

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

PATRÍCIA FERREIRA DA CUNHA

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM:
INTERLOCUÇÕES FRENTE AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

SÃO LEOPOLDO, 2013

PATRÍCIA FERREIRA DA CUNHA

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM:
INTERLOCUÇÕES FRENTE AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Rosângela Barbiani

SÃO LEOPOLDO, 2013

PATRÍCIA FERREIRA DA CUNHA

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM:
INTERLOCUÇÕES FRENTE AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado pela banca examinadora emde.....de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosangela Barbiani

Prof. Dr. José Roque Junges

Profa. Dra. Simone Chaves

*“Pois não existe uma saúde em si,
e todas as tentativas de definir tal coisa
fracassaram miseravelmente. Depende de
seu objetivo, do seu horizonte, de suas
forças, de seus impulsos, seus erros e,
sobretudo, dos ideais e fantasias de sua
alma, determinar o que deve significar
saúde também para seu corpo.
Assim, há inúmeras saúdes do corpo”.*

Friedrich Nietzsche
(*A Gaia Ciência*, 1882)

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

CES - Câmara de Educação Superior

CNE – Conselho Nacional de Educação

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF - Estratégia da Saúde da Família

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IES – Instituição de Ensino Superior

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

PDI – Projeto de Desenvolvimento Institucional

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

PPP – Projeto Político Pedagógico

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de pronto atendimento

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	12
1.2 QUESTÕES NORTEADORAS	12
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 Objetivo Geral	13
1.3.2 Objetivos Específicos	13
1.4 JUSTIFICATIVA	14
2 MATRIZ DE REFERÊNCIA TEÓRICA	16
2.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE: UM NOVO OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS	17
2.1.1 A construção do conceito ampliado de saúde à luz da história da saúde no Brasil	20
2.1.2 Aproximações entre o campo da Saúde Coletiva e o SUS: ampliando as perspectivas em saúde	22
2.2 BALIZADORES QUE INTEGRAM A FORMAÇÃO PROFISSIONAL: AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	27
2.2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais: Propostas para Formação do Enfermeiro	29
2.3 FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: A ENFERMAGEM EM FOCO	32
2.3.1 A formação em enfermagem sob o olhar do conceito ampliado de saúde	34
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	38
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	38
3.2 CAMPO DE PESQUISA	39
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	39
3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	40
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	40
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	41
3.7 ANÁLISE DE DADOS	42
4 CRONOGRAMA DA PESQUISA	45
5 ORÇAMENTO	46
REFERÊNCIAS	47

APÊNDICE A – CATEGORIZAÇÃO DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS SEGUNDO O FOCO DA PRODUÇÃO	51
APÊNDICE B - PERIÓDICOS DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS	53
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ENTREVISTA COM DOCENTES.....	54
APÊNDICE D – ROTEIRO: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	55
APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	56
RELATÓRIO DE PESQUISA	58
1 APRESENTAÇÃO	59
2 DELINEAMENTO E LÓCUS DA PESQUISA	62
2.1 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	62
2.2 INSERÇÃO AO CAMPO	63
2.3 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	65
3 ANÁLISE DOS DADOS	71
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	78
APÊNDICE B – CLASSIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES – PRÉ-SÍNTESE	79
ARTIGO CIENTÍFICO	92
APRESENTAÇÃO	93

APRESENTAÇÃO

Com vistas a atender as exigências normativas da Unidade Acadêmica, Diretoria de Pesquisa e Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva Da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), a presente dissertação está distribuída da seguinte forma:

- a. Projeto de Pesquisa : apresentado e aprovado na defesa de qualificação do projeto de dissertação.
- b. Relatório de Pesquisa: o qual descreve a experiência da pesquisadora durante a trajetória de execução do projeto de pesquisa.
- c. Artigo Científico: formatado conforme as instruções para autores da Revista Interface: comunicação, saúde e educação.

PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

PATRÍCIA FERREIRA DA CUNHA

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM:
INTERLOCUÇÕES FRENTE AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

SÃO LEOPOLDO, 2012

1 INTRODUÇÃO

O projeto de pesquisa ora apresentado vincula-se ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

A **temática investigativa** focaliza a formação na graduação em enfermagem a partir do conceito ampliado de saúde como componente fundamental para uma prática profissional promotora de qualidade de vida.

Desta forma a ênfase dessa investigação recai no processo formativo do profissional da enfermagem, contextualizado às requisições da realidade social, ao SUS e à perspectiva da saúde coletiva como campo privilegiado de produção de conhecimento e de cuidado.

Para tanto, a elaboração desse projeto foi precedida de uma revisão de literatura, acrescida de minhas pesquisas e vivências enquanto acadêmica e profissional da área da enfermagem e mestranda em Saúde Coletiva.

O interesse pela temática investigativa é oriundo das vivências na época de minha formação onde o que mais me inquietava era compreender as formas e possibilidades de cuidar em saúde pública, que hoje no Brasil está embasada na Saúde Coletiva. Entretanto, as construções enquanto graduanda de enfermagem não me deram o subsídio necessário para tal atuação, onde o conhecimento e práticas dentro do aporte conceitual da saúde coletiva não foram suficientes.

Não obstante a minha experiência pessoal, essas lacunas formativas fazem parte do processo de implantação de um novo modelo de atenção e estão sendo detectadas em várias profissões do campo da saúde, motivo pelo qual é significativa a produção bibliográfica a esse respeito. Dentre estas estão Carvalho e Ceccim (2009); Campos (2009); Filho (2004); Ceccim, Fewerwerker e Ayres (2004); Pasche, Cruz (2005); Ito et al. (2006); Egry (1996); Vasconcelos, Pasche (2009); Rippel (2011); Lucchese et al. (2010); Silva, Rodrigues (2010); Waldow (2004); Silva, Costa (2010).

Tais apontamentos e perante as inquietações vivenciadas na formação acabaram por direcionar o estudo, que busca conhecer como vem ocorrendo o ensino da enfermagem e se os sentimentos experimentados enquanto graduanda e profissional estão circunscritos à subjetividade da pesquisadora ou também

representam uma inquietação coletiva, isto é, se constituem um fenômeno relevante e desafiador à formação dos profissionais de saúde, nesse caso do enfermeiro.

Para tanto, em termos metodológicos, a pesquisa proposta constitui-se em uma pesquisa exploratória, de cunho qualitativo. O campo escolhido é um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS, compondo o universo dos interlocutores docentes lotados nesse curso.

O projeto é composto por seis partes, sendo a introdução ora apresentada, onde elucido a temática investigativa desmembrada ainda em problema de pesquisa, questões norteadoras, objetivos, e justificativa. O referencial teórico que sustenta essa pesquisa está apresentado nos seguintes subcapítulos: Concepções de saúde: um novo olhar sobre as práticas; A construção do conceito ampliado de saúde à luz da história da saúde no Brasil; Aproximações entre o campo da saúde coletiva e o SUS: ampliando as perspectivas em saúde; Balizadores que integram a formação profissional: as Diretrizes Curriculares Nacionais; Diretrizes curriculares nacionais: propostas para formação do enfermeiro; Formação na área da saúde: a enfermagem em foco; A formação em enfermagem sob o olhar do conceito ampliado de saúde.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia que será utilizada para o desenvolvimento da pesquisa. O quarto capítulo e o quinto apresentam respectivamente o cronograma e o orçamento. O sexto capítulo refere-se às referências bibliográficas utilizadas na pesquisa, e na sequência os apêndices que ajudam a dar estrutura para a pesquisa.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como se configura na formação em enfermagem, em nível de graduação, na ótica dos docentes, a aprendizagem alinhada ao conceito ampliado de saúde, tendo como base, as concepções advindas das Diretrizes Curriculares Nacionais?

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

- Como os docentes associam o processo ensino-aprendizagem da enfermagem com os princípios doutrinários e diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde?

- No ensino da prática profissional como estão articulados os fundamentos do campo da saúde coletiva e do conceito ampliado de saúde?
- Como os docentes expressam seu entendimento acerca do saber-fazer profissional e dos processos de trabalho à luz da perspectiva da universalidade, equidade e integralidade, nos diferentes níveis de atenção à saúde?
- Que desafios se colocam à efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais, considerando a necessidade da formação de um profissional crítico, propositivo e promotor de qualidade de vida?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender, a partir da visão docente, a construção das competências e habilidades profissionais à luz do conceito ampliado de saúde no contexto da formação em enfermagem, em nível de graduação.

1.3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos norteadores da pesquisa são formulados do seguinte modo:

- a) Compreender, a partir dos depoimentos dos docentes, suas concepções e práticas sobre a formação do enfermeiro considerando o conceito ampliado saúde;
- b) Compreender, a partir dos depoimentos dos docentes, como se constroem propostas pedagógicas para o exercício das práticas, vivências e competências tendo como eixo a integralidade das ações em saúde;
- c) Verificar, a partir dos depoimentos dos docentes, as contribuições das práticas e conceitos da saúde coletiva para a formação do enfermeiro numa concepção ampliada de saúde;
- d) Verificar, a partir do depoimento dos docentes, como as propostas contidas nas Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Enfermagem estão sendo

alcançadas no sentido da formação profissional alinhada aos princípios do SUS e, portanto, a um conceito ampliado de saúde.

1.4 JUSTIFICATIVA

Na atualidade, fazem-se necessários novos modos de pensar e de conceber a saúde, indo ao encontro de métodos que propiciem a promoção da saúde e, sobretudo, a qualidade de vida dos indivíduos e coletivos. Dentro dessa perspectiva, os profissionais de saúde, incluindo os da área da enfermagem, necessitam ampliar seus modos de pensar e de praticar os cuidados em saúde.

A reforma sanitária ocorrida no Brasil foi um marco histórico e protagonizou inúmeras mudanças para a população brasileira, principalmente no que tange ao acesso e a qualidade da saúde prestada à população. Tais mudanças culminaram em um novo sistema de saúde, onde seus princípios nortearam posteriormente mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, objetivando uma reorientação da formação em saúde, visando assim, o desenvolvimento de habilidades e competências que extrapolam a técnica e entendem a saúde como um produto das condições de vida.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final do século XX apresentou significativos avanços no setor da saúde e mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil, com uma visão ampliada de saúde, ancorada em princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A sua implantação, com suas normas operacionais, interferiu diretamente na formação dos profissionais da saúde, com mudanças curriculares visualizando um novo perfil profissional para suprir as novas demandas do SUS¹. As competências e habilidades específicas apresentam diferenças de um curso de graduação para outro da área da saúde, mas de forma geral, estabelecem uma abordagem mais humanística e voltada para a integralidade das ações e da atenção, dentro da ótica da saúde coletiva (RIPPEL, 2011).

Frente a isso, e perante as tendências ou as necessidades de mudança da

¹A partir das Diretrizes Curriculares, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001, nas quais é definida como objetivo a Atenção à Saúde, para todos os cursos graduações da área da saúde, tendo como perfil básico para todas as áreas, o formando egresso/profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

formação dos profissionais da área da saúde para fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS e, sobretudo, para autonomia das pessoas são primordiais novos modos de saber-fazer profissionais para se buscar a qualidade em saúde e de vida da população.

A aproximação com os embasamentos da saúde coletiva para atuar no contexto da saúde pública se faz necessária, contudo, somente trazer à discussão os conceitos que circunscrevem a saúde ampliada não fornece os subsídios necessários para atuação efetiva da enfermagem, na direção da consolidação do SUS e de seus princípios.

O tema da formação profissional adquire maior relevância se considerarmos a centralidade do trabalho do enfermeiro² na organização dos serviços e dos processos de trabalho. Conforme foram estruturados e construídos os serviços demandam ações em torno do fazer da enfermagem, ou seja, colocam em destaque o trabalho desse profissional quer seja na coordenação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), na Unidade Básica de Saúde (UBS), dentre outros serviços.

Esse profissional possui papel fundamental, e também um “*status quo*” na atenção primária em saúde, o que predispõe clareza e apropriação acerca do sistema de saúde e do modelo de atenção proposto, cujo conceito ampliado de saúde rege as ações de promoção, prevenção e assistência em nosso país.

Nessa direção, a enfermagem é desafiada frequentemente a buscar caminhos que respondam, de forma crítica e efetiva às questões de saúde que são postas na vida em sociedade. (SILVA; COSTA, 2010).

A partir dessas alusões, acredito ser relevante refletir sobre a formação em enfermagem, seus desafios e conquistas, numa perspectiva que extrapola a formação técnica, centrada em procedimentos clínicos, agregando conceitos e práticas da saúde coletiva, mas não como espaço de fazeres e saberes em saúde, mas sim como um modo de ser e conceber as práticas de cuidado.

² Apesar da enfermagem possuir uma construção histórica vinculado ao gênero feminino, para fins de nomenclatura e padronização, para este trabalho foi elencado o gênero masculino.

2 MATRIZ DE REFERÊNCIA TEÓRICA

Este capítulo trata do referencial teórico que sustenta esse estudo, trazendo para discussão autores da saúde coletiva, da formação em saúde, da enfermagem e pesquisadores que trabalham com essa abordagem.

Na busca de pistas para a compreensão da problemática investigativa desse estudo foi realizada uma revisão de literatura em artigos científicos indexados à Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, a partir do ano de 2002, focalizando aspectos relativos à formação em enfermagem, em nível de graduação, contextualizadas ao conceito ampliado de saúde e à saúde coletiva³.

Importante ressaltar que os periódicos onde esses artigos estão indexados correspondem às revistas científicas reconhecidas academicamente e qualificadas segundo o conceito Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (APÊNDICE B).

Tendo como foco as dimensões que circunscrevem o conceito ampliado de saúde na formação em enfermagem, foram utilizados para consulta na BVS os descritores enfermagem, graduação, integralidade, saúde coletiva e diretrizes curriculares⁴.

Segundo esses descritores, obteve-se o total de 248 artigos científicos. Para seleção da amostra definiu-se os seguintes critérios de exclusão: artigos publicados antes de 2002 (marco na mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN para o curso de graduação em enfermagem que ocorreu em 2001); artigos que em seus resumos apenas faziam referência à formação em graduação enfermagem, não sendo este o foco da publicação.

Na leitura mais diretiva dos textos, visando ao adensamento do objeto de estudo, os mesmos foram categorizados em quatro eixos temáticos, segundo o foco de produção (APÊNDICE A): Projeto Pedagógico de Curso, Processo de Formação Profissional, Saúde Coletiva e Diretrizes Curriculares Nacionais. Essa categorização viabilizou identificar os artigos mais pertinentes com o estudo proposto para uma

³ Na intenção de acessar o maior contingente possível de artigos com abordagem na temática investigativa dessa pesquisa, realizou-se a mesma busca na Base ScientificElectronic Library Online. Contudo, esta se mostrou pouco representativa, agregando à revisão realizada somente 04 publicações que não constavam na BVS.

⁴ Foram realizadas as seguintes triangulações de descritores: enfermagem, graduação e integralidade; enfermagem, graduação e saúde coletiva; enfermagem, graduação e diretrizes curriculares; enfermagem.

análise de suas contribuições em relação ao problema de pesquisa.

No cenário de proposições e viabilidades na formação do enfermeiro, os artigos que compuseram o corpus final de pesquisa, totalizando 46 publicações, trazem, em sua maioria, resultados de pesquisas realizadas em nível de mestrado e doutorado. Os instrumentos utilizados para coleta de dados, de modo geral, são entrevistas junto a docentes e discentes, sendo analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo apresentada por Bardin.

No que se refere às pesquisas de cunho bibliográfico, destacam-se estudos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, direcionados a avaliação, aderências dos currículos e o processo de transição curricular dentro dos cursos de enfermagem do país. Nesse sentido, apontam que a enfermagem passa por um período de reformulação e de discussão, baseado nas dinâmicas das políticas de saúde, nos modelos assistenciais, e nas próprias DCN, necessitando de avanços na preparação do profissional. (ITO et al., 2006; BAGNATO, RODRIGUES, 2007; NIEMEYER, SILVA, KRUSE, 2010; SANTOS, 2004; MEYER, KRUSE, 2003; RIBEIRO, 2005; LOPES NETO et al., 2008; ROSSONI, LAMPER, 2004; SILVA, RODRIGUES, 2010).

Assim, a revisão de literatura juntamente com o mapeamento de livros e documentos relativos ao foco pesquisado resultou, em termos de referencial teórico, em eixos que, segundo o meu entendimento, se constituem no alicerce desse estudo.

2.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE: UM NOVO OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS

As concepções de saúde perpassam as formas de pensar de uma determinada época, ou sistemas de pensamento, os quais influenciam diretamente os modos de agir quanto à saúde. Assim, no início da história, a saúde era concebida como dádiva, e a doença como punição, as quais, saúde e doença permaneciam no imaginário como advindos de feitiçaria, magia, pecados ou purificação. (IBANEZ; MARSIGLIA, 2000).

Na Idade Moderna, o pensamento que embasava as concepções acerca da saúde começa a se modificar, este advento ocorre pela queda do poder da igreja católica e a ascensão da burguesia. Com isso surge a relação da doença com as questões sanitárias e de higiene pessoal e coletiva, ou como denominada, a “Era

bacteriológica”, numa perspectiva de doença e agente etiológico. (IBANEZ; MARSIGLIA, 2000).

São inegáveis as contribuições das noções do processo saúde/doença no decorrer da história, suas descobertas que determinaram um processo de “evolução”, ou construção dos modos de entender e conceber a saúde. No que tange a formação da medicina social, fato este constructo do campo da saúde como ato político-social, Foucault (1979) indica três etapas: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho.

A medicina estatal alemã, definida também como polícia médica configurava-se numa organização de um saber médico estatal e normalização da profissão médica (profissões da saúde). Havia uma subordinação dos médicos a uma organização central que realizava a regulação nos serviços, no qual estes integravam uma organização médica estatal, configurando-se num controle corporativo das profissões. (FOUCAULT, 1979).

Na segunda metade do século XVIII, a medicina urbana francesa realizava ações reguladoras do espaço urbano, com aperfeiçoamento da tecnologia médico-política da quarentena. Havia uma preocupação com o controle e estabelecimento da boa circulação do ar e da água, assim como uma planificação e distribuição dos equipamentos necessários à vida comum com base na noção de saúde das cidades. (FOUCAULT, 1979).

A última etapa elencada por Foucault (1979) é a fase vivida na Inglaterra, a qual ofertava assistência médico-sanitária aos pobres para a preservação da saúde dos ricos, com uma organização de sistemas de saúde, segundo a clientela a ser atendida. Na medicina da força de trabalho inglesa iniciou-se com a obrigatoriedade das ações coletivas, como as vacinações, e a organização dos sistemas de registros de doenças e epidemias (vigilância).

Os avanços nas ciências biológicas, a partir do século XIX, alteraram os níveis de saúde de maneira sensível e seus efeitos positivos, segundo Westphal (2009), são inegáveis. Contudo, a autora acrescenta que essas modificações não deram e ainda não estão dando conta, na contemporaneidade, dos efeitos das mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais as quais a população tem que enfrentar, desenhando um cenário onde as pessoas continuam morrendo de velhas e novas doenças.

Acredita-se na importância que tiveram todas as pessoas envolvidas no

processo de descoberta e mudança na história da saúde, fazendo com que verdades absolutas fossem revistas, e outras verdades surgissem. A partir dessas desconstruções que o ser humano alcançou possibilidades que pareciam remotas para uma determinada época, principalmente no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de doenças. (WESTPHAL, 2009).

Para Silva e Costa (2010) o conceito da saúde não existe homogeneidade de posições, onde as definições acabam se tornando incompletas. É nesse prisma que os indivíduos assumem o papel de protagonistas, onde são capazes de controlar os fatores determinantes para saúde, mesmo que eles não compreendam o próprio conceito de saúde.

Dentro dessa perspectiva, ter saúde não significa somente estar livre de doenças e sofrimentos físicos e psíquicos, mas ter condições necessárias para ser assistido, para trabalhar, para viver, para estudar e assim, poder ter uma vida digna. A saúde deve ser compreendida como a possibilidade de realização plena do ser humano onde o indivíduo e a coletividade tenham uma assistência de qualidade, onde essa assistência atenda as demandas da população. (SILVA; COSTA, 2010).

Assim, pensar as práticas em saúde, na atualidade, requer (re)pensar novos modos de organização dos serviços e processos de trabalho, num entendimento que a saúde independe somente da ausência de doenças, mas ambas, saúde/doença, fazem parte de um processo de viver em sociedade, que requer um olhar ampliado sobre seus determinantes.

No contexto brasileiro, a necessidade de algumas reformas estruturais no campo da saúde foram expressas por trabalhadores da saúde, pensadores e população em geral, a partir de meados do século XX, onde a noção de saúde passa a ser compreendida de forma ampla, ou seja, não à mera ausência de doença, mas relacionada ao bem estar e a qualidade de vida. Portanto se a saúde é concebida de forma ampliada, pode-se dizer que ampliam-se também as possibilidades de abordagem do sujeito doente e do sujeito saudável. (GONZE; SILVA, 2011).

Nesse contexto, Nunes, Marcondes e Cabral (2010, p.105) expõem que no Brasil a noção de saúde tem sido politizada pelo Movimento Sanitário, trazendo em seu “coletivo” a marca das ciências sociais e humanas, com a denúncia da insuficiência funcionalista, e da crítica da generalização do corpo do paciente para um pretense ‘corpo social’ que seria objetivo e medicalizável” (grifo dos autores).

2.1.1 A construção do conceito ampliado de saúde à luz da história da saúde no Brasil

No Brasil, as mudanças nas concepções de saúde, e conseqüentemente das práticas, são notórias quando realizado um estudo retrospectivo do setor saúde no país. No início do século XX, a assistência à população desprovida de recursos era prestada por entidades filantrópicas, onde os cuidados prestados se resumiam ao acolhimento, se configurando hospedarias para doentes, indigentes e andarilhos.

A falta de um modelo sanitário deixava as cidades brasileiras vulneráveis às epidemias. A cidade do Rio de Janeiro é um exemplo do quadro caótico apresentado no início do século, com presença de várias doenças graves como malária, febre amarela, varíola e posteriormente a peste. Passados vinte anos, a saúde pública ainda se restringia ao controle de epidemias, com médicos sanitaristas e inspetores sanitários (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Na década de 1930 cria-se o Ministério da Educação e Saúde Pública, estabelecendo-se, segundo descreve Junior e Alves (2007), formas de atuação na área da saúde mais estáveis a partir da instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas sendo criados alguns programas.

Esses programas eram organizados com base nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia que determinavam o bicho a ser atacado e o modo de organizar o ataque, sem levar em conta aspectos sociais ou mesmo a variedade de manifestações do estado de saúde de um ser de acordo com a região e/ou população e, por isso, denominamos Programa Vertical (JUNIOR; ALVES, 2007).

Segundo Polignano (2001) até o final dos anos 50, a assistência médica previdenciária era considerada secundária no sistema previdenciário do país, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações. Em meio ao regime militar, na década de 1960, começa as articulações para unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP, que vêm a se efetivar apenas em janeiro de 1967, com a fundação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.

Nesse período a saúde pública era direcionada para formulação e coordenação da política nacional de saúde, atividades médico-ambulatorial, ações de prevenção de doenças, controle de drogas, de medicamentos e alimentos e

pesquisa médica-sanitária (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Foi na década de 1970 que começou a mobilização dos movimentos sociais, com surgimento dos sindicatos por categoria, associação de moradores, entre outras organizações, iniciando assim um movimento da população para reivindicar seus direitos e seu espaço nas decisões públicas. (BAPTISTA, 2007).

A década de 1980 foi povoada de transformações no Brasil, iniciando com as eleições democráticas para governadores (1982) e eleição direta para presidência da república (1985), coincidindo ainda com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo esta a primeira conferência com participação popular e o marco para o processo de reorganização do sistema público de saúde do Brasil. (BAPTISTA, 2007).

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde). (POLIGNANO, 2001, p.21) (grifo do autor)

Nessa Conferência, segundo Noronha, Lima e Machado (2008) eram discutidos o acesso a saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema de saúde a nível nacional e o financiamento do setor, que nutriam um imenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988.

Na nova Constituição Federal, em seu capítulo VIII da Ordem Social e na seção II referente à Saúde, define no artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Ainda define no seu artigo 198 que, “as ações e serviços públicos constituem um sistema único organizado a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”. Assim, nasce no Brasil o Sistema Único de Saúde – SUS, que concebe a saúde a partir de fatores determinantes e condicionantes, sendo eles a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o emprego e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1988;

BRASIL, 1990).

Esse conceito ampliado de saúde que emergiu das discussões da 8ª Conferência Nacional (BRASIL, 1986) deixam evidente que as ações na área da saúde devem extrapolar o âmbito da atenção assistencial à própria saúde. Ações em outras esferas como educação, moradia, emprego, lazer, dentre outros, devem ser implementadas com o objetivo de garantir a saúde da população. Essa definição de saúde envolve reconhecimento do ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida.

Nessa construção histórica e constante da saúde, de superação de conceitos e práticas, refletem-se hoje, resultados positivos, ainda que insuficientes frente às iniquidades da saúde, em pessoas mais saudáveis com uma perspectiva de vida maior. Os esforços na valorização de ações de promoção da saúde configuram-se como propostas ainda tímidas, apesar de advindas de uma construção de mais de vinte anos e reforçadas no campo da saúde coletiva.

2.1.2 Aproximações entre o campo da Saúde Coletiva e o SUS: ampliando as perspectivas em saúde

Nessa vertente de acontecimentos há a notoriedade do campo da saúde coletiva, que se apresenta como um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, onde não há limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde. Todas as práticas estão orientadas para promover autonomia e qualidade de vida, melhorando as condições de existência das pessoas e coletividades, possibilitando as transformações nos modos de viver, através da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, entre outras práticas de saúde. (CARVALHO; CECCIM, 2009).

A saúde coletiva é vista como uma invenção brasileira, um campo de reflexão crítico- construtiva para a produção de novos projetos éticos-humanitários no campo da saúde, pautada por perspectivas políticas, epistêmicas, éticas de cunho emancipatório. É considerada um campo de conhecimento, de investigação, de formação, de instigação, de experimentação, de iluminação para desenvolvimento de novas práticas de saúde. (PASCHE; CRUZ, 2005).

Portanto a saúde coletiva é vista como um campo de conhecimento. Uma prática sócio-política de uma visão filosófica, ou seja, de uma atividade que se conforma em uma dimensão teórica, em um movimento e um pensamento. (NUNES, 1994).

Tem como eixo norteador as necessidades sociais em ações da saúde, possuindo alguns marcos conceituais importantes, tais como:

[...] O cruzamento entre diferentes saberes, e práticas, a ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS, a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade, a valorização do cuidado e não só da prescrição, o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde, a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao “mercado da cura”, entre outros princípios. (CARVALHO; CECCIM, 2009. p. 139)

Assim, a partir dos conhecimentos advindos dessa área, surgiram novas propostas de produzir saúde visando melhorar a organização do sistema, trazendo à cena os pressupostos de universalidade, integralidade e equidade como princípios norteadores das práticas, exigindo profissionais com formação diferenciada, capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde e atender as necessidades postas pelo setor da saúde no Brasil. (ITO et al, 2006).

Contudo, mesmo frente a esses pressupostos, ainda no campo da saúde, perpetua-se uma relativização em torno da saúde coletiva e da saúde pública, tomando-as como sinônimos. Com isso, faz-se necessário entender que a saúde coletiva não é um neologismo ou uma tentativa de modernização da saúde pública, surge como um termo vinculado a um esforço de transformação, como veículo de uma construção alternativa da realidade que é o objeto da ação, dos métodos para estudar esta realidade e das formas das práxis. (EGRY, 1996).

Assim, enquanto a saúde pública conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo a individualização da causa etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença. (EGRY, 1996).

A saúde coletiva, no processo de construção do conceito ampliado de saúde, produz referências para re-configuração da assistência em saúde no Brasil, embasada nos princípios do SUS, sendo um referencial para ações e o agir em

saúde – práticas e teorias.

Desta forma, pensar a organização dos serviços e processos de trabalho a partir de um conceito ampliado de saúde requer conhecer o sistema de saúde que vigora no Brasil para entender suas relações com as bases conceituais da saúde coletiva e, subseqüentemente, com a formação dos profissionais da saúde.

O Sistema Único de Saúde surge, conforme referenciado anteriormente, a partir da reformulação da Constituição Nacional de 1988, com alteração da lei da saúde pautada nos relatórios da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que destituía a relação de vínculo empregatício com o direito ao acesso à saúde associada a uma concepção de saúde mais abrangente. Porém não havia ainda um modelo a seguir, uma lei organizada que direcionasse as ações da saúde.

O SUS ter se dado na Constituição Federal de 1988, esta só foi regulamentada em 1990 pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8142/90. A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 define o modelo operacional do SUS, ou seja, propõe sua organização e funcionamento, enquanto que a Lei 8142/90 configura-se como lei complementar referente aos repasses financeiros de cada ente federativo através do então criado Fundo Nacional de Saúde e da participação da comunidade nas decisões e fiscalização do sistema (BRASIL, 1990a, 1990b).

Assim, as competências do SUS foram criadas pelas Leis Orgânicas da Saúde, onde três gestores dividem responsabilidades para garantir o direito à saúde da população brasileira. Cada gestor atua em uma determinada área dividindo suas responsabilidades. Contudo a partir da diretriz organizacional de descentralização, os municípios tem maior autonomia na gestão da saúde, sendo esse um marco na organização do SUS.

O SUS deve seguir alguns princípios e diretrizes organizacionais que são postos pela Lei Orgânica da Saúde (LOS)n.º 8080/90 (BRASIL, 1990) tendo validade para todo o território nacional⁵.

⁵No Capítulo III da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a) são elencados as 13 diretrizes norteadoras do SUS, sendo: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização. (MATTA, 2007, p. 61).

Apesar da importância de todos os aspectos das diretrizes norteadoras do SUS para o direcionamento das ações em saúde e organização do sistema, sete são elencados como determinantes, correspondendo três aos princípios doutrinários e quatro as diretrizes organizativas. A universalidade, equidade e integralidade correspondem aos princípios doutrinários e a descentralização, participação da comunidade, hierarquização e regionalização as diretrizes organizativas. (MATTA, 2007).

Na discussão que circunscreve o conceito ampliado de saúde, e suas interlocuções e aproximações com a saúde coletiva e esta com o SUS, os princípios doutrinários são os de maior relevância.

A universalidade coloca a assistência em saúde como um direito de todos os cidadãos, isto significa que todas as pessoas têm direito ao atendimento, independente da situação empregatícia ou renda, e da contribuição (seguridade social), sendo a Assistência em Saúde concebida como direito de cidadania e dever dos governos Municipais, Estadual e Federal. Prevê a garantia do acesso a todos os níveis de assistência: de baixa complexidade (Unidade Básica de Saúde -UBS , Estratégia Saúde da Família- ESF, postos); de média complexidade (ambulatórios, emergências, Unidade de Pronto Atendimento-UPA); de alta complexidade (hospitais, exames especializados) objetivando prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. Garante também, o acesso universal e igualitário e a redução de riscos de doenças e de outros agravos. (MATTA, 2007; VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A integralidade supõe que o atendimento oferecido pelo SUS engloba todas as dimensões do processo saúde-doença onde é necessária uma visão integral do ser humano, com ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos,

direção única em cada esfera de governo;X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

articulando ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças com a assistência ambulatorial e hospitalar, voltadas para o diagnóstico, tratamento e reabilitação. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

“O SUS deve ter atendimento integral aos cidadãos, o que significa realizar ações de prevenção da doença, de promoção da saúde, de tratamento da doença e de reabilitação das funções alteradas do organismo”. (FIGUEIREDO, 2007, p. 66).

Segundo Campos (2009) o objetivo principal do SUS é formular e implementar a política nacional de saúde, que deve promover uma vida mais saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população e assegurar atenção integral à saúde.

A equidade rege o direito de todo o cidadão em utilizar os serviços de saúde de forma igualitária, onde todos são iguais perante o SUS, assim sendo atendido e acolhido conforme suas necessidades. O SUS se organiza na atenção primária, localizada em regiões ou territórios onde há maior necessidade socioeconômica, com intuito de diminuir as desigualdades, tratando desigualmente os desiguais, ou seja, investindo mais aonde a carência é maior. Articula-se no Princípio de Justiça Social oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo assim as desigualdades existentes. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Esse sistema deve existir para toda a população e não só para os que trabalham ou contribuem com algum plano de saúde. Mas para que isso ocorra, a população deve conhecer as diretrizes e princípios do SUS para cobrar seus direitos, pois ainda existem muitos aspectos a desejar.

Um exemplo da falta de conhecimento da população é que grande parte considera o SUS como um programa para pobres. Devido a este pensamento espalha-se no imaginário social a visão de que os serviços públicos estatais não são de qualidade e só quem deve utilizá-los são aqueles quem não tem outra opção.

Vale elucidar que as diretrizes organizativas normatizam e direcionam o funcionamento do sistema de saúde quanto a gestão, organização, níveis de assistência, dentre outros. Contudo, todas as diretrizes do SUS não são suficientes se não houver a *Integração* das ações entre os subsistemas que constituem o sistema de saúde, e dos serviços em redes assistenciais integradas. A integração de recursos, de meios e de pessoal na gestão é preconizada por Campos (2009) como condição básica para assegurar a eficácia e eficiência ao sistema, e garantir a continuidade do cuidado aos usuários conforme previsto no princípio de

Integralidade do cuidado.

O SUS veio para modificar o Sistema de Saúde no Brasil, com o objetivo de superar as dificuldades da população principalmente devido às desigualdades socioeconômicas, proporcionando o direito à saúde que todos merecem, mas segundo Giovanella, (2008) sua consolidação passa por uma série de desafios, exigindo mudanças estruturais e estratégias de longo prazo. Dentre essas está a formação dos profissionais de saúde, que iniciou um novo processo com a mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área.

2.2 BALIZADORES QUE INTEGRAM A FORMAÇÃO PROFISSIONAL: AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

A necessidade de reformulação curricular na graduação da área da saúde, com mudanças paradigmáticas foi intensamente discutida no Brasil: do paradigma flexneriano⁶ ao da integralidade, com ênfase na promoção e não mais com enfoque em doenças. Essa mudança paradigmática exige transição de um modelo de ensino-aprendizagem baseado na transmissão da informação para construção do conhecimento, da fragmentação disciplinar à integralidade, do hospitalocentrismo à diversidade dos cenários; da centralidade no saber docente à escolha de conteúdos baseados nas necessidades sociais. (BATISTA E BATISTA, 2004).

Após uma década de instituição de um novo modelo no ano de 2001, foram instituídas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde que progressivamente começaram a vigorar no Brasil. As primeiras diretrizes curriculares modificadas foram as dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição.

Tais diretrizes curriculares, elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino, foram analisadas pela Comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE) tendo como referência, além da Constituição Federal de 1988, documentos que orientam e regem o sistema de

⁶ Também chamado de Medicina Científica, esse paradigma surge após o Relatório Flexner (1910) que propunha mudança da prática médica, com ênfase na pesquisa biológica e especialização médica. Tendo como características: biologismo, individualismo, especialização, tecnificação, ênfase nos aspectos curativos e hospital. O enfoque populacional e coletivo perdeu enorme terreno e o indivíduo tornou-se o único objetivo da prática médica.

ensino e o sistema de saúde do país⁷. (BRASIL, 2001a).

No tocante ao seu formato, todas as diretrizes devem se estruturar em seis eixos, podendo ainda conter tópicos específicos, a saber:

- a) Perfil do Formando Egresso/Profissional;
- b) Competências e Habilidades
 - Competências Gerais – Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; Educação permanente.
 - Competências e Habilidades Específicas;
- c) Conteúdos Curriculares;
- d) Estágios e Atividades Complementares;
- e) Organização do Curso e;
- f) Acompanhamento e Avaliação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais- DCN constituem orientações para a elaboração dos currículos de todas as Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil, e recomendam, conforme Parecer CNE/CES 1133/2001, que os currículos dos cursos da área de saúde contemplem “elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente”. (BRASIL, 2001a, p.2).

As mudanças das DCN objetivaram, sobretudo, estimular

o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. (BRASIL, 2001, p.2)

Em seus princípios, assegura as IES, a partir das orientações contidas nas diretrizes curriculares de cada curso, autonomia na elaboração dos currículos de seus cursos, materializando o que foi definido na Constituição Federal e no Plano Nacional de Educação. (RIPPEL, 2011). Orientam, dentre outros, evitar que a duração dos cursos sejam prolongados desnecessariamente; incentivar uma sólida

⁷ Os documentos de referência da área da saúde foram a LOS n.º 8080/90, Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA e os Instrumentos legais que regulamentam os exercício das profissões da saúde. (BRASIL, 2001a).

formação geral, com diversificados tipos de formação e diferenciadas habilitações em um mesmo programa; estimular práticas de estudo independente; estimular o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do espaço escolar; fortalecer a articulação da teoria com a prática.(BRASIL, 2001a).

Reforçou a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, onde o “conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação”. (BRASIL, 2001a). Tendo estes como balizadores, o objeto e objetivos das DCN dos cursos de graduação da área da saúde foram definidos.

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2001a, p.4, grifo do documento).

É com base no exposto que as DCN dos cursos da área da saúde foram formuladas, com propostas gerais e também específicas para cada curso, porém direcionando para uma formação com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo como eixo balizador o conceito ampliado de saúde, consubstanciado nos princípios e diretrizes do SUS.

2.2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais: Propostas para Formação do Enfermeiro

Apesar dos cursos apresentarem suas especificidades, o perfil profissional desejado para todas as áreas da saúde faz referência a uma formação profissional generalista, humanista, crítica e reflexiva, onde atuando diretamente com o ser humano, suas ações estejam voltadas à integralidade do indivíduo, não só do ponto de vista físico, mas também social e moral. (RIPPEL, 2011).

Tais prerrogativas estão presentes na Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de

novembro de 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Prevê como objetivo, na formação do enfermeiro, dotar o profissional de conhecimentos para o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e específicas.

Sucintamente, no seu Art. 4º, nas competências e habilidades gerais aborda que cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Responsabilizar-se pela atenção à saúde, tanto em nível individual como coletivo, sendo acessíveis a aprendizagem permanente, isto é, devem aprender a aprender.

Quanto às competências e habilidades específicas na formação do enfermeiro, estas apresentam maior interface com a temática proposta, assim sendo abordadas de maneira mais detalhada, conforme segue:

- I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; [...]
- VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...]
- IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; [...]
- XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades; [...]
- XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.
- XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; [...]
- XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; [...]
- XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade; [...]

XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento; [...]

XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo; [...]

XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. (BRASIL, 2001b, Art. 5)

Nos conteúdos essenciais para o curso de graduação em enfermagem, definido no seu Art. 6, “devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem” (BRASIL, 2001b, Art. 6). Devem contemplar Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem.

Além de conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos o currículo deve incluir nos últimos semestres do curso o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades. (BRASIL, 2001b, Art. 7).

Mas, sobretudo, o curso de graduação em enfermagem construir coletivamente seu projeto pedagógico, tendo o aluno como centro do processo de ensino, ou seja, “como sujeito de aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino- aprendizagem” (BRASIL, 2001b, Art. 9).

A estrutura do curso de graduação em enfermagem deverá assegurar, dentre outras prerrogativas, a articulação entre teoria e prática ao longo de todo o curso de forma interdisciplinar e integrada, promovendo uma educação para cidadania e participação social reconhecendo-se como membro da sociedade e responsável pela mesma, aprendendo, sobretudo o “aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro”. (BRASIL, 2001b, Art. 14).

A partir do que propõem as Diretrizes Curriculares Nacionais, Gonze e Silva (2011), aludem que essas demonstram a valorização das habilidades interpessoais e pessoais do acadêmico, tais como formação do pensamento crítico, trabalho em equipe entre outros. Avanço esse no que se refere à valorização das

potencialidades de cada acadêmico, onde ele passa a ser visto como um protagonista do processo ensino-aprendizagem.

2.3 FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: A ENFERMAGEM EM FOCO

Apesar de mais de dez anos de vigência das novas diretrizes curriculares observa-se que as práticas de saúde no SUS ainda estão pautadas na lógica da medicalização, da verticalização de programas, em ações e relações fragmentadas e hierarquizadas entre os profissionais da área da saúde. Embora existam mudanças significativas, ainda é preciso superar os modelos hegemônicos da educação, gestão e de atenção à saúde. (LUCCHESI et al. 2010).

No âmbito da formação na área da saúde há muito que se abordar tendo em vista as modificações propostas nas diretrizes curriculares nacionais agregadas aos marcos conceituais da saúde coletiva e do próprio SUS. Perante tais perspectivas, discutir a formação dos profissionais da área da saúde implica tematizar o ensino, que tradicionalmente se caracteriza por uma formação centrada em conteúdos e em uma pedagogia de transmissão, desenhando-se um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação.

Um dos desafios para o SUS e também para as IES é a formação de profissionais de saúde competentes diante das situações reais, postas pelos serviços e pela gestão em saúde, para o 'como' e 'para quê' estão sendo formados os profissionais de saúde. (LUCCHESI et al. 2010).

Corroboro com Carvalho e Ceccim (2009) que no âmbito de políticas educacionais, a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade. As disciplinas passaram a defender a vigência e a manutenção ao corporativismo das especialidades e aos controles burocráticos dificultando práticas interdisciplinares e aceitando a fragmentação como modo organizador de saberes-fazeres.

Os autores aludem que no decorrer dos últimos anos e no contexto da reforma sanitária brasileira houve uma intensificação de movimentos direcionados para a “construção de outras possibilidades pedagógicas, assim como outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudança na formação” (CARVALHO; CECCIM, 2009, p.138).

Há necessidade da integralidade da atenção à saúde e a apropriação dos princípios norteadores do SUS para ampliar a capacidade dos profissionais de percepção e intervenção sobre a saúde, superando uma formação orientada pelas ciências das doenças/curativas. Silva e Rodrigues (2010) apontam como proposta a pertinência da inclusão de cenários de aprendizagem, envolvendo como um todo as redes de serviços públicos de saúde, devendo ser conhecidas ao longo da formação garantindo a familiarização e destreza na atuação do futuro profissional.

Também, configuram-se como propostas os Currículos integrados, os movimentos coordenados pela Rede Unida, o debate e a construção das DCN, que vislumbram o protagonismo em prol das reformas do ensino que venham a dialogar diretamente com os movimentos por mudança no setor saúde (CARVALHO; CECCIM, 2009, p.138).

Nesse percurso de uma década da implantação das novas diretrizes curriculares, Filho (2004) refere que é necessário aprofundar reflexões sobre os meios e os modos como a formação profissional vem ocorrendo. Isto é, se os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino utilizadas permitem ao aluno aprender tanto os procedimentos técnicos indispensáveis ao exercício profissional como, também, desenvolver visão crítica em relação ao processo de trabalho e ao mundo que o circunda.

Para Filho (2004) é preciso pensar uma formação profissional orientada para o trabalho, entendido como processo de humanização do homem, com objetivo de integrar conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos.

Refere ainda, que a educação vem formando profissionais para atuar na saúde sem que exista um diagnóstico preciso em relação às necessidades desse setor, o que ocasiona um descompasso entre as ações educacionais e as necessidades dos serviços de saúde, obrigando este a assumir a responsabilidade e a intensificar iniciativas para preparar seus quadros nos próprios locais de trabalho.

Autores como Ceccim e Feuerwerker (2004), Filho (2004), Ayres (2004) aludem que os setores da educação e da saúde precisam estabelecer uma estreita e permanente parceria interinstitucional, com objetivo de desenvolver ações conjuntas e articuladas para a elaboração e a construção de uma proposta educacional que conjugue os conhecimentos produzidos e acumulados pelas duas áreas.

Esses estudos apontam que apesar dos esforços de mudança na formação

dos profissionais da saúde, ainda prevalece uma formação centrada na doença, fundamentada no paradigma biologicista.

2.3.1 A formação em enfermagem sob o olhar do conceito ampliado de saúde

Antes de adentrar na formação do enfermeiro, e como as diretrizes corporificam essa mudança na formação, é importante entender as bases constitutivas da enfermagem.

A preocupação da enfermagem com a questão de uma construção de conhecimento próprio da profissão nasce no século XIX, com Florence Nightingale, que afirmava que a enfermagem requeria conhecimentos distintos dos da medicina. Ela definiu as premissas em que a profissão deveria se basear estabelecendo um conhecimento de enfermagem direcionado às pessoas, às condições nas quais elas vivem e em como o ambiente poderia atuar, positivamente ou não, sobre a saúde das mesmas. (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

A enfermagem é uma profissão que ao longo do tempo vem construindo sua história, e estabelecendo uma relação mais íntima com as práticas de cuidado para com os outros, onde a sua “relação com a sociedade é permeada pelos conceitos, preconceitos e estereótipos que se estabeleceram na sua trajetória histórica e que influenciam até hoje a compreensão de seu significado enquanto profissão da saúde composta de gente que cuida de gente”. (PADILHA, 2000. p. 75).

Contudo, apesar desse modelo profissional, mudanças na formação em enfermagem foram necessárias com o passar dos anos para que houvesse uma devida adequação as demandas existentes. Acompanhar as exigências de uma determinada época refere-se também a atualização e adequação a realidade vivenciada, assim, o perfil profissional no Brasil apesar de manter raízes na história da enfermagem, hoje responde a uma nova concepção de saúde e consequentemente de cuidado, corporificada pelas demandas do SUS e as definições propostas nas DCN.

A enfermagem constitui-se como profissão eminentemente do cuidado, construída e reintegrada à sua essência a partir de um resgate histórico e fortalecimento da construção do ser enfermeiro ancorados dos preceitos do SUS e da saúde coletiva. Direcionando o olhar para o cuidado, enquanto estrutura e conceito, este é anterior as vertentes da saúde coletiva, do conceito ampliado de

saúde e do SUS, onde seus princípios do cuidado são condizentes com os utilizados por essas vertentes no que diz respeito à integralidade, humanização, equidade e universalidade onde estes veem ao encontro do que se preconiza para que haja um efetivo cuidado.

Para Waldow (2004) o cuidado em sua essência é foco unificador da enfermagem, situando-a como ciência, na qual o cuidado humano tem base na abordagem humanística, englobando atitudes e valores que se evidenciam em ações concretas.

A autora vislumbra esse cuidado sob uma perspectiva onde o ser humano é valorizado e visualizado em sua totalidade, reportando a um conceito de saúde ampliado que visiona o cuidado integral. Resgata uma concepção do ser humano não como um organismo separado, corpo-mente, mas a existência de uma forte relação entre problemas patológicos e orgânicos e entre a dimensão emocional do sujeito. Contudo, atualmente existe resistência em muitas instituições e em diversos profissionais a respeito dessa ideia, onde o paradigma cartesiano em que o reducionismo é evidenciado mescla com ideias chamadas holísticas, nas quais o ser é visto como um todo, rejeitando o separatismo. (WALDOW, 2004).

Os estudos identificados na revisão de literatura apontam para necessidade de uma formação direcionada para o SUS (BERNARDINO, OLIVEIRA, CIAMPONE (2006); HECK et al.(2009); LUCCHESI, VERA, PEREIRA(2010); ROSSONI, LAMPERT;(2004) com um currículo direcionado para essa formação (BACKES, SILVA, RODRIGUES (2007), CORBELINI et al.,2010), tendo na saúde pública o cerne dessa formação, com articulação da teoria, da prática, do serviço e do ensino (COSTA, GERMANO (2007); PAZ, SOUZA, GRIEP (2003). Para tanto, Lopes e Bueno (2007) verificaram que as representações sociais dos docentes em relação à saúde pública do país influenciam a sua formação, e precisam ser desconstruídas e reformuladas dentro dos cursos.

Para corresponder as necessidades do sistema de saúde brasileiro, com um profissional formado dentro de uma perspectiva ampliada de saúde, a relação professor/aluno é de suma importância na formação do enfermeiro, contudo, se faz necessário que a formação docente também encontre estes conceitos, onde são propostas a educação continuada dos mesmos para que haja adequação as modificações do conceito de saúde instituído no país. (RODRIGUES, MENDES

SOBRINHO, 2007; FERNANDES, 2004; RODRIGUES, ZAGONEL, MANTOVANI, 2007).

O perfil do egresso assume o cerne de pesquisas realizadas por Kaiser e Serbin (ano), Lima et al. (ano), Fernandes (ano) onde apontam a relação deste com o currículo, o projeto pedagógico, e competências e habilidades construídas durante a formação.

Para tanto, a interdisciplinaridade apresenta-se como necessária para se articular situações de aprendizagem construtivas e duradouras (SANTOS, LEITE, 2010), onde há consonância que o cuidado em enfermagem requer novos olhares na formação, no que tange as competências e as concepções do próprio cuidado, principalmente sob a perspectiva humanista e da integralidade, sendo esta a conjectura para um perfil desejável do egresso e, por conseguinte, mudanças no modelo assistencial. (FAUSTINO et al., 2003; VALE, 2008; SOUZA et al., 2008; GONZE, SILVA, 2011; SANTANA, 2008).

Ainda se espera que os modelos de atenção e de ensino superem o modelo hegemônico, médico-centrado e do ensino tradicional, constituindo um desafio à compreensão do processo saúde-doença, fundamentada em uma percepção ampliada da realidade, e que a partir disso seja desenvolvido novos modos de saberes e práticas para atuar no contexto social. A integralidade é apontada como proposta de superação desse desafio, sendo um norteador na formação do enfermeiro. Sendo assim, as práticas pedagógicas devem orientar o desenvolvimento de habilidades e competências para as ações que atendessem o ser humano na sua subjetividade, tendo um modelo de ensino integral, interdisciplinar que leve a construção da integralidade na atenção, assim denominando o enfermeiro promotor da saúde integral. (LUCCHESI, VERA, PEREIRA, 2010).

Para Silva e Rodrigues (2010) a enfermagem urge por um ensino mais próximo das necessidades de saúde e uma assistência integral, onde a hegemonia da atenção hospitalar seja redimensionada, pela incorporação das práticas de saúde coletiva no processo de formação.

A saúde coletiva é exaustivamente elencada como constructo de novos saberes e mudança no enfoque da formação do enfermeiro, quer seja como disciplina inserida nos currículos, ou pela sua contribuição quanto a educação em saúde, sendo essa prática de extrema importância para promover a saúde da população em nível de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, que

é uma vertente das habilidades do enfermeiro (ALMEIDA, SOARES ,2011; EGRY et al. ,2005; CAMPOS et al.,2009; MAEDS, CHIESA, 2010; BUDO, SAUPE , 2004).

Há um consenso que na formação em nível de graduação, o que se almeja é, sobretudo, formar um agente de mudança crítico reflexivo, ativo e engajado com problemas sociais tendo uma postura questionadora e política frente a problemas da população.

Em suma um profissional que seja protagonista e que detenha conhecimentos contextualizados ao cenário da saúde, com perfil profissional com formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, com competência técnica, científica e política, um agente de mudança visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. (SILVA; RODRIGUES, 2010).

A formação do enfermeiro, nessa perspectiva, precisa estar moldada a partir de uma relação dialética entre saúde, educação e ensino tendo nesse tripé o conhecimento como algo imprescindível.

Assim, mudando a concepção de saúde a partir de um olhar ampliado sobre a saúde, potencializa-se o desenvolvimento de habilidades e competências que extrapolam aspectos de uma formação focalizada em técnicas e focada em processo saúde/doença, para uma formação mais integral.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O conceito de metodologia é discutido há mais de vinte anos por Minayo (2007), onde a pesquisadora agrega definições diversas e complementares definindo metodologia como: uma discussão epistemológica do caminho do pensamento a partir da temática investigativa e dos objetivos; apresentação e justificativa dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados nas buscas as indagações que compõem a pesquisa; e a “criatividade do pesquisador” (MINAYO, 2007, p.44), ou seja, a marca pessoal e peculiar do investigador quanto à maneira de articular métodos, teorias, achados experimentais ou de observação, assim como qualquer outro tipo peculiar de respostas as indagações da pesquisa.

A partir dessas alusões, os procedimentos metodológicos se apoiam na teoria pesquisada, ou seja, a “teoria e metodologia caminham juntas e vinculadas” (MINAYO, 2007, p.45). Nesta perspectiva realizei um estudo preliminar da literatura, que contribuiu à definição do objeto de estudo e conseqüentemente à caracterização do mesmo, defini os instrumentos e procedimentos para coleta de informações, assim como a metodologia de análise.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Caracteriza-se como uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Essa perspectiva metodológica possibilita levantar problemáticas com base em uma realidade vivenciada. Este tipo de abordagem tem sido frequentemente utilizada em estudos voltados para a compreensão da vida humana em grupos, pois tem tido diferentes significados ao longo da evolução do pensamento científico, mas se pode dizer, enquanto definição genérica, que abrange estudos nos quais se localiza o observador no mundo, constituindo-se, portanto, num enfoque naturalístico e interpretativo da realidade (DENZIN; LINCOLN, 2000).

Nesse tipo de abordagem o próprio ambiente e os sujeitos que vivenciam o fenômeno, constituem-se como fonte viva de dados. Para tanto, utiliza-se uma combinação de técnicas de coleta e de análise qualitativa de dados que se constitui em recursos importantes para se alcançar o objetivo proposto (MINAYO, 2007).

Para Tomasi e Yamamoto (1999) a pesquisa exploratória é o passo inicial no processo de pesquisa, pela experiência e contribuição na formulação de hipóteses

significativas para posteriores pesquisas. Também busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira como ele se manifesta e os fatores com os quais se relaciona permitindo ao investigador ampliar sua experiência em torno de um determinado problema.

3.2 CAMPO DE PESQUISA

O campo de pesquisa é uma Universidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS, Universidade/RS⁸, presente na região a mais de 40 anos, promovendo ensino, inovação e desenvolvimento regional. Disponibiliza a comunidade 66 cursos de graduação, cursos de pós-graduação *Latu Senso* (MBAs e Especializações) e *Estrito Senso* (Mestrado e Doutorado).

O Curso de Enfermagem da Universidade/RS possui período mínimo de integralização de cinco anos (10 semestres) no currículo que esta findando, passando por uma mudança curricular com proposta de integralização de cinco anos e meio (11 semestres).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Stake (2011) refere que a intencionalidade na composição da amostra é um dos pressupostos na pesquisa qualitativa. Assim, por meio dos critérios de amostragem do tipo intencional e pelo escopo da pesquisa definiu-se como critério de inclusão docentes lotados no Curso de Enfermagem da IES, que ministrem disciplinas do núcleo profissionalizante.

A opção por incluir os docentes lotados no Curso de Enfermagem (inclusive os que desempenham concomitantemente cargo de gestão) procede do fato que estes participam do processo de formação acadêmica, do desenvolvimento das competências, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas pelo acadêmico. O corpo docente, independente dos componentes curriculares que lecionem, é protagonista na consolidação do Projeto Pedagógico do Curso.

Projeta-se abranger todo o universo de aproximadamente 10 docentes que estejam lotados no Curso de Graduação em Enfermagem em disciplinas específicas

⁸ Universidade/RS é um nome fictício para designar a IES. Se preservou o anonimato da IES, visto que a autorização para realização da pesquisa obtida pela coordenação de curso se restringe a pesquisa junto aos docentes do Curso de Enfermagem.

da Enfermagem.

Contudo, este número não é estanque, pode variar, conforme a qualidade dos dados obtidos durante o processo de coleta. Duarte (2002) define que o número de indivíduos varia em relação ao objeto e universo de investigação, sendo o que determina o número de indivíduos para mais ou para menos é o ponto de saturação ser alcançado.

3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de informações neste estudo será entrevistas semi-estruturada, conduzidas por meio de roteiros-guia. Gil (1999, p.117) refere que “a entrevista é a melhor opção para coleta de informações sobre o que as pessoas crêem, sabem, sentem, desejam, assim como o que pretendem fazer, fazem e suas explicações, considerando-a como a técnica por excelência na investigação social”.

Conforme Minayo (2007) a entrevista pode ser definida como “conversa com finalidade”, onde o pesquisador deve facilitar a livre expressão dos entrevistados.

As entrevistas com os professores abordarão as seguintes temáticas: o conceito ampliado de saúde na formação do acadêmico de enfermagem; iniciativas de (re)significação do cuidado em enfermagem do ponto de vista da saúde coletiva; quesitos que devem estar presentes na formação para as competências relativas às práticas promotoras de saúde e como estão sendo desenvolvidas durante a graduação; desafios postos ao ensino da enfermagem, considerando as requisições do novo modelo de atenção preconizado pelo SUS; relações entre projeto e práticas pedagógicas.

As entrevistas serão realizadas conforme “à programação e à disponibilidade do entrevistado” (YIN, 2010, p.111) em local reservado e adequado para sua realização, previamente agendadas. Todas serão gravadas e posteriormente transcritas. Os docentes que aceitarem participar do estudo preencherão e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme APÊNDICE C

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para se chegar à coleta de informações propriamente dita, planejei um percurso para sua execução:

- 1) Negociação para o processo de entrada em campo: o projeto foi apresentado e submetido à aprovação da Coordenação do Curso de Enfermagem, para a qual foi solicitado o acompanhamento e planejamento coletivo do processo investigativo, por meio dos docentes interessados e/ou disponíveis.
- 2) Submissão do projeto ao CEP.
- 3) Apresentação do projeto junto aos docentes lotados no Curso de Enfermagem, em reunião do colegiado.
- 4) Definição dos docentes que participarão da pesquisa;
- 5) Realização das entrevistas, com solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos docentes que aceitarem participar da pesquisa.
- 6) Transcrição das entrevistas.
- 7) Devolução das entrevistas transcritas aos docentes entrevistados para aprovação e correção se necessário.
- 8) Leitura das entrevistas e preparação do corpus de análise.
- 9) Análise final da pesquisa e elaboração da dissertação.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

À priori, foi solicitado junto à Coordenação de Curso de Enfermagem da IES, licença para realizar a pesquisa, através do Termo de Autorização (APÊNDICE E)⁹no sentido de garantir o acesso e o apoio da coordenação.

Para a realização da pesquisa será solicitada a autorização do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unisinos, sendo os procedimentos de coleta de dados serão iniciados somente após a sua aprovação.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, estão baseados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece os parâmetros éticos para a realização de pesquisas com seres humanos. Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, quatro referenciais básicos da bioética, a respeito da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

⁹ O apêndice E demonstra o termo autorizado pela coordenação, havendo ainda uma carta de anuência (conforme prevê protocolo institucional), contudo este não se encontra em anexo uma vez que aparece o nome da IES. Desta forma, esta carta ficará arquivada como documento comprobatório sob a guarda da pesquisadora.

A resolução interpõe para pesquisas com seres humanos o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos que farão parte da pesquisa; a ponderação entre risco e benefícios, comprometendo-se a o máximo de benefício e o mínimo de riscos e danos, evitando todos os dados previsíveis e a relevância social da pesquisa com proveitos para os sujeitos da pesquisa, permeados pelo sentido sócio humanitário.

Será assegurada a autonomia quanto à participação ou não da pesquisa, bem como a liberdade em desistir a qualquer momento, não acarretando nenhum tipo de prejuízo.

Todos os docentes que aceitarem participar da pesquisa receberão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, (APÊNDICE C), informando a natureza do estudo, a fim de compreender e concordar em participar de maneira livre, sem nenhuma forma de coerção. Será garantido o anonimato dos participantes e da IES.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

De acordo com Lüdke e André (1986, p.45) analisar “dados qualitativos significa ‘trabalhar’ todo o material obtido durante a pesquisa” [grifo dos autores], onde apesar da análise estar presente em diversos estágios da investigação, é após o encerramento da coleta de informações que a análise apresenta-se mais sistemática e formal.

Gil (1999, p.169) conceitua a fase após a coleta de informações como fase de análise e interpretação, onde “a análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”. A interpretação para este autor, “tem como objetivo a procura de sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos”.

A técnica de análise escolhida tem como referencial teórico a matriz de pensamento denominada Hermenêutica Dialética. Segundo Minayo (2007) essa perspectiva reúne duas questões fundamentais: a subjetivação do objeto e a objetivação do sujeito. Ainda segundo a autora é necessário compreender os sentidos das duas terminologias, ou seja, hermenêutica e dialética, discutindo a primeira no prisma da compreensão como categoria metodológica, no movimento e

na atitude de investigação. Na dialética a transformação da natureza e da realidade social está em permanente processo de movimento e mudança.

A autora trata a hermenêutica como a arte da compreensão, enquanto a dialética como a arte do estranhamento e da crítica. Resgatando-as não como uma simples teoria de tratamento de dados, mas como uma possibilidade de reflexão que se funda na práxis. A sua relação é extremamente produtiva na condução do processo analítico, ao mesmo tempo compreensivo, crítico do estudo da realidade social.

A hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação os seres humanos. Por isso que na sua ótica, entender a realidade que se expressa num texto é também entender o outro, é entender-se no outro, movimento sempre possível, por mais difícil que pareça à primeira vista, ou seja, se colocar no lugar do outro.

Como práxis interpretativa da hermenêutica, Minayo (2007, p.344-345) ancorada em outros autores dessa temática, aponta cinco caminhos:

Buscar as diferenças e as semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador;
 Explorar as definições de situação do autor, que o texto ou a linguagem em análise permite [...];
 Supor o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos da pesquisa com o mundo da vida do investigador [...];
 Buscar entender as coisas e os textos “neles mesmos”, distinguindo o processo hermenêutico do saber técnico que elabora um conjunto de normas para analisar um discurso [...];
 Apoiar toda a reflexão sobre determinada realidade sobre o contexto histórico, partindo do pressuposto de que o investigador- intérprete e seu “sujeito” de observação e pesquisa são expressões de seu tempo e de seu espaço cultural [...].

Minayo (2007) faz algumas aproximações e distanciamentos entre a hermenêutica e a dialética, onde a dialética estabelece uma atitude crítica e reafirma que toda a vida humana é social.

Assim, o exercício dialético considera como fundamento da comunicação as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classe, grupos e culturas. Ou seja, entende a linguagem como um veículo de comunicação e de dificuldade de comunicação, pois seus significantes, como significados aparentemente iguais para todos, escondem e expressam a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração e também da resistência e da conformidade. [...] Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica,

a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações(MINAYO,2007, p.347)

Desta forma a abordagem hermenêutica dialética se torna completa, uma vez que seus expoentes são complementares, nunca excludentes, se apresentando como necessários na produção de racionalidade em relação aos processos sociais.

A proposta operativa de análise de dados sugerida por Minayo (2007) constitui-se das seguintes fases:

- Ordenação dos dados que abarca todo o conjunto do material coletado (entrevistas, dados de observação, etc.) constituindo o corpus de pesquisa. Essa etapa inclui: a transcrição das entrevistas; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação. Ainda segundo autora essa fase propicia ao pesquisador um mapa horizontal de suas descobertas do campo. (MINAYO, 2007).

- Classificação de dados esta fase é constituída das seguintes etapas: Leitura horizontal e exaustiva dos textos; leitura transversal por meio de recortes de unidades de sentido ou tópicos de informação. E por último a análise final, sendo considerada essa etapa ponto de partida e ponto de chegada da compreensão e da interpretação. De acordo com a autora esse movimento circular abrange o dialogo entre categorias empíricas e teóricas. (MINAYO, 2007).

5 ORÇAMENTO

Itens de Custeio	Quantidade	Unitário	Total
Aparelho Gravador	01 unidade	150,00	150,00
Folhas A4	02 pacotes	18,00	36,00
Material de expediente	11 unidades	-	24,60
Custos de impressão dos volumes da qualificação	04 unidades	11,20	44,80
Custos de impressão dos volumes da dissertação	04 unidades	20,00	80,00
Cartucho para impressora pb e colorido	02 unidades	40,00	80,00
Transporte/ passagens	20 unidades	1,70	34,00
TOTAL			448,80

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.**[online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 16-29. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Constituição Brasileira (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Congresso Federal, 1988.

_____. Lei 8.080. Dispõe sobre as condições para a proteção, proteção e recuperação da saúde, da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Lei 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.1133 de 07 de agosto de 2001. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2012.

_____. Resolução CNE/CES nº3 de 07 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0301enfermagem.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Relatório final In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 11, 2001, Brasília, DF. Anais... Brasília, DF, 2001a. 198p.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. 1996. Disponível em:<<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 28 maio 2012.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena (org). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. Senac, 2004

BAPTISTA. Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAGNATO, Maria Helena Salgado and RODRIGUES, Rosa Maria. **Diretrizes**

Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.5, pp. 507-512. ISSN 0034-7167.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CARVALHO, Yara Maria; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e Educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p.137-70.

CECCIM, R. B, Feuerwerker, L.C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20(5):1400-10.

CECCIM, R. B.; Feuerwerker L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004;14(1):41-65.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Ivonna S. e colaboradores. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa** [online]. 2002, n. 115, pp.139-154. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem.** São Paulo: ÍCONE, 1996.

FERNANDES, Josicélia Dumê et al. **Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2005, vol.39, n.4, pp. 443-449. ISSN 0080-6234.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública.** 1ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FILHO.A. A. Dilemas e desafios da formação profissional. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v8, n15, p.375-80, mar/ago 2004.

FOUCAULT, Michel. O surgimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder.* 1979

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Lígia. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

GONZE, Gabriela Guerra e SILVA, Girlene Alves da. **A integralidade na formação**

dos profissionais de saúde: tecendo valores. Physis [online]. 2011, vol.21, n.1, pp. 129-146.

IBANEZ, N.; MARSIGLIA, R..Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico.** São Paulo: HUCITEC, 2000, p.49-74.

ITO, Elaine Emi et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc.Enferm. USP**, 2006; 40(4): 570-5.

JÚNIOR, Aluísio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria. CORBO, Anamaria D'Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

LUCCHESI, Roselma et al. **As políticas públicas de saúde - SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro.** Rev. Eletrônica enfermagem; 12(3) set.2010

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 107-40.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde:** organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec,2007.

NUNES, Everardo D.; MARCONDES, Willer Baumgarten; CABRAL, Cristiane da Silva. A Saúde Coletiva como Prática Científica: a institucionalização do campo em publicações, teses e dissertações. In: HORTALE, Virginia Alonso et al. (org.). **Pesquisa em Saúde Coletiva:** fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 105-26.

NIEMEYER, Fernanda; SILVA, Karen Schein da and KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Diretrizes curriculares de enfermagem:governando corpos de enfermeiras.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2010, vol.19, n.4, pp. 767-773. ISSN 0104-0707.

PASCHE, Dário Frederico, CRUZ Ivanna Beatrice Mânica.(Org). **A saúde coletiva. Diálogos Contemporâneos.** Ijuí/RS : Unijui, 2005, 232p. (coleção Saúde coletiva).

PADILHA, M.I.C., BORENSTEIN, M.S. O panorama da história da enfermagem na região sul do Brasil. **Rev. Enferm. Escola Anna Nery.** 2000, Dez. 4(3): 369-75.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. In: **Cadernos do Internato Rural: Textos de Apoio** – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. 35p. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2011.

RIPPEL, Gisele Largura. **Trajetórias da formação inicial: marcas de produção de sentido**. Canoas/RS: Salles editora, 2011.

SILVA, Cláudia Regina Lima Duarte da and COSTA, Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da. **Concepções de saúde na educação em enfermagem em escolas de graduação do Brasil e Portugal**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2010, vol.18, n.6, pp. 1115-1122.

SILVA, Rosiele Pinho Gonzaga; RODRIGUES, Rosa Maria. **Sistema Único de Saúde e a graduação em enfermagem no Paraná**. Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.1, pp. 66-72.

STAKE, Robert E. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria P. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Editora LAB, 2009. p.7-8.

TOMASI, Neusi Garcia S.; YAMAMOTO, Rita Miako. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais**. Curitiba: As autoras, 1999.

VASCONCELOS Cipriano Maria.; PASCHE Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p 531-62.

WALDOW, Vera Regina. O cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Petropolis, RJ: Vozes, 2004.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 635-67.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4 ed., Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A–CATEGORIZAÇÃO DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS SEGUNDO O FOCO DA PRODUÇÃO

Foco da produção	Autor/ano
<u>1. Projeto Pedagógico de Cursos de Enfermagem:</u>	
a) Humanista-ético/	Lima et al. (2011)
b) Currículo/SUS/Formação	Backes; Silva; Rodrigues (2007) Corbellini et al. (2010)
c) Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP)	Rodrigues; Witt (2010)
d) Discente/Currículo/Perfil do egresso	Kaiser; Serbim (2009)
e) Conceitos de Saúde/Docentes/ Discentes	Silva; Costa (2010)
f) Cuidado - Modelo Assistencial/Mudanças/ Competências/Concepções de Cuidado	Faustino et al. (2003) Vale (2008)
g) Aderência as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem	Lopes Neto et al. (2008) Rossoni; Lamper (2004) Silva; Rodrigues (2010) Lopes Neto et al. (2007)
<u>2. Processo de Formação Profissional à nível de graduação:</u>	
a) Discente/Representações Sociais/Saúde Pública	Lopes; Bueno (2007)
b) Articulação teoria/prática/serviço/ensino	Costa; Germano (2007) Paz; Souza; Griep (2003)
c) Para o SUS	Bernardino; Oliveira; Ciampone (2006) Heck et al. (2009) Lucchese; Vera; Pereira (2010) Rossoni; Lampert (2004)
d) Práticas educativas/Profissional/Supervisionadas /Estágios	Silva; Egly (2003) Benito et al. (2012) Resck; Gomes (2008) Costa; Germano (2007)
e) Perfil do Egresso/Habilidades/Competências	Fernandes et al (2005)
f) Formação Docente/Relação Professor-Graduando	Rodrigues; Mendes Sobrinho (2007) Fernandes (2004) Rodrigues; Zagonel; Mantovani (2007)
g) Influência da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)	Vale; Fernandes (2006)
h) Percepções Enfermeiros/Inserção profissional	Carvalho (2011)
i) Interdisciplinaridade - situações de Aprendizagem	Santos; Leite (2010)
<u>3. Saúde Coletiva</u>	
a) Contribuições - Educação para a Saúde	Almeida; Soares (2011) Egly et al. (2005)
b) Disciplina Saúde Coletiva - Articulação teoria-prática/Processos de aprendizagem	Campos et al. (2009) Maeds; Chiesa (2010)
c) Práticas de Educação em Saúde	Budo; Saupe (2004)
d) Cuidado – Humanizado	Souza et al. (2008)
e) Integralidade - Visão docente/concepções/ práticas	Gonze; Silva (2011) Santana et al. (2010) Santana (2008)

<u>4. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem</u>	
a) Análise/Perfil Profissional	Ito et al. (2006) Bagnato; Rodrigues (2007) Niemeyer; Silva; Kruse (2010)
b) Processo de transição	Santos (2004) Meyer; Kruse (2003)
c) Visão Humanista	Ribeiro (2005)

Fonte: Elaborado pela autora a partir de pesquisa direta aos resumos dos artigos identificados na BVS, 2012.

APÊNDICE B – PERIÓDICOS DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS

Periódicos	Artigos identificados
Revista Brasileira de Enfermagem	18
Revista da Escola de Enfermagem da USP	07
Anna Nery Revista de Enfermagem	03
Revista Latino-Americana de Enfermagem	03
Texto e Contexto	03
Revista Gaúcha de Enfermagem	02
Ciência e Saúde Coletiva	01
Boletim da Saúde	02
Revista Eletrônica de Enfermagem	02
Interface (Botucatu)	01
Saúde e Sociedade	01
Ciência, Cuidado e Saúde	01
Physis: Revista de Saúde Coletiva	01
Revista de Enfermagem UERJ	01
TOTAL	46

Fonte: Elaborado pela autora. Pesquisa direta aos artigos identificados na BVS, 2012.

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ENTREVISTA COM
DOCENTES– (LIVRE E ESCLARECIDO)**

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que fui plenamente esclarecido de que, ao responder às questões que compõem essa pesquisa, com o título “A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: INTERLOCUÇÕES FRENTE AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico que tem como objetivo compreender, a partir da visão docente, a construção das competências e habilidades profissionais à luz do conceito ampliado de saúde no contexto da formação em enfermagem, em nível de graduação.

Declaro, também, ter sido esclarecido de que poderei desistir de participar deste estudo a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar a decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Estou ciente de que a participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza nem acarretará custos para mim.

Foi-me assegurado que os dados referentes ao estudo serão sigilosos e privados, mantendo-se minha identidade preservada. Sei que poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a sua publicação.

A coleta das informações para a pesquisa será desenvolvida através de uma entrevista que será gravada, garantindo-se a privacidade e a confidência das informações e será realizada pela mestrandia Patrícia Ferreira da Cunha, sob a supervisão da Prof.^a Orientadora Dr.^a Rosangela Barbiani.

_____, ____ de _____ de 2013.

Entrevistado

Pesquisadora- Patrícia Ferreira da Cunha

Prof.^a Dr.^a Rosangela Barbiani

APÊNDICE D- ROTEIRO

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA:

-Na sua concepção quais são as possibilidades de se formar um enfermeiro com uma visão diferente de saúde? Como isso se integra à formação do enfermeiro (teoria e prática). Como isso agrega valor à formação?

- Como visualiza frente à realidade vivenciada na graduação e no ensino superior brasileiro, as possibilidades de potencializar a formação em enfermagem de acordo com as DNC?

- A saúde deixou de ser a presença ou ausência de doença e hoje ela tem vários aportes que determinam a saúde ou não. Como o docente dá conta disso tudo dentro da sua própria formação?

-Tendo em pauta que os conceitos advindos da saúde coletiva subsidiaram as modificações do sistema de saúde brasileiro como estes interferiram e interferem na formação em enfermagem?

-Na sua percepção quais são os entraves e as dificuldades na formação de enfermagem?

APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Canoas, 2012

A/C Coordenação de Curso de Enfermagem

Prezada Senhora

Ao cumprimentá-la cordialmente, solicito a Vossa Senhoria autorização para realizar uma pesquisa cujo título é “A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: INTERLOCUÇÕES FRENTE AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE”. A temática investigativa focaliza a formação na graduação em enfermagem a partir do conceito ampliado de saúde como componente fundamental para uma prática profissional promotora de qualidade de vida. Tem como problema de investigação “Como se configura na formação em enfermagem, em nível de graduação, a aprendizagem alinhado ao conceito ampliado de saúde, tendo como base, as concepções advindas das Diretrizes Curriculares Nacionais?”. O objetivo geral do estudo é compreender no contexto da formação em enfermagem, em nível de graduação, como se constrói as competências profissionais e habilidades à luz do conceito ampliado de saúde. Os objetivos específicos norteadores: Compreender, a partir dos depoimentos dos docentes, suas concepções e práticas sobre a formação do enfermeiro considerando o conceito ampliado saúde; Compreender, a partir dos depoimentos dos docentes, como se constroem a nível de graduação as práticas, vivências e competências tendo como eixo a integralidade das ações em saúde; Verificar, a partir dos depoimentos dos docentes, as contribuições das práticas e conceitos da saúde coletiva para a formação do enfermeiro numa concepção ampliada de saúde; Verificar, a partir do depoimento dos docentes, como as propostas contidas nas Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Enfermagem estão sendo alcançadas no sentido da formação profissional alinhada aos princípios do SUS e, portanto, a um conceito ampliado de saúde.

A pesquisa é orientada pela Dr^a. Rosangela Barbiani do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva. Eu, Patrícia Ferreira da Cunha, sou a mestrandia responsável pela pesquisa e poderei ser contatada pelo telefone 0xx(51) 34656352 ou 0xx(51) 81811750 ou através do e-mail pitia_@hotmail.com

O campo de estudo é o Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS. O estudo será realizado através de uma entrevista focal com docentes lotados no Curso de Graduação em Enfermagem.

Desde já agradeço sua colaboração destacando que a mesma será imprescindível para a continuidade desta pesquisa. Coloco-me à sua disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Atenciosamente,

Patrícia Ferreira da Cunha

Coordenação do Curso de Enfermagem

RELATÓRIO DE PESQUISA

1 APRESENTAÇÃO

Este relatório de pesquisa faz parte da dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos).

A temática em torno da formação na graduação em enfermagem a partir do prisma da saúde e da qualidade de vida em oposição ao foco na doença, direcionamento prevalente na minha formação, motivaram minha pesquisa no Curso da Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Coletiva¹⁰, tendo a continuidade na pesquisa realizada no mestrado com o refinamento no qual o conceito ampliado de saúde adentra como componente fundamental para uma prática profissional promotora de qualidade de vida.

A formação em enfermagem tende a privilegiar o hospital como lugar central das práticas profissionais, localizando na doença e nos seus desdobramentos o início e o fim do cuidado. Em contrapartida a atenção básica perpetua-se como secundária na formação, uma vez que configura-se em espaço onde a técnica e procedimentos possuem pouco destaque, dando lugar a ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Este pensamento, ainda hegemônico, se contrapõe as perspectivas e pretensões quando na implantação do Sistema Único de Saúde (1988) que previa, segundo seus princípios doutrinários, instaurar novos modos de pensar e conceber a saúde, indo ao encontro de métodos que propiciassem a promoção da saúde, e, sobretudo, a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.

Este é o complexo temático vivenciado e estudado no qual se desenvolveu a pesquisa. Neste relatório busco narrar sua execução, todos os passos seguidos, incluindo algumas dificuldades enfrentadas no percurso para alcançar o objetivo principal do projeto que era o de compreender, a partir da visão docente, a construção das competências e habilidades profissionais à luz do conceito ampliado de saúde no contexto da formação em enfermagem, em nível de graduação.

Inicialmente, o projeto foi submetido em 23/12/2012 ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos), sob o número 184.278. Após o recesso da instituição, o mesmo teve seu parecer liberado em

¹⁰ Especialização realizada no Centro Universitário Metodista – IPA, Mar/2012.

08/01/2013, onde foi aprovado, considerado adequado metodologicamente e eticamente.

O projeto foi apresentado à banca de qualificação no dia dez de janeiro de dois mil e treze, composta pela orientadora Professora Doutora Rosangela Barbiani (UNISINOS), Professora Doutora Simone Chaves (UNISINOS) e Professor Doutor José Roque Junges (UNISINOS), recebendo o parecer de aprovado.

A banca examinadora apontou a relevância da temática proposta realizando sugestões pontuais no projeto. O Professor Doutor José Roque Junges propôs alterações no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi reescrito e enviado ao CEP da instituição, sendo a nova versão aprovada (APÊNDICE A).

A professora Doutora Simone Chaves argumentou quanto o enriquecimento da pesquisa com a utilização dos documentos que rege o curso, o Projeto Político Pedagógico (PPP). Frente a esse questionamento elucidei que a utilização do mesmo não seria possível visto que a coordenação do curso não disponibilizou, ou seja, não autorizou a utilização desse documento na pesquisa uma vez que o PPP se encontra em processo de transição. Pautada nesse esclarecimento, propôs então, visto que a matriz curricular e ementas do curso são de domínio público no site da instituição, que utilizasse as mesmas como subsídio na discussão, no intuito de articula-las com as informações advindas das entrevistas junto aos professores do curso, recomendação esta discutida com a orientadora e acatada.

A última sugestão pontuada pelos dois professores supracitados se referia a complementariedade, quando na apresentação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), dos conceitos de Competências e Habilidades. Nesse contexto Ito et al (2006), Fernandes et al, (2005), Bagnato; Rodrigues (2007), Niemeyer, Silva, Kruse (2010) referem que as DCNs orientam-se a partir da perspectiva de competência e habilidade. As habilidades, se é que podem ser desvinculadas as competências, podem ser compreendidas como domínio de atividades, transformando assim o conhecimento construído em ação. Prevendo desta forma que seja trabalhado durante os cursos a construção do conhecimento vinculado ao desenvolvimento de habilidades, ou em outras palavras a articulação constante no processo de formação de teoria e prática.

Quanto às competências essas estão imbricadas com a questão de aptidão e habilidade, uma vez que envolve atitudes, conhecimentos e habilidades, que

promovem o desempenho otimizado das atividades, quer seja para resolver problemas ou para enfrentar situações imprevisíveis em uma situação concreta de trabalho (MAIA, 2004).

Corresponde a vivências e experiências concretas e práticas no contexto acadêmico em situações reais, sendo assim, as competências são construídas de forma gradual. Para isso as diretrizes preveem a integralização do currículo/disciplinas, e ainda além da formação de profissionais técnicos competentes, cidadãos comprometidos com a sociedade (BRASIL, 2001).

As competências preveem que o enfermeiro e demais profissionais da área da saúde estejam aptos a desenvolver ações no âmbito da promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, seja em nível individual, como também no coletivo. Profissionais capazes de desenvolver pensamento crítico, tendo em conta que a atenção em saúde não diz respeito somente ao ato técnico, mas a toda a resolução do problema de saúde em todos os níveis de atenção. Que tenham a capacidade de desenvolver tomada de decisões, de iniciativa, que sejam aptos para trabalhar em equipe, saibam assumir posições de liderança de equipe, sejam capazes de fazer gerenciamento e administração, e de aprender continuamente tanto na sua formação, quanto na sua prática (BRASIL, 2001).

O enfermeiro deve possuir também competências e habilidades específicas que incluem competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio educativas, e que essa formação “atenda as necessidades sociais da saúde, tendo ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a integralidade da atenção e a humanização do atendimento” (BRASIL, 2001).

A proposta de um currículo orientado por competências/habilidades leva a necessidade de uma mudança pedagógica, de um modelo de transmissão focado em conteúdos, para um modelo de construção de competências tendo como foco o acadêmico “como sujeito de aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino- aprendizagem” (BRASIL, 2001, Art. 9).

Feitas tais considerações, parto para a descrição do processo investigativo que se subscreve nas seguintes etapas: Instrumentos para coleta de informações; Inserção ao campo; e Conhecendo os participantes da pesquisa. Finalizando esse relatório com a Interpretação dos achados da pesquisa.

2 DELINEAMENTO E LÓCUS DA PESQUISA

Em termos metodológicos, a pesquisa realizada constituiu-se em uma pesquisa exploratória, de cunho qualitativo. O campo de estudo foi um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade da Região metropolitana de Porto Alegre/RS (assim designado visto que a autorização para realização do estudo foi condicionada à preservação de sua identidade) e os sujeitos de pesquisa seus docentes (enfermeiros).

2.1 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para compreender, a partir da visão docente, a construção das competências e habilidades profissionais à luz do conceito ampliado de saúde no contexto da formação em enfermagem, em nível de graduação, optou-se pela entrevista semi-estruturada junto a dez professores do Curso de Enfermagem que corresponderam aos critérios de inclusão definidos no projeto de pesquisa.

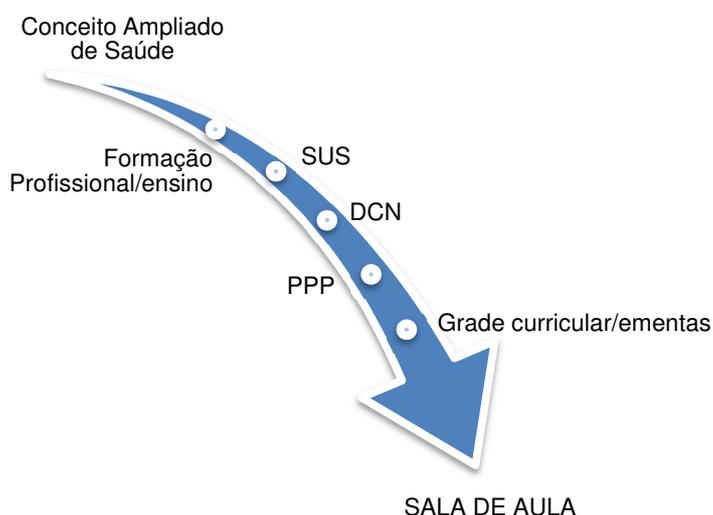
Essa delimitação do quantitativo dos participantes se mostrou adequada, uma vez que nas últimas entrevistas realizadas observou-se a reincidência de informações, evidenciando-se a situação de saturação, essa referida por Minayo (2007) como critério para definição do número de participantes em pesquisas qualitativas.

Em relação ao roteiro das entrevistas, após uma análise mais minuciosa realizada com a orientadora, verificou-se que o mesmo se mostrava insuficiente para responder a todos os objetivos propostos. Frente a essa evidencia realizou-se uma alteração do roteiro de entrevista, o qual atendeu às questões de pesquisa, sendo formado por aspectos a serem abordados e orientações servindo como um guia para o momento da entrevista, estando composto pelos seguintes tópicos:

- 1- Breve trajetória profissional; Motivações que levaram a docência;
- 2- Desafios do ensino da enfermagem;
- 3- Concepções das competências necessárias para a formação do enfermeiro; e perfil desejado do egresso;
- 4- Na prática cotidiana como ocorre a relação do ensino e aprendizagem do profissional acima referido/desejado;
- 5- O novo PPP do Curso – desafios, potencialidades e contribuições para a

formação do enfermeiro/profissional competente frente às demandas;

6- Questão Síntese: Considerando os marcos que compõem esse circuito - essa construção produziu/produz que resultados na formação?



Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos professores participantes, e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Além das entrevistas, foram realizadas buscas dos materiais, disponíveis no site institucional, referentes ao Currículo e as Ementas do Curso de Enfermagem, em especial ao *novo* currículo uma vez que o curso esta passando por um processo de transição curricular. Essa busca documental teve como única finalidade a complementaridade e enriquecimento das informações obtidas pelas entrevistas. E as Diretrizes Curriculares Nacionais foram revisitadas, uma vez que já faziam parte do referencial teórico que sustenta essa pesquisa.

2.2 INSERÇÃO AO CAMPO

O primeiro contato para entrada em campo aconteceu no primeiro semestre de 2012, o qual inicialmente não foi acordado perante o projeto inicial que incluía análise do Projeto Político Pedagógico, o qual já foi esclarecido da apresentação desse relatório. Re feita as alterações necessárias para que a pesquisa fosse viabilizada, foi apresentado um pré-projeto o qual foi submetido à aprovação do curso de enfermagem que assinou o Termo de Autorização da Pesquisa.

Transporta essa etapa de negociação, e após a aprovação do projeto junto ao CEP e a qualificação, foi preciso aguardar o término do recesso, visto que a qualificação ocorreu em janeiro e o início do semestre letivo iniciava na última semana de fevereiro.

Apesar da previsão de apresentar o projeto junto aos docentes do Curso de Enfermagem na reunião de colegiado, esta não foi possível por questões internas na instituição.

Para a seleção dos docentes, seguindo os critérios de inclusão que previa docentes lotados no Curso de Enfermagem que ministrassem disciplinas do núcleo profissionalizante, inclusive os que desempenhassem concomitantemente cargo de gestão, utilizei uma lista de e-mails disponibilizada pela coordenação do curso, o qual tive acesso apenas no final do mês de março. Foram enviadas mensagens no dia dois de abril aos 16 professores que adequavam aos critérios de inclusão, informando os objetivos da pesquisa e em anexo disponibilizando o TCLE.

Foram necessários três meses de insistente busca dos professores para conseguir alcançar as dez entrevistas previstas no projeto, contudo vale ressaltar que neste período as ementas e as entrevistas já transcritas foram sendo lidas exaustivamente e articuladas com o referencial teórico que sustenta essa pesquisa.

Todas as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade e preferência do professor, quer seja quanto ao horário ou quanto ao local a ser realizada. Como todos foram contatados previamente via e-mail, estavam cientes quanto aos objetivos da pesquisa e técnica de coleta das informações, contudo foram novamente esclarecidos que a entrevista seria guiada por um roteiro e gravada para posterior transcrição. Somente após essas premissas, e perante a conformidade com os termos expostos, eram solicitados que firmassem o aceite perante a assinatura e entrega do TCLE.

Conforme as entrevistas foram sendo transcritas, providenciei sua devolução aos professores entrevistados para aprovação e correção se necessário, obtendo resposta somente de quatro, os quais não fizeram quaisquer observações ou correções.

Como parte do compromisso ético assumido com os participantes dessa pesquisa, o seu anonimato foi mantido, elegendo-se para descrevê-los a letra P, equivalente a designação de *participante*, seguido de algarismos arábicos conforme a sequência em que foram sendo realizadas as entrevistas.

2.3 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa dez professores do Curso de Enfermagem, sendo apenas um do sexo masculino. A faixa etária do grupo concentrou-se entre 30 e 68 anos, onde não foi possível expressar esses dados com exatidão e isoladamente, uma vez que algumas professoras preferiam não revelar sua idade. O tempo médio de formação em enfermagem situa-se em 27 anos, representando vasta experiência profissional desses professores, conforme observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Tempo de Formação em Enfermagem

Tempo	Nº de Participantes/ Professores
Até 10 anos	2
15 – 20 anos	2
25 – 30 anos	1
31 – 35 anos	3
Mais de 40 anos	2

Fonte: Cunha, 2013. Dados extraídos das entrevistas.

Essa experiência também é demonstrada quanto ao tempo de atuação docente, inicializado em alguns casos no ensino técnico, situando-se em torno de 20 anos de experiência na docência, explicitado no quadro a seguir.

Quadro 2 – Tempo de Docência
(ensino técnico e superior)

Tempo	Nº de Participantes/ Professores
05 - 10 anos	2
11 – 15 anos	3
16 – 20 anos	1
21 – 25 anos	1
26 - 30 anos	1
35 – 40 anos	1
Mais de 40	1

Fonte: Cunha, 2013. Dados extraídos das entrevistas.

Desses professores, sete são mestres, sendo que uma das professores esta com doutorado em andamento, e três são doutores, estando demonstrado no quadro que se segue os programas onde foram realizados.

Quadro 3 – Programas de Pós-Graduação

Pós-Graduação Stricto Sensu			
Mestrado		Doutorado	
Programa	Nº de Participantes/ Professores	Programa	Nº de Participantes/ Professores
Educação	3	Saúde Pública	1
Enfermagem	3	Médico Cirúrgico	1
Saúde Coletiva	3	Gerontologia	1
Administração de Empresas	1		

Fonte: Cunha, 2013. Dados extraídos das entrevistas.

Para se entender o contexto histórico, social e cultural no qual se construíram e, por conseguinte emergiram as falas dos professores participantes da pesquisa, e tendo em vista o método hermenêutico de análise proposto, estes serão brevemente caracterizados em seus universos discursivos e de vivências profissionais, a partir de informações advindas das entrevistas e do diário de campo da pesquisadora.

Professora **P₁**

A entrevista ocorreu na IES no dia 16/04/2013, no turno da manhã, na sala de aula, após o término de uma avaliação, por volta das onze horas e trinta minutos, tendo duração de 26 minutos e 13 segundos. A professora enfatizou seu envolvimento com pesquisa desde a graduação tendo como temática o cuidado e a humanização da assistência em enfermagem.

Atuou como enfermeira na rede hospitalar por oito anos, iniciando sua trajetória como docente no ano de 2002 em um curso técnico de enfermagem, onde *“percebeu que tinha uma grande vocação para ensinar”* (P₁). No ensino superior teve seu ingresso no ano de 2004, atuando em disciplinas teóricas e práticas.

A entrevista com a professora P₁ se sustentou na sua trajetória profissional e acadêmica, fazendo aproximações e explicitando-as com as temáticas propostas no

roteiro da entrevista.

Professora **P₂**

A entrevista foi realizada no dia 26/04/2013, no turno da manhã, às onze horas e quarenta e cinco minutos, na sala de professores da IES onde buscou-se refúgio em uma de suas extremidades propiciando uma certa privacidade. Transcorreu de forma tranquila com duração 25 minutos e 33 segundos.

A professora destacou sua experiência inicial na assistência em enfermagem em Hospital Psiquiátrico, e na docência no ensino superior ingressou efetivamente no ano de 1992, apesar de supervisionar estágios enquanto enfermeira do hospital, tendo experiência profissional e acadêmica na área da saúde mental e psiquiatria infantil.

Seus trinta e quatro anos de formação e vinte um de docência possibilitam um olhar crítico sobre a postura discente. Segundo ela, os alunos adentram na graduação propenso ao aprendizado de técnicas, sobrepondo-se este ao cuidado na sua integralidade. Expôs que sua *“disciplina não é a mais querida, pois ninguém quer trabalhar nisso, ninguém tem nada a ver com isso, eles querem aprender a técnica; socorro de urgência dá ibope, SAMU dá ibope, e as minhas disciplinas não dão”*. Seu discurso girou em torno da dicotomia entre a formação técnica e a humana.

Professora **P₃**

No dia 30/04/2013, em horário que precedia sua aula, às dezoito horas e trinta minutos, realizei a entrevista com a professora P₃, em um dos ambientes sociais da instituição, o qual apesar de se configurar em um ambiente de circulação (aberto) naquela hora apresentava a tranquilidade e privacidade pertinente a realização da entrevista. A entrevista foi bastante construtiva, tendo duração de 24 minutos e 28 segundos.

Anterior a graduação em enfermagem, a professora atuou como técnica em enfermagem por dois anos no setor público de saúde em um município de pequeno porte, o que direcionou sua trajetória de formação acadêmica na saúde pública.

Tem experiência em docência e pesquisa, a qual desenvolve potencialmente desde sua graduação na área de Saúde Pública. Em conformidade com os temas de pesquisa da professora P₃ que circunscrevem sua trajetória, seu discurso durante a

entrevista foi diretivo, tendo como centralidade a necessidade de uma formação integral que abarca aspectos relacionados a formação técnica e humana.

Mostrou-se bastante interessada nos resultados futuros da pesquisa, propondo e discorrendo a respeito da importância desse retorno junto ao corpo docente para reflexões e análises, colaborando para o fortalecimento e possíveis ajustes.

Professora **P₄**

Entrevista realizada em 22/05/2013, no final da manhã, às onze horas, em uma sala de reuniões junto a coordenação de curso, com duração de 31 minutos e 40 segundos.

Sua experiência concentra-se na área de Enfermagem em Saúde Pública, direcionado para os temas relativos à saúde da mulher, gestante e neonato, onde a professora P₄ especifica que seu perfil profissional *“não é trabalhar com pessoas fragilizadas, doentes, a minha área é trabalhar muito na prevenção”*.

Com experiência docente no ensino superior em enfermagem de trinta e nove anos, pontua que a Saúde Pública vem sendo resgatada na formação, que precisa ampliar seu olhar sob a saúde. Assim, a professora valoriza o momento atual vivido, com ênfase no sistema público de saúde em todos os seus níveis de atenção à saúde e dos conceitos advindos dessa nova construção na formação profissional, contudo, articula esses conceitos às exigências do MEC que vem desencadeando em mudanças curriculares nos cursos.

Professora **P₅**

A entrevista com a professora P₅ foi realizada na própria IES, em uma sala de reunião junto a coordenação de curso, no dia 27/05/2013, marcada para quatorze horas. A entrevista teve duração de 22 minutos e quinze segundos.

Sua experiência profissional abrange a docência em curso técnico de enfermagem e no ensino superior onde está inserida desde 1986. Tem vasta experiência na área de gestão acadêmica, o que acaba por direcionar seu discurso em torno do PPP, das mudanças curriculares e mais especificamente do novo currículo implantado apontando suas potencialidades.

A ênfase nos aspectos positivos encontram-se na perspectiva de que a nova grade curricular irá garantir as competências necessárias ao egresso do curso,

especialmente no campo da saúde coletiva, uma vez que foram inseridas mais disciplinas do curso e do âmbito da saúde coletiva e pelo enquadramento do mesmo nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Professora **P₆**

No dia 03/06/2013, às onze horas, realizei a entrevista com a professora P₆, na sala de reunião junto a coordenação de curso. A entrevista foi a mais breve realizada, com duração de 17 minutos.

Possui experiência da área hospitalar, está na docência desde 1971 atuando intensamente no ensino superior, na graduação, na especialização e em programa de Pós Graduação, em duas Instituições de Ensino Superior (IES).

Apresentou uma visão da formação em nível de graduação em Enfermagem direcionada para satisfazer as necessidades ou pré-requisitos exigidos pelo mercado de trabalho, ou ainda representado na fala da professora P₆ *“Com conhecimento, com uma prática adequada ao que o mercado esta exigindo”*.

Professora **P₇**

No dia 06/06/2013, às onze horas e trinta minutos, realizei a entrevista com a professora, ocorrendo no mesmo local que das três últimas professoras. Essa entrevista durou quase uma hora, configurando-se na mais longa, com duração de 54 minutos e 14 segundos.

Está atualmente lotada nos Cursos de Enfermagem de duas IES, o que permite fazer aproximações e distanciamentos quanto aos currículos, trazendo um olhar mais abrangente quanto a formação do enfermeiro. Demonstra essa visão ao revisitar conceitos e práticas acadêmicas, estando à vontade quando os articula ao movimento curricular que vem ocorrendo nos cursos da área. Enfatiza que tal movimento precisa ter interface com uma mudança de perspectiva do corpo docente, que *“precisa se reconstruir também, que precisa fazer uma releitura da sua própria pratica, e da própria construção que fez ao longo de toda sua vida”*.

Professor **P₈**

A entrevista foi realizada na sala dos professores da IES, após a aula, no dia 06/06/2013, às vinte duas horas e trinta minutos, tendo duração de 28 minutos e 26 segundos. O professor desenvolve estudos, consultas técnicas e pesquisas para

fortalecimento e gestão do sistema de saúde pública - SUS.

Desde a formação direcionou suas práticas como enfermeiro sanitário. Apesar da recente trajetória profissional possui experiência na área onde a temática dessa pesquisa se ancora. Na docência iniciou como professor em curso de nível técnico por dois anos, e há cinco anos atua no ensino superior. Sua entrevista reporta reflexões acerca da trajetória histórica do sistema de saúde brasileiro, assim como da formação dos profissionais da área, em especial da enfermagem. Promove constante questionamento quanto a interiorização por parte dos docentes dos conceitos e práticas emergentes com a instauração do SUS, onde pontua *“que não é uma mudança conceitual paradigmática consolidada porque só tem 25 anos e que ainda precisa de alguns anos para ser sedimentada, para ser entendida, para ser introjetada”*.

Professora P₉

A entrevista foi realizada no dia 10/06/2013, no turno da tarde, às dezoito horas e trinta minutos, na sala da professora na IES. Essa entrevista teve duração de 33 minutos e 49 segundos.

Tem experiência profissional na assistência em enfermagem na área de clínica médica, cirurgia e emergência onde trabalhou por 20 anos, também tendo inserção na pesquisa clínica. Atualmente atua como docente no ensino superior onde está inserida há doze anos.

A professora apresentou um discurso inicialmente desenhando o ensino superior numa conjuntura de estagnação, sem efetiva mudança na formação do enfermeiro nos últimos vinte anos, para posteriormente balizar tal formação no contexto da saúde coletiva e na integração da universidade com o SUS, onde, contudo mostra indícios de não compactuar com tal direcionamento ao referir que *“Tu vai formar um cara só para o SUS? Também não dá, pelo menos eu acho [...]”*.

Professora P₁₀

A entrevista com a professora foi realizada na própria IES, em uma sala de aula, no dia 18/06/2013, em horário que precedia sua aula, às dezoito horas e trinta minutos e teve duração de 27 minutos e 16 segundos.

A professora enalteceu as inovações tecnológicas que possibilitaram novas metodologias que auxiliam no processo ensino/aprendizagem dos alunos, mas

principalmente como propulsoras no desenvolvimento das habilidades técnicas, dita estas como centrais no processo de formação e no perfil do egresso em enfermagem.

As características desse grupo denotam, em sua maioria, um corpo docente com longa trajetória de exercício profissional, vivenciando, quer seja no âmbito assistencial ou acadêmico, as transformações ocorridas no sistema de saúde do Brasil, bem como nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Tiveram sua formação, em nível de graduação, em período anterior ou na emergência do SUS, cujo modelo hegemônico de ensino e de atenção à saúde era o biomédico, focado na doença, na especialização, na ênfase aos procedimentos técnicos, tendo o hospital como espaço privilegiado do saber e fazer. Por outro lado, em seus mestrados buscaram a formação interdisciplinar em áreas como a saúde coletiva e educação, sendo que a formação em nível de doutorado ainda se encontra em processo incipiente.

Na diversidade de trajetórias, na maturidade e sabedoria de experiências, o grupo se situou no tempo presente identificando dilemas, desafios e possibilidades a partir de seus quadros paradigmáticos de referência. Certamente as vivências, experiências e conhecimentos advindos da trajetória individual de cada professor/a produzem efeitos na condução do projeto pedagógico do curso, ainda que esses pressupostos não estejam visíveis ao grupo como um todo.

Dessa forma, a caracterização sumária dos professores permitiu, em concordância com o referido por Minayo (2002) quanto ao método Hermenêutico Dialético, situar ainda que de forma parcial a fala desses atores em seus respectivos contextos, para melhor compreensão das construções interpretativas que a análise das entrevistas produziu.

3 ANÁLISE DOS DADOS

Apesar de inserir-me pontualmente no cotidiano dos professores, realizar as entrevistas possibilitou-me vivenciar essa relação de interação entre pesquisador e a realidade estudada e captar, quer seja pelo instrumento primordial resultante dessa técnica, a palavra, ou pela observação, aspectos do cotidiano, sentimentos e valores dos participantes. Deste modo, a análise das informações permeou todo o processo de investigação, acontecendo de forma dinâmica e relacional, a partir da busca da

compreensão dos aspectos estruturantes e significativos que emolduram o pensamento e a ação dos sujeitos, captados através da entrevista e dos documentos disponíveis à consulta (matriz curricular do curso, diretrizes curriculares nacionais do curso de enfermagem).

A análise das informações seguiu a proposta operativa sugerida por Minayo (2007) constituindo-se das seguintes fases: Ordenação das informações, Classificação das informações e Análise Final.

- Ordenação das informações: constitui o corpus da pesquisa, abarcando todo o conjunto do material coletado, desde as entrevistas, diário de campo, matriz curricular do curso e material bibliográfico.

Esta etapa ocorreu desde o mês de março com a busca e organização das ementas, enquanto aguardava o retorno da coordenação do Curso de Enfermagem quanto aos professores que correspondiam aos critérios de inclusão e os respectivos endereços eletrônicos. As entrevistas conforme iam sendo realizadas eram sistematicamente transcritas, as quais fiz questão de realizar pessoalmente objetivando maior fidelidade e compreensão das falas dos professores entrevistados. Também fui realizando a caracterização dos participantes individualmente, como forma de contextualizá-los e personalizá-los em seu processo de elaboração do tema. Essa descrição e organização propiciou o início do mapeamento das descobertas do campo, conforme pode ser observado quando na descrição realizada anteriormente. Concomitantemente, foram sendo realizadas a releitura do material bibliográfico, busca de novas referências bibliográficas e pesquisas eletrônicas de artigos que tivessem relação com o tema estudado. Os relatos foram organizados incluindo todas as dez entrevistas realizadas, ainda que alguns professores tenham sido mais específicos e conclusivos nas suas reflexões, observou-se no processo de transcrição que todas as entrevistas tinham contribuições a oferecer.

- Classificação das informações: constitui-se na leitura horizontal e exaustiva dos textos/materiais para identificar as idéias centrais, para prosseguir com leitura transversal por meio de recortes de unidades de sentido ou tópicos de informação (MINAYO, 2007).

Como descrito anteriormente, em virtude do prolongamento do processo de coleta das informações, a leitura horizontal de todos os materiais, ou seja, das

entrevistas conforme eram sendo transcritas, dos referenciais teóricos sobre o conceito ampliado de saúde, formação em enfermagem, campo da saúde coletiva, SUS, DCN, dentre outros fizeram parte de todo processo. Assim, quando da efetivação da transcrição das duas últimas entrevistas algumas idéias centrais do objeto de estudo já haviam sido identificadas, sendo então realizada uma leitura exaustiva de todas as entrevistas, documentos e observações do diário de campo com intuito de identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças. Para a síntese horizontal iniciou-se com uma pré-síntese (APÊNDICE B) identificando, a partir dos tópicos contidos no roteiro das entrevistas, o que emergia nas falas dos participantes. Tendo esses achados partiu-se para a formulação das unidades de sentido, os quais resultaram numa pré-categorização, conforme sintetiza o Quadro 4 abaixo:

Quadro 4: Classificação das Informações

Questões de Pesquisa (Roteiro das Entrevistas)	Unidades de Sentido/ Tópicos de Informação	Pré-categorização
Desafios do ensino da enfermagem	Formar profissionais: - com visão mais abrangente (generalista), capaz de relacionar teoria e prática (P ₅ , P ₇ , P ₈ , P ₉); - com competências de autonomia e empoderamento – “poder” (P ₁ , P ₃); - com competências técnicas para o mercado de trabalho (P ₄ , P ₁₀) - para o SUS (P ₇).	Formação de um profissional “generalista”, cuja as competências (habilidades, conhecimento e atitudes) gerem autonomia e superem o saber-fazer exclusivamente técnico.
Competências necessárias para a formação do enfermeiro/perfil desejado do egresso	- Competências híbridas que devem formar o profissional generalista (habilidades, atitudes, e conhecimento) que superem o tecnicismo (P ₉ , P ₅ , P ₁₀ , P ₈ , P ₇); - Competências éticas (P ₂ , P ₃); - Competências teóricas para construção do conhecimento (P ₄ , P ₆ , P ₁₀).	
Relação do ensino e aprendizagem	- Articulação de elementos teóricos a execução da prática para resignificar o uso dos procedimentos técnicos (P ₃ , P ₄ , P ₆ , P ₉); - Utilização da metodologia de estudo de caso estimulando pensamento crítico e a autonomia (P ₁ , P ₅ , P ₇ , P ₁₀); - Técnicas motivacionais voltadas para inserção no mercado de trabalho (P ₁ , P ₂).	Instrumentos e técnicas “problematizadoras”, como o estudo de caso, que estimulem a articulação de elementos teóricos e práticos para que o aluno domine outras competências para além dos procedimentos técnicos.

Quadro 4: Classificação das Informações (continuação)

Questões de Pesquisa (Roteiro das Entrevistas)	Unidades de Sentido/ Tópicos de Informação	Pré-categorização
O novo PPP do Curso	<ul style="list-style-type: none"> - Marco norteador da formação e perfil profissional - generalista (P₁, P₃, P₈); - Estruturação Curricular/Grade curricular com introdução de novas disciplinas e aumento (positivo) de carga horária (P₄, P₅, P₆, P₇, P₁₀); - Representa um currículo em movimento (P₉); 	O PPP como base norteadora do fazer docente, tendo na estrutura curricular do curso as diretrizes ou condições para alcançar as competências profissionais e perfil desejado do egresso.
Articulação entre conceito ampliado de saúde/ formação profissional/SUS/ DCN/PPP/grade curricular-ementas/ sala de aula	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde coletiva como campo de intervenções/nível primário de saúde, em oposição ao campo hospitalar (P₁, P₇); - Conceito ampliado de saúde visto como conteúdo a ser ministrado nas disciplinas de Saúde Coletiva (P₃; P₆); - Conceito ampliado de saúde ainda não interiorizado e/ou reconhecido (P₈, P₉, P₁₀); - A articulação entre conceito ampliado de saúde e a formação profissional permite a contextualização com as necessidades do SUS, assim como as normativas que regulam o setor saúde no país (privada e pública) (P₅, P₈); - As mudanças curriculares nos preceitos da saúde coletiva e das diretrizes do SUS respondem a exigências normativas (SUS, DCN, ...) (P₁, P₂, P₄); 	O conceito ampliado de saúde e suas exigências de formação profissional são associados ao campo da saúde coletiva e/ou do nível primário de atenção à saúde e demandados normativamente (DCN/PPP), em relação fragmentária e disjuntiva ao SUS.

Fonte: Cunha, 2013.

O processo de identificação e pré-categorização desses tópicos, ou do “*corpus* de comunicação” (MINAYO, 2002), permitiu a enunciação das representações dos atores envolvidos sobre as questões de pesquisa, o que possibilitou a condução do processo analítico para a fase subsequente.

- Análise final: essa etapa é considerada como ponto de partida e ponto de chegada da compreensão e da interpretação. Esse movimento circular (MINAYO, 2007) abrange o diálogo entre o material empírico e o referencial teórico, respondendo às questões norteadoras e aos objetivos.

Esta foi desenvolvida por meio do adensamento reflexivo dos achados, do qual emergiram duas categorias de análise: Interlocuções entre as Diretrizes Curriculares Nacionais e o Ensino vigente; Os “*nós*” da formação em enfermagem ancorada no conceito ampliado de saúde. Elas serão devidamente desenvolvidas na próxima seção da dissertação, pois se constitui em objeto da elaboração do artigo.

Assim, nesta fase lançou-se mão de todo material produzido na pesquisa, desde a elaboração do projeto até os resultantes da pesquisa de campo, buscando, num ir e vir constante, estabelecer articulações para desvendar o conteúdo latente dos textos, observando as relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática (MINAYO, 2002; 2007). Além da contribuição de autores, o método Hermenêutico Dialético prevê a interação entre a realidade revelada e as minhas impressões, onde as minhas experiências como sujeito social e participante ativo da pesquisa, e como tal, em busca de conhecimento, também se expressam como contribuições para análise. Essa observação é importante porque é um imperativo ético da pesquisadora ressaltar o caráter interpretativo e intersubjetivo dos achados da investigação, o que a torna situada em suas possibilidades e limites de objetivação da realidade estudada.

As discussões realizadas advindas desse método de análise buscam estritamente contribuir na construção de novas perspectivas para formação do enfermeiro, visto que os resultados de uma pesquisa nessas conjunturas constituem-se numa aproximação da realidade social que de maneira alguma pode ser reduzida a nenhum dado de pesquisa (MINAYO, 2002).

Feitas tais considerações à pesquisa revelou que o conceito ampliado de saúde ainda merece destaque no contexto acadêmico, pois envolve a reconstrução de todo um processo de ensino/aprendizagem na formação do enfermeiro, que, por conseguinte envolve concepções acerca da própria construção e formação permanente do docente. Percebeu-se um entendimento da saúde coletiva enquanto saúde pública, tomando-as como sinônimos, e ainda a localização de ambas ao nível de atenção primária em saúde, onde por conseguinte reside o conceito ampliado de saúde. Falar desses lugares e/ou conceitos, levou a reflexões sobre um movimento de mudanças de concepções e práticas docentes, representadas num currículo em movimento, e concretizadas na construção e instauração do novo currículo. Nessa possibilidade está a aposta e o desejo do grupo para transpor a fragmentação identificada na formação, tendo na articulação entre teoria e prática,

ou como descreve-se na atualidade prática/teoria/prática seu potencial, articulado à uma perspectiva mais generalista na formação com espaço/tempo representativos para disciplinas como Saúde Coletiva, compactuando com preceitos contidos nas DCN.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 nov. 2001.

BAGNATO, Maria Helena Salgado; RODRIGUES, Rosa Maria. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. 2007, vol.60, n.5, p.507-12. ISSN 0034-7167.

FERNANDES, Joscélia Dumê et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2005, vol.39, n.4, p.443-9. ISSN 0080-6234.

ITO, Elaine Emi et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2006; 40(4): 570-5.

MAIA, José Antônio. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena S. da S. (org.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NIEMEYER, Fernanda; SILVA; Karen Schein da; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Diretrizes Curriculares de Enfermagem: governando corpos de enfermeiras. **Texto & Contexto - Enferm.** [online]. 2010, vol.19, n.4, p.767-73. ISSN 0104-0707.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu Patrícia Ferreira da Cunha aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, estou realizando a pesquisa: "A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: INTERLOCUÇÕES FRENTE AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE" sob a orientação da Professora Dra. Rosangela Barbiani.

A pesquisa objetiva compreender, a partir da visão docente, a construção das competências e habilidades profissionais à luz do conceito ampliado de saúde no contexto da formação em enfermagem, em nível de graduação. Com essa pesquisa pretende-se contribuir ao processo formativo do profissional enfermeiro, considerando a importância de seu papel no avanço e consolidação do modelo de atenção integral à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa, por meio de uma entrevista individual, com duração de aproximadamente uma hora, a ser marcada de acordo com sua disponibilidade de deslocamento e horário. A entrevista será gravada, transcrita e posteriormente reenviada a você para a validação dos registros de seu conteúdo, ficando o material sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora. Sua participação é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo, se essa for a sua vontade.

Serão tomados todos os cuidados para garantir a confidencialidade das informações obtidas na coleta de dados e na publicação dos resultados será preservada em anonimato a sua identidade. Será garantida a sua livre expressão de opiniões e sua liberdade de obter esclarecimentos sobre a pesquisa. Esse documento será assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com você.

Desde já agradeço sua colaboração,

Atenciosamente,

_____, de _____ de 2013

Nome do(a) participante

Assinatura

Pesquisadora: Patrícia Ferreira da Cunha.
Fone: 51 81811750

ARTIGO CIENTÍFICO

ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo científico que será apresentado é parte integrante da presente dissertação, configurando-se como seu resultado final, e como tal manteve o mesmo título: A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: interlocuções frente ao conceito ampliado de saúde. Este seguiu as normas editoriais da Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação e será enviado para apreciação do seu comitê técnico.

