade está fragmentado em todo o desenvolvimento do currículo, desde sua aplicação no processo pedagógico até a sua aplicação como princípio de cuidado à saúde.

Isso talvez ocorra tendo em vista que os cursos de graduação são desenvolvidos por pessoas que nem sempre se dão conta de que o princípio da integralidade pode ser aplicado na relação professor aluno como um princípio pedagógico.

Deste modo, a integralidade passa a ser defendida como um valor a ser sustentado e preservado nas práticas dos profissionais de saúde, que se expressa na forma como estes profissionais respondem aos sujeitos que os procuram⁽⁶⁾. Da mesma forma que só se ensina e se aprende a cuidar cuidando, só se ensina integralidade exercendo-a^(15:92).

Descompasso na relação pedagógica

A relação professor aluno tal como idealizada no plano político pedagógico dos cursos precisa concretizar-se para uma aprendizagem ao longo da vida, onde professor e aluno passam a não considerar somente a informação, mas a contemplar também o (re)estabelecimento de uma relação entre quem ensina com aquilo que é ensinado⁽⁵⁾.

Esta categoria remete a relação pedagógica pautada no princípio da integralidade estabelecida no processo de formação. A prática docente precisa estar alicerçada na integralidade no cuidado à saúde, pois a academia é terreno fértil para a construção/aplicação de práticas caucadas neste princípio, é um espaço de aprendizagem coletivo, dinâmico e criativo, que estimula o processo de ação-reflexão-ação dos sujeitos inseridos neste contexto: educadores, profissionais, acadêmicos e usuários dos serviços de saúde.

Observa-se no depoimento dos alunos, a existência de um movimento que prima pela aplicação da integralidade no cuidado à saúde, ora sendo exercida pelos acadêmicos, ora demonstrada pelos professores e ora sendo construída coletivamente.

É uma coisa que a gente aprende na teoria e alguns professores demonstram na prática [...] depois eu vi aquele empenho, aquela preocupação dela com o usuário, enfim, de fazer o melhor, um cuidado humanizado, integral, e daí eu fui colocando em prática, fui adaptando para mim, não sei se está certo. Mas eu tive isso desde o começo, mas foi só na oitava fase que eu fui me “ligar”, que eu podia melhorar (E6).

No entanto, evidencia-se uma lacuna na formação para a aplicação da integralidade na relação professor-aluno, tendo em vista que na visão dos participantes eles não são percebidos na sua integralidade.

Acho que a integralidade também deveria ver o aluno, que não é um mero aluno, que não tá ali só pra aprender, não é um saco que você joga uma informação dentro e manda pra casa e vai embora (E7).

Tem professor que não quer saber se você tem trabalho, filho, eles querem aquilo naquele prazo. Mas eu acho que quando você está fazendo uma faculdade, tem que ter limites e tem que ter uma entrega, [...] nem todos pensam no aluno na sua integralidade (E12).

Eu acho que só se aproximar mais do aluno, não precisam ser melhores amigos, mas pelo menos uma maior aproximação, de falar: oi, tudo bem contigo? (E13).

As limitações do processo de formação devem ser percebidas durante a formação do profissional, considerando limites e possibilidades inerentes a este processo de construção de vida, de valores, de atitude e postura. Tomar consciência disto requer reflexão

sobre como esta formação vem sendo conduzida, qual referencial filosófico adotado, quais objetivos, que perfil de profissional pretende-se formar. A partir do momento que os atores envolvidos na formação refletem sobre a educação e a percebem como um ato político, possibilitando a capacidade de cada sujeito de autoconduzir-se no processo formativo, de ser sujeito social autônomo que vivencia e atua na vida social de maneira independente e participativa torna-se possível o processo de transformação da realidade⁽¹⁶⁾.

Aplicar e construir o princípio da integralidade durante a formação remete a idealização, tal como almejado no projeto político pedagógico, visando preparar futuros enfermeiros para que desenvolvam sua prática embasada neste ideal. Mas, para que ocorra a aplicação e consolidação da integralidade é preciso que docentes e discentes almejem aproximarem-se da realidade encontrada, percebendo-se como sujeitos que se movimentam neste processo, nos diferentes papéis, quem aprende-ensina e quem ensina-aprende.

Tem muitos professores que a gente percebe isso, que não só com o paciente mas com o próprio aluno, de perguntar como você está, como está se sentindo e estas coisas que a gente acaba se espelhando, nas atitudes que fazem bem para gente e que a gente percebe que fez um resultado positivo pro paciente e que futuramente a gente pode também estar agindo da mesma forma (E9).

A atitude do professor, diante de algumas situações ocorridas no processo de formação, define o tipo de relação estabelecida ou que se pretende estabelecer com este aluno. Se o professor permite uma abertura ao diálogo, se busca aproximar-se da realidade do aluno, escutando seus sentimentos, suas vivências, angústias, sua história de vida, estabelece-se uma relação de confiança, na qual não descaracteriza a prática pedagógica, ao contrário, acaba por fortalecê-la.

Aprender e ensinar faz parte da existência humana, que é histórica e social, da mesma forma que a criação, o amor, o ódio, o medo, a linguagem, a fé, a dúvida, a curiosidade, a ciência e a tecnologia. Desta forma, aprender e ensinar constituem-se num processo de viver permeado pelo diálogo, numa relação horizontal entre sujeitos, pois precisa originar-se numa matriz crítica, gerar criticidade, nutrir-se de amor, esperança, humildade, fé e confiança⁽⁷⁻⁸⁾.

Para que ocorra essa prática educativa faz-se necessária a presença de alguns elementos: sujeitos que ensinam e aprendem, e aprendem e ensinam; objetos de conhecimentos (conteúdos) a ser ensinado e aprendido; objetivos mediatos e imediatos a que se destina

ou se orienta a prática educativa; métodos, processos, técnicas, materiais didáticos em coerência com os objetivos almejados⁽⁹⁾.

Ainda, no que tange a aplicação da integralidade na relação pedagógica, os estudantes parecem confundir este princípio como sinônimo de humanização nas relações estabelecidas entre professor aluno. Enfatizam que a humanização nem sempre está presente no decorrer do curso.

As vezes falta aquele negócio da humanização sabe, na relação aluno professor, não sei se é integralidade porque depende muito do olhar do professor (E2).

É muito trabalhada a questão do cuidado ao cuidador, quando você está pensando numa pessoa que cuida de um idoso em casa , ou quando você pensa o cuidado humanizado com o paciente no hospital, mas em muitos momentos o cuidado humanizado não partiu da gente , não veio de dentro da academia. Em muitos momentos acho que faltou compreensão e realmente olhar pra gente com mais cuidado (E16).

A integralidade e a humanização precisam caminhar juntas durante o processo de formação. A humanização da assistência será mais significativa se pensarmos na humanização no ensino, a partir das relações estabelecidas durante o processo de formação. Isto requer uma nova postura por parte dos educadores, que deverão centrar o ensino no aluno, considerando, não somente a competência técnica e racional do acadêmico, mas a sua totalidade. Isto se torna fundamental quando se buscar o ser integral e integrado naquilo que faz⁽¹⁷⁾.

Para que ocorra a relação pedagógica pautada na integralidade é imprescindível resgatar a sensibilidade e “cuidar do outro, do aluno, ser humano em formação, para que este possa efetivamente exercer o cuidado em sua prática cotidiana”^(18:301). Essas concepções possibilitam a aplicação da integralidade na prática acadêmica, seja no cenário teórico, no teórico-prático e na relação professor-aluno.

No exercício da docência, muitas vezes fica esquecido a humanização das relações com os alunos, passando a ocorrer uma privação entre estes sujeitos no que se refere à aplicação do discurso teoricamente defendido⁽¹⁷⁾.

Durante esse processo de formação, é, fundamentalmente, importante que docentes e discentes estejam engajados no processo, possibilitando um crescimento coletivo. Este desenvolvimento passa pela compreensão que professor e aluno, embora em níveis distintos, são sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, pois estão aprendendo, trocando conhecimentos e construindo-se como cidadãos⁽⁵⁾.

O processo educativo é constituído por uma estrutura didático-pedagógica e por relações de aprendizagem (processos cognitivos, afetivos e sociais). A sala de aula é o campo de construção cognitiva (aprendizado formal) e afetiva (socialidade), cenário de vivências éticas, do estar junto, e estética, do grupo que compõe experiências cotidianas, tanto pela repetição de atos vividos, quanto pela evocação de novas percepções e experiências significativas. Neste cenário, surge o desafio dos atores envolvidos neste processo, a convocação à criatividade, a abertura e ao coletivo⁽¹⁹⁾, ampliando estes cenários de aprendizagem para os espaços de vivência e trabalho em saúde.

Nesta perspectiva, o processo de formação alicerçado na integralidade requer a compreensão do processo educativo como construção coletiva, abarcada numa estrutura didático-pedagógica e nas relações estabelecidas entre professor-aluno, ancoradas num referencial pedagógico que prime pela abertura ao diálogo, pela aproximação da realidade dos sujeitos que a constroem, e, acima de tudo, pelo reconhecimento destes atores enquanto seres humanos que se movimentam neste processo de mudanças. Mudanças estas que se caracterizam por um processo de alta complexidade, haja vista que desafia a medição de forças entre os processos instituídos e os instituintes, tão necessárias para que ocorra a mudança. Entende-se que para mudar uma relação pedagógica, focando o princípio da integralidade nesta relação entre sujeitos, bastam somente duas pessoas, aqui professor e aluno, para que a transformação ocorra⁽⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES

A formação do enfermeiro alicerçada no princípio da integralidade apresenta algumas fragilidades que necessitam ser repensadas. O currículo do curso de graduação em enfermagem, embora apresente disciplinas integradoras, ainda dissemina um conhecimento fragmentado, centrado em conteúdos, que aborda a integralidade do cuidado com enfoque na atenção básica.

Neste contexto, a integralidade, enquanto princípio orientador da formação do enfermeiro, ainda está aquém do almejado. O cuidado ainda remete, em alguns momentos do curso, ao modelo biomédico, centrado na doença, e não no sujeito que necessita de cuidados. Outra fragilidade encontrada é a dicotomia existente entre teoria e prática, atenção básica e hospitalar.

Evidencia-se, na ótica dos acadêmicos, que alguns docentes aplicam com os alunos o princípio da integralidade na assistência a

saúde. Entretanto, esta percepção não se estende à relação pedagógica, pois os alunos não são percebidos como sujeitos.

A integralidade, no processo de formação aplicada na relação professor-aluno, é condição fundamental para a construção da identidade profissional do futuro enfermeiro em consonância com os princípios do SUS. Desta maneira, torna-se evidente a necessidade de refletir sobre os papéis que estes atores desenvolvem na formação do enfermeiro. De nada adiantará ter legislação específica e projetos políticos pedagógicos pautados no princípio da integralidade se esta não está sendo aplicada na relação professor-aluno. Seria –controverso ver o usuário do sistema de saúde como um ser que necessita ser percebido na sua integralidade, e desconsiderar que o acadêmico em formação, também precisa ser cuidado na mesma ótica.

Cabe a reflexão de que é durante a formação que construímos ou desconstruímos o enfermeiro que desejamos ter. É preciso ousar, abrir-se ao diálogo, à realidade do outro e perceber que o processo de construção na formação do enfermeiro é algo coletivo, que demanda tempo, persistência e, acima de tudo, vontade de se perceber num processo que é dinâmico, que envolve valores pessoais e profissionais e requer a (des)construção de conceitos e concepções anteriormente estabelecidas.

É importante considerar que o princípio da Integralidade, como um dos princípios do SUS, requer que o processo de formação dos profissionais da saúde adotem esse mesmo princípio em suas posturas pedagógicas

REFERÊNCIAS

1. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev Esc. Enferm. USP.* 2006; 40 (4): 570-75.
2. Chirelli MQ, Argerton APR, Rodriguez AG. O sentido da aprendizagem reflexiva na formação do enfermeiro: a construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Organizadores. *Ateliê do Cuidado - VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2008. p. 308-29.
3. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação Brasil. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União, Brasília*

(DF) 2001; 9 nov. Seção 1:37.

4. SILVA KL. Movimento de mudança na educação de enfermagem: construindo a integralidade do cuidado na saúde. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais-Escola de Enfermagem; 2005. 132 p.

5. Reibnitz KS. Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseçor na relação pedagógica. Rev Bras Enferm. 2004;57(6):698-702.

6 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 39-64.

7. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.

8. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.

9. Freire P. Política e educação : ensaios. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2001.

10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

11. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: Lappis; 2006. p. 13-34.

12. Gonzalez AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(3): 757-62.

13. Oliveira GS; Koifman L; Pinheiro R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: Lappis; 2006. p. 205-26.

14. March C, Koifman L, Pontes ALM, Saippa-Oliveira G, Silva AGJ, Fernandez VS. O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006.p.295-309.

15. Mattos RA. A integralidade como eixo da formação dos profissionais

de saúde. Revista Brasileira de educação médica.2004,28(2):91-92.

16. Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.

17. Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(3):332-40.

18. Prado ML, Reibnitz KS, Gelbcke FL. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):296-302.

19. Ceccim, RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. Revista Ciência & Saúde. 2008; 1(1): 9-23.

CONSIDERAÇÕES

O princípio da integralidade, na concepção dos acadêmicos, é entendido como perceber o ser humano em sua totalidade, inserido num contexto histórico, social e cultural, não fragmentado em sistemas biológicos ou um corpo doente, que possui necessidades de saúde que emergem da realidade de cada sujeito advindas da abertura ao diálogo.

Apreende-se dos resultados que, segundo os alunos, existe uma dicotomia sobre o tema entre a atenção básica e hospitalar, havendo dificuldade da aplicação do princípio da integralidade junto ao ser humano que se encontra hospitalizado. Isso ocorre pela dificuldade dos acadêmicos em visualizar o contexto em que estes sujeitos estão inseridos, tentando através do diálogo conhecer a realidade destes sujeitos. Essa dificuldade não é percebida na atenção básica, já que os acadêmicos se apropriam de ferramentas, como a visita domiciliar para conhecer os contextos em que os sujeitos estão inseridos.

A relação pedagógica pautada na integralidade, na concepção dos alunos, não está presente em todos os semestres ou disciplinas do curso, ao mesmo tempo em que ao considerar a integralidade como sendo a totalidade dos sujeitos e todos os contextos nos quais estes sujeitos estão inseridos, os alunos não são percebidos em sua integralidade. Na visão destes, em alguns momentos são percebidos como indivíduos em formação, sendo a academia o cenário de maior valor neste momento, não considerando os demais contextos no qual este acadêmico está inserido.

Aprofundar a aplicação do princípio da integralidade na formação do enfermeiro é relevante para a área da enfermagem, especificamente na relação pedagógica. Encontrou-se na literatura científica estudos que abordam a integralidade na assistência a saúde, porém há uma grande lacuna na abordagem no que tange a relação pedagógica, isto evidencia que existe a necessidade de que mais estudos como este, venham a suprir esta necessidade.

Pesquisar e aprofundar conhecimentos relativos ao princípio da integralidade me oportunizou compreender a polissemia do termo e perceber sua aplicação em diferentes cenários, na assistência, na gerência e especificamente na formação do enfermeiro mediante as relações pedagógicas estabelecidas.

As diversas leituras realizadas me proporcionaram reflexões sobre minha prática enquanto enfermeira e docente, refazendo-a na medida em que novas concepções iam surgindo, advindas das leituras,

das entrevistas e de concepções que refletiram diretamente nas relações interpessoais estabelecidas com os acadêmicos, com os sujeitos que procuravam o serviço de saúde e com aqueles com quem convivi.

Conhecer e (re)conhecer o princípio da integralidade na formação do enfermeiro foi um desafio e ao mesmo tempo um processo de (re)construção de minha prática docente, pois a cada entrevista analisada refletia sobre esta prática, tentando a cada dia aplicar este princípio na relação pedagógica estabelecida com os alunos deste curso, embora em semestre distintos dos sujeitos que participaram desta pesquisa.

Este exercício reflexivo também me remeteu a olhar o passado, percebendo-me durante a graduação, lembrando as experiências vividas, o que veio a confirmar o pressuposto estabelecido no início do estudo, que a formação é a base para a profissão, acreditando que esta contribuiu significativamente para a construção da enfermeira que hoje sou.

Acredito que o princípio da integralidade é um pressuposto que deve ser construído e (re)construído coletivamente durante o processo de formação do enfermeiro, envolvendo professores e alunos através de uma reflexão coletiva sobre o pensar e o agir pedagógicos, pois a academia é um terreno fértil para aplicação deste princípio, caracterizando-se como um espaço de aprendizagem coletivo, dinâmico e criativo.

A academia também propicia o processo de ação-reflexão-ação sobre a realidade encontrada, contribuindo na aplicação de práticas pautadas na integralidade e estabelecida nas práticas pedagógicas, ou seja, aplicável nas relações interpessoais entre os sujeitos que compõe o cenário da formação. Embora este pressuposto tenha ancorado a discussão da integralidade nesta pesquisa, na visão dos acadêmicos, a integralidade ainda está atrelada a assistência à saúde, na relação profissional-usuário. Isto demonstra que este princípio embora tenha um sentido polissêmico, ainda é pouco estudado no processo de formação e na relação pedagógica, o que reflete diretamente no perfil do profissional que atuará no SUS, pois fica muito difícil alguém aplicar aquilo para o qual não teve a oportunidade de vivenciar em seu processo de formação.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.180 p.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, Supl.1, p.20-31, jun. 2007.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v.6, n.1, p. 63-72,2001.

BORGES, M.A.S.F.; NASCIMENTO, M.A.A. A concepção da enfermeira sobre o SUS: um caminho sem volta. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 3, p. 272-7, 2007.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a.**Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>> Acesso em: 15 junho 2009.

_____. **Lei n 8142 de 28 de dezembro de 1990b.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 15 junho 2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996.** Dispõe sobre questões éticas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**.Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001. Dispõe sobre Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1:37.

_____. Ministério da Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de**

Graduação da Área da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: Conass, 2009. 282 p

_____. Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional Saúde**. Centro de Documentação do Ministério, Brasília, 1986.

CECCIM, RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, v.1, n.1, p.9-23, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.20, n.5, p.1400-1410,2004.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidade de saúde como conceito estruturante dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 197-210.

CHIRELLI, M.Q.; ARGERTON, A.P.R.; RODRIGUEZ, A.G. O sentido da aprendizagem reflexiva na formação do enfermeiro: a construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Ateliê do Cuidado - VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2008. p. 308-329.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. **Interface** (Botucatu), v.12, n. 24, p. 125-140, 2008.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

CUNHA, João Paulo P.; CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001. p.193-200.

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

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **Política e educação : ensaios**. 5. ed - São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.R. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006.

GALLO, S. **Ética e cidadania: caminhos da filosofia**. Campinas: Papyrus,1997.

GONZALEZ , A.D.;ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*.v.15, n.3, p.757-62, 2010.

HENRIQUES, R.L.M.; ACIOLI, S. A. Expressão do cuidado no processo de transformação curricular da faculdade de enfermagem da universidade do estado do Rio de Janeiro. In:PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.p. 293-306.

ITO, E.E.;et al.O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc. Enferm. USP.**; v 40, n.4, p. 570-75, 2006.

KOIFMAN, G.S.O.; Marins, J.N.M. A busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem: o

direcionamento do curso de Medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p 307-319.

LAPPIS. **Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>> Acesso em: 01 junho 2009.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n., 2, p. 335-342, 2007.

MARCH, C. et al. O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006.p.295-309.

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

_____. a.A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out. 2004a.

_____. b.A integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 28, n.2, p.91-92.2004b.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2002

MENDES, Eugênio Villaça. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes,1994.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORETI-PIRES, O.R.; BUENO, S.M.V.. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm.** 2009;v. 22, n., p.439:44.

MULLER, A.R. **Reflexão Crítica acerca do sistema único de saúde-SUS na formação profissional:** ponto de vista de acadêmicos de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. 123p.

NEVES, E.; GONÇALVES, L.H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, Florianópolis, 1984. **Anais...** Florianópolis, 1984. p.210-29.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L.;PINHEIRO, R.. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2a ed. Rio de Janeiro: Lappis; 2006. p. 205-26.

OMIZZOLO, J. A. E.. **O princípio da integralidade na visista domiciliar:** um desafio ao enfermeiro do Programa de Saúde da Família. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. 101p.

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

_____. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA , J. C. .F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde..** 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 255-262.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade:**

cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2005.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lappis, 2006. p. 13-35.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e praticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 21-36.

PINHO, L.B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. v. 9, n.3, p.835–846, 2007.

PINHO, I.C.; SIQUEITA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm> Acesso em: 15 março 2010.

POLLIT, D.; BECK, C. T., HUNGLER B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S.; GELBCKE, F.L.. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**.v.15, n.2, p.296-302, 2006.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis v.12, n. 1, p. 26-33, jan/mar. 2003.

_____. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

REIBNITZ, K.S., Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseção na relação pedagógica. **Rev Bras Enferm**, v.57, n.6, p.698-702, 2004.

REIS, Cássia Barbosa; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de . Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 61-70, 2008.

ROCHA, P.K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. bras. enferm.** v.61, n.1, p.113-116, 2008.

SILVA, K. L. **Movimento de mudança na educação de enfermagem**: construindo a integralidade do cuidado na saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.132p.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.4, p. 488-491, jul./ago.2006.

SILVA, K. L.; SENA, R. R Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008

SILVA, Teresa Cristina Santos. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. 149f.

SILVA, R.V.B et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 75-90.

SOARES, M.C.; MISHIMA, S.M.; MEINCKE, S.M.K. A integralidade da atenção às mulheres com câncer de colo uterino. **Cienc Cuid Saude**. v.8 (suplem.), p.62-69,2009.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 507-14.2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Guia dos estudantes do curso de graduação em enfermagem/UFSC**. Florianópolis: UFSC, 2008.

ZITKOSKI, J.; REDIN, J.; STRECK, D. R. Paulo Freire: uma breve cartografia intelectual. In: STRECK, D. R.; REDIN, J.; ZITKOSKI, J. (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p.p. 17-26.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro de entrevista a ser realizada com os sujeitos do estudo

1 – Dados Identificação

1.1. Codinome:

2. QUESTÕES NORTEADORAS:

2.1 Descreva o que é para você a integralidade no cuidado à saúde

2.2 Como você percebe a aplicação da integralidade no curso graduação em enfermagem.

2.3 Você vivenciou a aplicação da integralidade nas ações programadas e desenvolvidas durante o Curso?

2.4. O que você sugere para a aplicação da integralidade durante a prática acadêmica?

2.5 O princípio da integralidade pode ser aplicado no processo de formação, ou seja, na relação pedagógica e de cuidado? De que forma?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PARTICIPANTES (ACADÊMICOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM)

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pela Enfermeira Margarete Maria de Lima Lassalle, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), com a qual posso entrar em contato em qualquer momento que eu desejar.

Os objetivos desta pesquisa são conhecer as concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre a integralidade na atenção a saúde; identificar as contribuições dos acadêmicos de enfermagem para aplicação dos princípios da integralidade na prática acadêmica.

Este estudo pretende colaborar no sentido de despertar nos acadêmicos reflexão sobre a prática acadêmica/profissional pautada nos princípios da integralidade em saúde.

Estou ciente que a mestranda coletará dados através de entrevista e a mesma somente utilizará as informações obtidas para os propósitos delimitados no projeto apresentado.

Entendo, que a mestranda poderá entrar em contato comigo para mais informações futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro.

Minha participação nesta pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite, e que a mestranda é a pessoa com quem devo contar pessoalmente ou pelo telefone (48) 8845-2286 ou (48) 3284-1596, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Nome completo _____

RG: _____

Local/data: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A - Instrução aos Autores – Revista Eletrônica de Enfermagem

ISSN 1518 1944 *versão online*



Instruções para publicação de manuscritos

Atualizada em Setembro de 2010.

INFORMAÇÕES BÁSICAS

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE), disponível no site <http://www.fen.ufg.br/revista/>, é um periódico de acesso aberto, gratuito e trimestral, destinado à divulgação arbitrada da produção científica na área de Ciências da Saúde com ênfase na de Enfermagem, de autores brasileiros e de outras nacionalidades.

São aceitos manuscritos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde, Enfermagem e correlatas.

A REE publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, artigos de revisão, artigos de atualização e relatos de caso/experiência.

A análise dos artigos será iniciada no ato de seu recebimento, sendo realizada em etapa preliminar pela Comissão Editorial, quanto à observância do atendimento das normas editoriais, pertinência do conteúdo do manuscrito a linha editorial do periódico e coerência interna do texto.

A publicação dependerá do atendimento do parecer encaminhado ao autor da análise do artigo, podendo este conter sugestões para alterações/complementações. Em caso de reformulação, cabe a Comissão Editorial o acompanhamento das alterações. A apreciação do conteúdo dos manuscritos é feita por meio do modelo *peer review* pelos membros do Conselho Editorial e por conselheiros *ad hoc*, sendo mantido sigilo quanto à

identidade dos mesmos e dos autores.

Para as pesquisas provenientes do Brasil, que envolvem seres humanos devem, obrigatoriamente, explicitar no corpo do trabalho o atendimento das regras da Resolução CNS 196/96, indicando número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Serão aceitos trabalhos escritos em português, inglês ou espanhol.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para composição editorial e fechamento do número.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da Revista.

SUBMISSÃO

Os artigos deverão ser submetidos à REE exclusivamente pelo sistema eletrônico de gerenciamento de publicação disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, quando receberão um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema como documento suplementar os documentos:

- Ofício solicitando a apreciação do manuscrito pela revista ([conforme o modelo](#))

- O termo de responsabilidade e acordo de transferência do copyright ([conforme o modelo](#)), indicando a categoria do artigo, segundo as definições explicitadas nestas normas, autorizando sua publicação, se aceito e apresentando declaração de responsabilidade e de transferência de direitos autorais. Estes devem ser assinados por todos os autores e anexados como documentos suplementares.

- Aprovação do comitê de ética em pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos.

- Para outros países, os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

CATEGORIA DOS ARTIGOS

A REE publica, preferencialmente, artigos originais, incluindo na sua linha editorial também trabalhos de revisão, atualização, estudos de caso e/ou relatos de experiência.

A apresentação dos manuscritos deve obedecer à regra de formatação definida nessas normas, diferenciando-se apenas pelo número permitido de páginas em cada uma das categorias.

- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de

natureza quantitativa ou qualitativa. Máximo de 20 laudas.

- **Artigos de Revisão:** são contribuições que têm por objeto a análise crítica sistematizada da literatura. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Máximo de 20 laudas.

A estrutura dos artigos originais e de revisão deve apresentar, necessariamente, os itens: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão e Conclusão.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato Microsoft Word 2003 (*.doc);
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana, tamanho 10;
- Espaçamento 1,5 cm entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

- **Título:** deve ser apresentado em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo em até 15 palavras. Use maiúsculo somente na primeira do título que deve ser apresentar nas versões da língua portuguesa, inglesa e espanhola. A sequência de apresentação dos mesmos deve ser iniciada pelo idioma em que o artigo estiver escrito. Especificar em nota no fim do documento a indicação da agência de fomento, quando for o caso e, também, quando parte de Relatório de Pesquisa, Tese, Dissertação, Monografia de Final de Curso, entre outras.

- **Autores:** a identificação de cada autor deve ser feita somente pelo sistema de submissão. Devem ser apresentadas as seguintes informações: nome(s) completo(s) do(s) autor(es), formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail preferencialmente institucional.

- **Resumo:** deve ser apresentado na primeira página do trabalho, com no mínimo 150 e no máximo 200 palavras, nas versões em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), na mesma sequência do título.

- **Descritores:** Ao final do resumo devem ser apontados de 3 a 5 descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

- **Estrutura do Texto:** deverá obedecer às orientações de cada categoria do manuscrito já descrita anteriormente, acrescida das referências, de modo a garantir uma uniformidade e padronização dos textos apresentados pela revista.

- **Ilustrações:** são permitidas em no máximo 6 tabelas ou figuras que

devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. Deve conter títulos com informações mínimas pertinentes com o local e ano a que se referem os dados. As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo, não ultrapassando o tamanho de uma folha A4.

- **Citações:** Para citações “ipsis literis” de referências deve-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

- **Referências:** devem ser apresentadas no mínimo dez (10) e não devem ultrapassar vinte (20) referências, numeradas consecutivamente na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser identificadas no texto por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parênteses, sem menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome deve aparecer o número da referência. Exemplo: Medeiros(7). Essa regra também se aplica para tabelas e legendas. Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço (ex. 1-3); quando intercalados utilize vírgula (ex. 2,6,11). Deve ser utilizado, preferencialmente, no mínimo 70% de artigos atualizados (últimos 5 anos) e pelo menos uma deve ter sido publicada na REE. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.

- Agradecimentos e indicação das fontes à apoio de pesquisa devem ser apresentados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos em periódicos

Estrutura: Autores. Título do artigo. Título do periódico. Ano de publicação;Volume(Número):Páginas.

Observações:

1. Após o ano de publicação, não usar espaços.
2. Usar os títulos abreviados oficiais dos periódicos. Para abreviatura de periódicos consultar: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=journals&Cmd=DetailsSearch&Term=currentlyindexed\[All\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=journals&Cmd=DetailsSearch&Term=currentlyindexed[All]).

3. Ao listar artigos com mais de seis (06) autores, usar a expressão et al após o sexto autor.

Artigo em periódico científico:

- **Artigo Padrão**

Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do graduando de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2004;38(3):332-40.

Ramos Filho AOA, Castro TWN, Rêgo MAV, Alves FO, Almeida LC, Sousa MV, et al. Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário. Revista

Brasileira de Cancerologia. 2002;48(4):499-503.

- Volume com suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

- Número com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

- Número sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

- Sem volume ou número

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002:1-6

- Artigo em uma língua diferente do português, inglês e espanhol

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

- Artigo sem dados do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

- Artigo em periódico eletrônico

Santana RF, Santos I. Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2005 [cited 2006 jan 12];7(2):148-58. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm.

- Artigo aceito para publicação, disponível online:

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. Forthcoming. [cited 2009 mar 09]. Author's manuscript available at: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2494.

Livros:

- Com único autor

Demo P. *Auto-ajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana*. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

- Organizador, editor, compilador como autor

Brigh MA, editor. *Holistic nursing and healing*. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

- Capítulo de livro

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

- Instituição como autor

Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

- Livro com tradutor

Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

- Livro disponível na Internet

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2009 Mar 09]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pq_pesquisa_em_saude.pdf.

Monografia, dissertação e tese

- Monografia

Tonon FL, Silva JMC. O processo de enfermagem e a teoria do autocuidado de Orem no atendimento ao paciente submetido à cirurgia de próstata: implementação de um plano de cuidados individualizado no preparo para a alta hospitalar [monography]. São Carlos: Departamento de Enfermagem/UFSCar; 2005.

- Dissertação

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

- Tese

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

Trabalhos em eventos científicos

- Anais/Proceedings de conferência

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM]; 2006 jul 17-21; São Paulo, Brasil. p. 135-6.

Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Cannabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain; 2002 Aug 17-22; San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

- Anais/Proceedings de conferência disponível na Internet

Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Internet]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, Brasil. 2002 [cited 2008 dec 31]. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

- Trabalho apresentado em evento científico

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Outras publicações

- Jornais

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

- Artigo de jornal na internet

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 2006 Apr 25 [cited 2009 feb 16]. Saúde. Available from: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

- Leis/portarias/resoluções

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2007.

- Base de dados online

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [cited 2009 mar 02]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004950/frame.html> Record No.: CD004950.

- Texto de uma página da Internet

Carvalho G. Pactos do SUS – 2005 – Comentários Preliminares

[Internet]. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2005 Nov 15 [cited 2009 mar 11]. Available from: http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1638

- Publicação no Diário Oficial da União

Lei N. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1994 Jan 05.

- Homepage da Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2009 feb 27]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2006 oct 20]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Faculdade de Enfermagem/UFG - Rua 227 Qd 68, S/N, Setor Leste Universitário. Goiânia, Goiás, Brasil. CEP: 74605-080. Telefone: (55 62) 3209-6280 Ramal: 218 ou 232 - Fax: (55 62) 3209-6282

ANEXO B – Declaração de Ciência da Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EMFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 17 de novembro de 2009.

Assinatura manuscrita em tinta preta, sobre uma linha horizontal.

Prof.^a Dr.^a Sayonara de Fátima Faria Barbosa
Coordenadora do Curso de Graduação
em Enfermagem da UFSC
Portaria n. 477/IGR/2009

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina

CEPSH - Sistema Online

Page 1 of 3

Logado como: **Pesquisador**, Olá Kenya Schmidt Reibnitz! ([Alterar dados pessoais](#))

Início	Cadastrar Nova pesquisa	Minhas Pesquisas	Sair
--------	-------------------------	------------------	------

[IMPRIMIR PARECER](#) | [VOLTAR](#)

Parecer Consubstanciado N°: 502/10

Data de Entrada no CEP: 17/11/2009

Título do Projeto: INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Pesquisador Responsável: Kenya Schmidt Reibnitz

Pesquisador Principal: Margarete Maria de Lima Lassalle

Propósito: Mestrado

Instituição onde se realizará: Outras

Objetivos (Preenchido pelo pesquisador)

Conhecer as concepções que os acadêmicos de enfermagem possuem sobre a integralidade na atenção à saúde. Identificar as contribuições dos acadêmicos de enfermagem para a aplicação dos princípios da integralidade para a prática acadêmica/profissional

Sumário do Projeto (Preenchido pelo pesquisador)

Breve introdução/Justificativa: A integralidade é um dos princípios do SUS, uma ação social resultante da interação democrática entre sujeitos no cotidiano de suas práticas na assistência à saúde, em todos os níveis do sistema. Permite a identificação dos sujeitos como totalidades, não fragmentados, inseridos num contexto social, no seu contexto de vida. Embora as políticas de saúde e de educação tenham instigado mudanças na formação, ainda percebe-se nas escolas de enfermagem práticas fragmentadas, pautadas no modelo biomédico. Reconhecer que a integralidade deve permear o processo de formação é um exercício de todos os envolvidos neste processo. No entanto esta realidade não é encontrada nos serviços de saúde e nas escolas de graduação. Considerando que à prática acadêmica prepara o futuro profissional para o mercado de trabalho, e este deve formar-se em consonância com a realidade de saúde do País, e sendo a integralidade um dos princípios dos SUS, torna-se prudente pesquisar a integralidade na graduação.

Tamanho da Amostra: (indique como foi estabelecido): Serão convidados para participar deste estudo os acadêmicos de enfermagem que estiverem cursando o quarto ano (sétima e oitava fase) do curso. Este critério torna-se relevante considerando que neste período o acadêmico já vivenciou as práticas curriculares, terá possibilidades de realizar o cuidado em saúde exercitando saberes e práticas adquiridos durante o curso e, posteriormente na vida profissional sob o eixo norteador da integralidade à saúde do qual trata este projeto. A proposta é desenvolver a pesquisa com grupos de no máximo quinze participantes por grupo, não ultrapassando dois grupos para coleta de dados. Isto justifica-se, pois percebeu em minha prática profissional a riqueza de se trabalhar com grupos menores, onde todos têm a oportunidade de se expressar. Ser for necessário será composto mais de um grupo para discussão.

Participantes / Sujeitos: (quem será o objeto da pesquisa): acadêmicos de enfermagem que estiverem cursando o quarto ano (sétima e oitava fase) do curso.

Infraestrutura, do local onde será realizada a Pesquisa: Departamento de enfermagem da UFSC e Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, que cederão infra-estrutura para as pesquisadoras desenvolverem as oficinas e iniciar a análise dos dados.

Procedimentos / intervenções: (de natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica): Pretende-se realizar seis oficinas com cada grupo para obter dados que permitam alcançar os objetivos desta pesquisa. Os encontros estão previstos para serem quinzenais, com duração média de duas horas, o que será acordado durante a primeira oficina, respeitando o interesse do grupo. A priori pretende-se realizar seis encontros, contendo momentos de acolhimento,

desenvolvimento do objetivo de cada oficina e reflexão, conteúdo poderão ser ampliados conforme o desenvolvimento dos trabalhos. As oficinas serão organizadas estabelecendo uma relação dialógica entre os sujeitos, e partindo de situações concretas das práticas dos acadêmicos.

Parâmetros avaliados: a análise de dados será de acordo com proposta por Trentini e Paim. Ocorrerá concomitante a atividade educativa e a coleta dos dados. A análise de informações consta de quatro processos genéricos, que ocorrem de maneira mais ou menos seqüencial: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. O processo de apreensão já se inicia com a coleta das informações que serão codificadas a partir de temas-chaves e após, agrupadas em categorias. A apreensão termina quando tiver dados suficientes – saturação. o processo de síntese será realizado a análise subjetiva das associações e variações das informações, onde haverá uma imersão da pesquisadora nas informações trabalhadas na fase de apreensão para conseguir completa familiaridade com elas. Na teorização utilizarei a literatura para apoio, interpretação e construção dos resultados e transferência a partir do desenvolvimento teórico e das relações conhecidas durante a síntese.

"Outcomes": Produção de dois artigos científicos publicados em periódicos internacionais e apresentação dos resultados em eventos nacionais. fortalecimento da produção científica na área de educação em enfermagem, o fortalecimento dos princípios do SUS na formação acadêmica.

Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo: a pesquisa não oferece riscos aos participantes exceto aos riscos inerentes aos procedimentos de coleta de dados, como as oficinas. A participação será voluntária sem remuneração observadas as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual com amplo acesso as informações acerca do estudo; com consentimento livre e esclarecido; garantia do anonimato e proteção da imagem individual; respeito aos valores manifestos sejam de caráter religioso, cultural ou moral.

Descreva como os participantes serao recrutados incluindo modos de divulgação e quem irá obter o consentimento: O convite aos participantes será feito no início do primeiro semestre de 2010 de forma verbal, durante uma aula ou reunião onde a maioria dos acadêmicos estejam presente. Pretende-se enviar convite também por correio eletrônico individual de cada acadêmico.

Estao os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? Sim

Quais os procedimentos que deverao ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo? Os participantes da pesquisa serão informados dos objetivos do estudo, da metodologia a ser adotada, tendo assegurado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B) o direito de acesso aos dados, o anonimato, e direito de desistir e retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Último Parecer enviado

Enviado em: 09/06/2010

Comentários

Emenda onde a coleta de dados muda de oficinas para entrevista individual semi-estruturada, por causa do horário dos sujeitos da pesquisa.

Parecer

Aprovado

Data da Reunião

31/05/2010

Enviado em:	01/12/2009
Comentários:	Os acadêmicos de enfermagem podem contribuir na aplicação dos princípios da integralidade, na assistência aos pacientes. Este projeto procura com a ajuda dos alunos do 4º ano (7ª e 8ª fases) do curso, por meio de oficinas, a implementação da atenção integral que está de acordo com os propósitos do SUS. Praticar ações coordenadas integradas com as demais instâncias do sistema de saúde, com equidade dentro do contexto social, como governo, organizações, pessoas, etc. para a promoção da saúde. São ações conjuntas de toda a sociedade, como a de profissionais da saúde, funcionários públicos, governo, etc, visando o bem estar do cidadão, oferecendo assistência a sua saúde, com qualidade, de forma igualitária, com dignidade e cidadania (status social).
Parecer:	Aprovado "ad referendum"
Data da Reunião:	30/11/2009

ANEXO D - Resolução 006/PEN/2009, de 02 de dezembro de 2009.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Instrução Normativa 06/PEN/2009

Florianópolis, 02 de dezembro de 2009.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 02/12/2009 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.
2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos.
3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

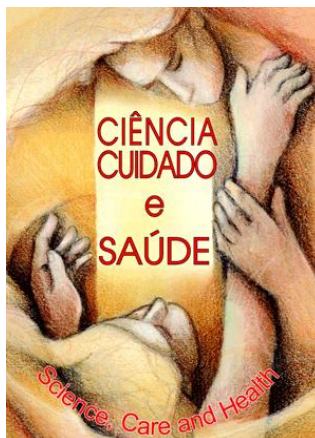
- a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico.
- b) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior para Doutorado e B3 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;
- c) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- d) A impressão final, após avaliação da Banca Examinadora, deverá seguir as normas de formatação da UFSC.

Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 01/PEN/2008, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 02/12/2009

ANEXO E – Instrução aos Autores – Revista Ciência, Cuidado e Saúde



Ciência, Cuidado e Saúde

Ciência, Cuidado e Saúde, ISSN 1677-3861 (impresso) e ISSN 1984-7513 (on-line), é publicada trimestralmente pelo Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM. A revista que objetiva divulgar a produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial, da enfermagem

Diretrizes para Autores

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Ciência, Cuidado e Saúde, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

Para submissão do artigo é necessário que pelo menos um dos autores seja assinante da revista. Acrescentamos que em caso de aprovação, os demais autores também deverão fazer a [assinatura da revista](#).

Assinatura Anual

Pessoa Física – R\$ 100,00

Instituição – R\$150,00

Aluno (de Graduação e Pós-graduação) –R\$ 80,00

Números Avulsos – R\$ 25,00

Números Avulsos (Anos anteriores) – R\$ 15,00

A quitação do *boleto bancário* é informada automaticamente. Não é necessário encaminhar o comprovante.

Os dados (nome, endereço completo com CEP, telefone; e em caso de aluno, também a instituição e o curso) deverão ser enviados para o e-mail: revden@uem.br.

Em caso de números avulsos, também informar por e-mail o exemplar desejado.

Informamos que os exemplares são encaminhados como IMPRESSOS, via correios, desse modo, alertamos que a entrega poderá demorar até dez dias úteis para ser realizada.

Os autores deverão encaminhar via correio:

1. Carta de submissão dirigida à Comissão Editorial da Ciência, Cuidado e Saúde, assinado por todos os autores, contendo declaração de que se trata de trabalho inédito e que o mesmo não está sendo submetido a outro periódico.
2. Declaração de transferência dos direitos autorais à Revista Ciência, Cuidado e Saúde, assinada por todos os autores.
3. Cópia do Parecer do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

O manuscrito só será submetido a avaliação dos pareceristas após a chegada destes documentos

Para avaliação do manuscrito, além das normas de publicação serão consideradas: atualidade e relevância do tema, originalidade, consistência científica e atendimento aos aspectos éticos. Os autores são responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho.

Após submissão não serão admitidas inclusão ou exclusão de autores. As opiniões e conceitos emitidos nos trabalhos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

Normas para apresentação dos trabalhos

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Os artigos deverão ser digitados em “word for windows” 98 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, com espaçamento duplo, com margens de 2,5 cm e papel A4.

- Ilustrações coloridas (figuras) não serão aceitas para publicação, devendo ser adaptadas para tons de cinza ou preto. Figuras e tabelas devem ser limitadas (os) a cinco no total.

2) Organização

a) Página de identificação

Não numerada, contendo título do trabalho com as devidas informações em nota de rodapé: se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição, se já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira e se originário de dissertação ou tese.

- Indicação da seção a que o texto se destina, conforme exposto no parágrafo introdutório;

- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores). Em nota de rodapé deverão constar: formação profissional, titulação e/ou cargo atual, instituição a que pertence(m) e endereço eletrônico.

- Endereço do autor principal para contato.

b) Manuscrito

Exige-se correção de português, inglês e espanhol e não deverá conter notas de rodapé. Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Título: em português, inglês e espanhol;

- Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;

- Palavras-chave: 3(três) a 5 (cinco) palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME;

- Resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen): devem corresponder à versão do resumo em português e seguido pela expressão Palavras-chave (Keywords e Palabras clave).

- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /considerações finais, Agradecimentos e Referências).

Observações:

- o depoimento dos sujeitos deverá ser apresentado em espaço simples, em itálico, com recuo à esquerda, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };

- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na seqüência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão
Exemplo(19:6).

3) Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte). No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez.
- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.
- Ao fazer a citação seqüencial de autores, separe-as por um traço (ex. 3-5); quando intercalados utilize vírgula (ex. 5,8,12).
- As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.
- Devem constar os nomes de todos os autores até 6, quando ultrapassar este número, citar os seis primeiros autores e em seguida utilizar a expressão et al.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Exemplos:

Livro

Marcondes E. Pediátrica básica. 8ª. ed. São Paulo: Sarvier: 1999.

Capítulo de Livro

Centa ML. A família enfrentando a infertilidade. In: Elsen I, Marcon SS. Silva MRD. O viver em família e sua interface com a saúde e doença. Maringá: Eduem; 2002. p. 121-40.

Dissertação/Tese

Mathias TAF. A saúde do idosos em Maringá: análise do perfil de sua morbimortalidade. 2002. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de saúde Pública-USP; 2002.

Artigos de periódicos

Uchimura TT, Szarfarc SC. Anemia e alimentação das crianças infessantes nas escolas estaduais de Maringá-PR. *Cienc Cuid e saúde*. 2002 jan/jun.;(1): 35-9.

Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Matsuda LM, Klassmann J, Meireles VC, nishimura CH, Saalfeld SMS. Instrumentos administrativos para a gestão do serviço de enfermagem: percepção dos enfermeiros. In: Anais do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2006 nob5-9; Salvador (BA). Salvador: ABEn - Seção BA, 2006.

Artigo de Jornal

Silva HS. Estatuto do idoso em estudo. *Jornal do Brasil*. 2003 Jul 6; Caderno B: p. 6.

Ministério profibe fabricação de uso de agrotóxicos à base de organoclorados. Folha de S. Paulo. 2002 Set 3; p. 25.

Documentos federais, estaduais e municipais

Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Educação e Cultura. Programa Estadual de Educação Física - 1987/1990. Rio de Janeiro: ECEF/SEEC - RJ; 1987. Mimeografado.

Brasil. Ministério da Saúde. INCA / Comprev. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de janeiro; 2006.

Documentos eletrônicos

Godoy CB. O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [on-line]. 2002 jul-ago. [citado em 28 abr 2006];10(4):596-603]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200400018&lng=pt&nrm=iso..jcn.co.uk/journal%202001/4_03_03.htm.

Para outros exemplos de referências consultar o site:
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Abreviaturas de títulos de periódicos em português consulte o site:
<http://www.ibict.br> e em outras línguas:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".

2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)

3. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

4. O texto está em espaço duplo; usa fonte "Times New Roman", tamanho 12; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas, no limite de cinco, inseridas no texto, e não em seu final. Limites de páginas de acordo com o tipo de contribuição (Artigos originais e de revisão, 15 páginas e relatos de experiência e reflexão, 10 páginas).

5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.

6. A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em [Asegurando a Avaliação por Pares Cega](#).

Declaração de Direito Autoral

DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que em caso de aceitação do artigo ".....", concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão

propriedade exclusiva de Ciência Cuidado e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Ciência Cuidado e Saúde.

Assinatura do(s) autor(es)

Data

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ANEXO F - Instrução aos autores - Revista Texto e Contexto Enfermagem



Informações Gerais

Os manuscritos submetidos à Revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da Texto & Contexto Enfermagem, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor (es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da

Texto & Contexto Enfermagem e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A Texto & Contexto Enfermagem apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo, conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações

pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar à conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista Texto & Contexto Enfermagem.

Categorias de Artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

Artigo original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A introdução deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os resultados devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A discussão, que pode ser

redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Relato de experiência: descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Revisão da literatura: compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Entrevista: espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

Resenha: espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

Preparo dos Manuscritos

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação

institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(o)s qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta

necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...]*(e7); Citações no texto para artigos na categoria

Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹ (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação. Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Livro padrão Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

Livro com edição Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.

Documentos legais: Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996. Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.

Material audiovisual Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

Dicionários e referências similares Ferreira ABH. Novo dicionário da

língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis (SC): Ed. Positivo; 2004.
Homepage/web site Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2007 Maio 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletr Enferm [online]. 2004[acesso em 2006 Out 01]; 6(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do “Ensino do Processo de Enfermagem” para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Revista Texto & Contexto Enfermagem Tel/fax: +55 (48)
 3721 9043 | 3721 9787 textoecontexto@ccs.ufsc.br